

DMEA

Berlin
21–23 April 2026
Connecting Digital Health

Achtung
DMEA digitalisiert!



KRANKENHAUS-IT NAVIGIEREN IN ZEITEN DES UMBRUCHS **KI** STILLE REVOLUTION IM KRANKENHAUSMANAGEMENT **INTERVIEW** ZUM FORSCHUNGS- DATENZENTRUM GESUNDHEIT

BMC KONGRESS 2026

27.–28. Januar | Berlin



LÖSUNGEN, STRATEGIEN, PARTNERSCHAFTEN

Im Fokus:

- > Reform der Primärversorgung
- > Datennutzung für bessere Versorgung
- > Versorgungsstrukturen für die Zukunft
- > Stärkung von Prävention in Versorgung und Gesetzgebung

JETZT ANMELDEN!
bmckongress.de



JETZT SCHLÄGTS ePA

Die Verführung ist groß, anlässlich der offiziellen ePA-Einführung Anfang Oktober auf deren offensichtlichen Defiziten herzumzureiten. Die üblichen Verdächtigen von heise online über den änd bis zum Virchowbund konnten dann auch nicht widerstehen. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass Deutschland jetzt endlich eine landesweite ePA hat, die diesen Namen verdient, und dass diverse Nutzungsindikatoren bergauf zeigen, obwohl die ePA bisher kaum strukturierte Daten und noch weniger Krankenhaus kann.

EIN BISSCHEN GRUND ZUM FEIERN GIBT ES SCHON

Sie kann es bisher kaum, aber sie wird beides in den nächsten Monaten und Jahren lernen. Auch wenn es in Sachen Performance vermutlich noch mal durch ein Tal der Tränen gehen wird, so wird auch die Telematikinfrastruktur insgesamt mittelfristig stabiler werden. Es gibt Länder, die sich auf internationalen Bühnen mit weniger Digitalisierung als leuchtende Vorbilder für den Rest der Welt präsentieren. Deutschland fällt diese Art der Selbstbeweihräucherung schwerer als anderen, und irgendwo ist das ja auch ganz sympathisch. Aber ein bisschen Grund zum Feiern gibt es schon.

Ausruhen sollte sich freilich niemand. Dass Nina Warken für 2026 jetzt gleich zwei Digitalgesetze angekündigt hat, ist deswegen zu begrüßen. Die Politik sollte aber der Versuchung widerstehen, zu stark in die Digitalisierung hineinzu-regieren. Es braucht kein Gesetz, das präzise vorgibt, welche Art Datenverarbeitung in der ePA möglich ist und welche nicht. Was sich in der Versorgung bewährt, wird sich zeigen. Viel erlauben und die Beteiligten einfach mal machen lassen, das ist das Gebot der Stunde. In der gerade vorlegten ePA Scorecard der Rhön Stiftung brillierte Deutschland nur in einer von fünf Kategorien, bei den rechtlichen Rahmenbedingungen. Das mag für Sektorkorken in Behörden reichen, für eine bessere Medizin reicht das nicht. Da geht mehr.

PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ
Chefredakteur E-HEALTH-COM

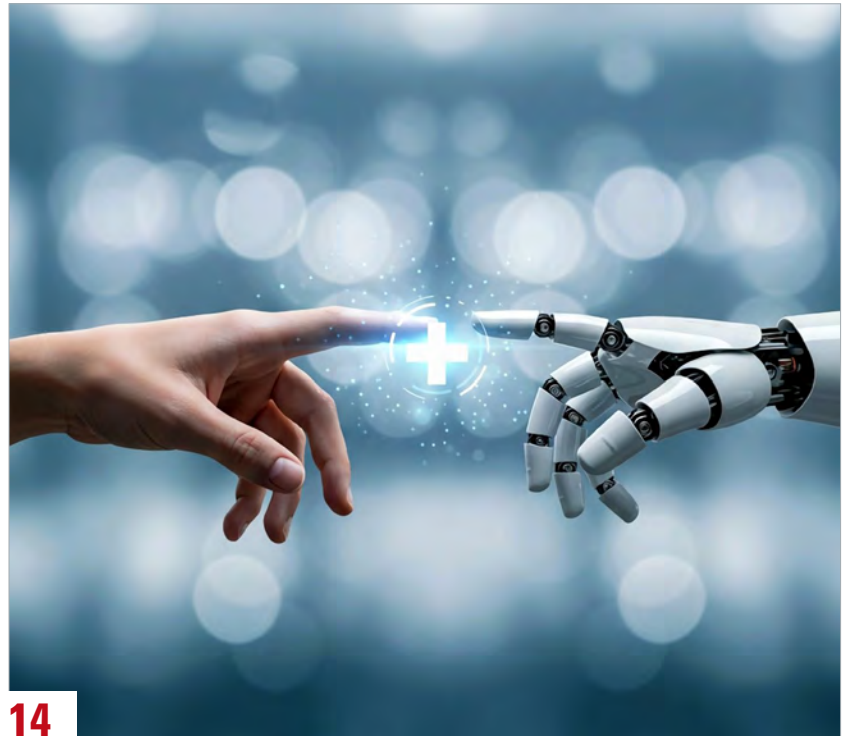
» Es gibt Länder, die sich mit weniger Digitalisierung als leuchtende Vorbilder präsentieren. «





20

Im Hintergrund vollzieht sich eine stillere, tiefgreifende Revolution: die Transformation des Krankenhausmanagements durch KI.



14

Sollen digitale Plattformen und Künstliche Intelligenz ihre Magie im Krankenhaus entfalten, ist zuallererst ein solides Datenmanagement nötig.

COMPACT

Nachrichten und Fakten

- 6 Meldungen**
ePA-Start, E-Rezept-Enthusiasten, Interview mit Dr. Moritz Esdar (DKG), FDZ Gesundheit, TeleAU, Wissenschaftsticker etc.
- 7 Dierks antwortet**
Die Rechts-Kolumne von Prof. Christian Dierks aus Berlin. Diesmal: Was bedeutet das neue Urteil des EuGH zu pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung?
- 10 Köpfe & Karrieren**
Prof. Dr. med. Dirk Weyhe, Prof. Dr. med. Katarina Braune, Prof. Dr. med. Jon Genuneit, PD Dr. med. Constanze Pfitzer, Dagmar Brandenstein, Daniel Soesanto, Dr. Guido Schroeder, Carmen Berger, Philipp Grothe

COMPLEX

Ereignisse & Entwicklungen

- 14 KRANKENHAUS-IT**
Keine Angst vor KI: Sollen digitale Plattformen und Künstliche Intelligenz ihre Magie im Krankenhaus entfalten, ist zuallererst ein solides Datenmanagement nötig.
- 20 KI IM KRANKENHAUS**
Im Hintergrund vollzieht sich eine stillere, tiefgreifende Revolution: die Transformation des Krankenhausmanagements durch KI.
- 24 Trends**
Trends der Gesundheits-IT: Aktuelle Studien mit Kommentaren von Bernhard Calmer und Luise Redders
- 28 Klinische Entscheidungsfindung**
Potenziale und Herausforderungen von KI in der klinischen Entscheidungsunterstützung
- 31 Cybersicherheit**
Das Umsetzungsgesetz der neuen NIS-2-Richtlinie NIS2UmsuCG verschärft die Anforderungen an Cybersecurity für Kliniken.
- 34 Dokumentation**
Wie KI die Dokumentation in Kliniken unterstützen kann.
- 38 Pflege**
KI-gestützte Dienstplanung als Schlüssel zur Entlastung
- 41 Patientenportale**
Verweildauermanagement für effizientere Klinikorganisation



44

Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) ist gestartet – Dr. Steffen Heß, Leiter Stabsstelle Datentransparenzverordnung (DaTraV)/FDZ am BfArM über die „neue“ FDZ-Forschung.



50

Prof. Dr. Sylvia Thun, DGBMT-Vorstandsmitglied, über das Potential der intensiveren Nutzung von Medizingerätedaten.

COMMUNITY

Menschen & Meinungen

44 INTERVIEW

„Es gab schon eine gewisse Ungeduld“: Das neue Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) hat seine Pforten für die Versorgungsforschung geöffnet. Dr. Steffen Heß, Leiter Stabsstelle Datentransparenzverordnung (DaTraV)/FDZ am BfArM, gibt im Gespräch einen Überblick über die „neue“ FDZ-Forschung – und einen Ausblick auf das, was noch kommt.

50 Interview

„Medizintechnische Geräte können die Digitalisierung vorantreiben“: Prof. Dr. Sylvia Thun, DGBMT-Vorstandsmitglied, vertritt im Gespräch, welche Möglichkeiten eine intensivere Nutzung von Medizingerätedaten bietet.



54 ► BVITG MONITOR

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

60 Aus den Verbänden

Beiträge der Partnerverbände BVMed, DGBMT, DGfT, DGTelemed, FINSOZ, KH-IT, SPECTARIS und ZVEI

COMPASS

Markt & Service

Standards

70 Firmenverzeichnis

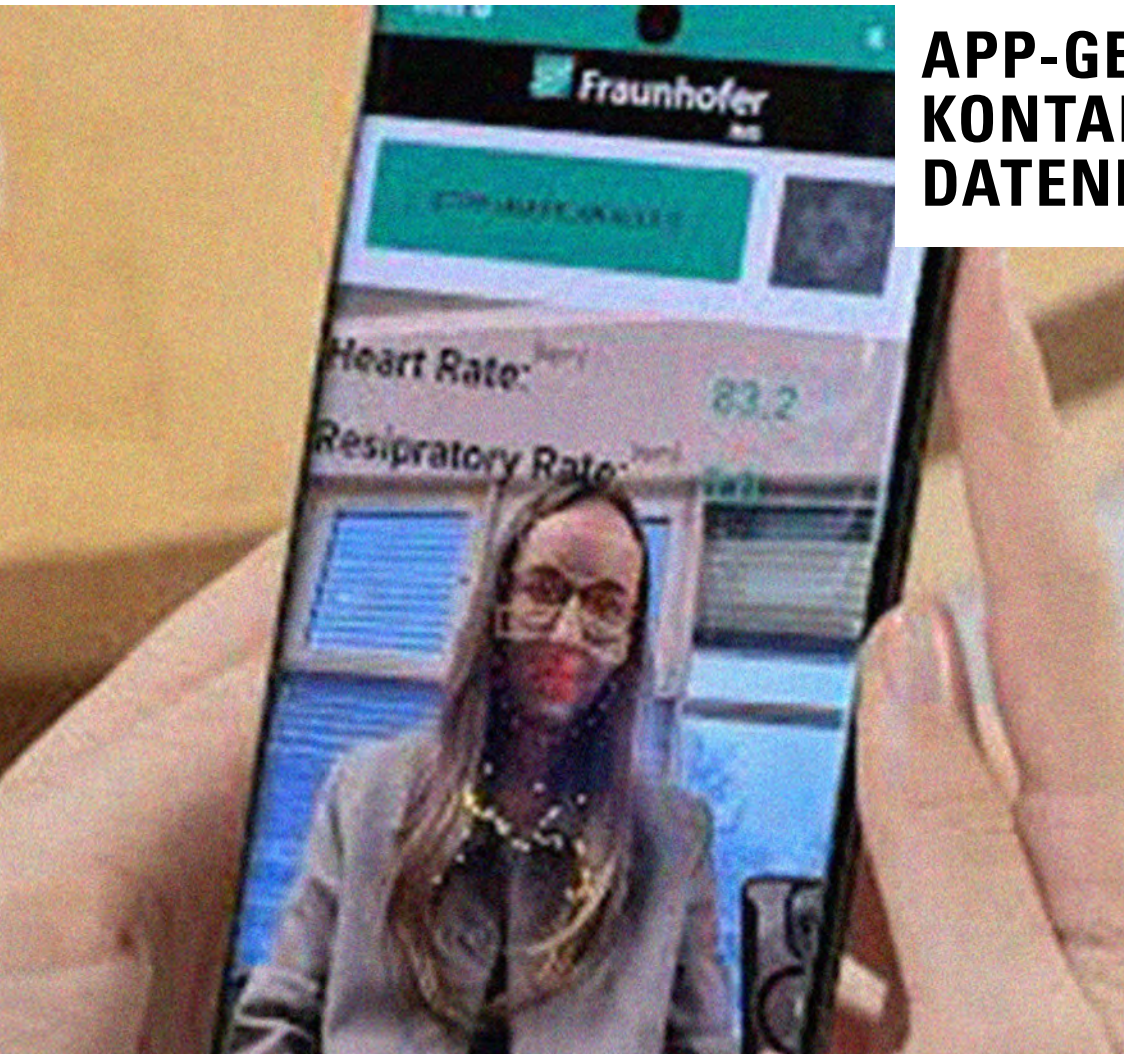
73 Aus den Unternehmen

76 Termine

03 Editorial

77 Findex/Impressum

78 Kolumne



APP-GESTÜTZTE, KONTAKTLOSE VITAL-DATENERFASSUNG

Viele Menschen kämpfen nach einer Corona-Infektion mit anhaltenden Beschwerden. Das Projekt KoVit möchte ihnen helfen: Mit einer neuen App, die kontaktlose Vitaldatenerfassung und ein digitales Symptombuch kombiniert, sollen Gesundheitswerte einfach, kontinuierlich und zuverlässig dokumentiert werden. Zentrales Element des Projekts ist eine App, die zwei Funktionen verbindet: Ein optisches Sensorsystem misst Vitalparameter wie Atemfrequenz oder Herzschlag über die Smartphone- oder Tabletkamera ganz ohne Kabel oder zusätzliche Messgeräte. Gleichzeitig können Betroffene über ein digitales Symptombuch ihre Beschwerden dokumentieren, sodass auch biopsychosoziale Folgeerscheinungen des Post-COVID-Syndroms leichter erkannt werden.

ROLLOUT FERTIG?

Der 1. Oktober war ein Zwischenschritt auf dem langen Weg zur deutschen ePA. Es gibt viel Verbesserungsbedarf.

Der ambulante Rollout der elektronischen Patientenakte (ePA) ist vollzogen. Aber von der elektronischen Medikationsliste (eML) abgesehen, hapert es noch an Inhalten, was vor allem daran liegt, dass die Krankenhäuser hinterherhinken (siehe Seite 8). Aufseiten der Krankenkassen herrscht vorläufig Zufriedenheit, doch ein wenig störend ist, dass die Versicherten nur geringes Interesse zeigen: „Die App wird bei

uns bisher von rund 300 000 Versicherten genutzt“, sagt etwa Bérengère Codjo, die bei der BARMER für die ePA-Kommunikation zuständig ist. Viel ist das nicht, gerade mal 4 Prozent aller Versicherten mit angelegter ePA. Insgesamt waren Mitte Oktober deutschlandweit rund 3,5 Millionen ePA-Apps aktiviert.

Positiv wertete Codjo im Gespräch mit E-HEALTH-COM, dass das 2022 wegen Sorge vor Missbrauch einkassierte Video-Ident-Verfahren zur Identifizierung der Versicherten in abgewandelter Form – für die Übermittlung einer eGK-PIN – wieder möglich ist. Das macht es für die Versicherten einfacher, eine ePA-App zu initialisieren: „Noch praktischer wäre es allerdings,

wenn man per Video-Ident direkt seine Gesundheits-ID beantragen könnte.“

Was genau mögen die GKV-Versicherten an ihren ePA-Apps? Ganz oben steht bei der BARMER die Behandlungshistorie, eine Art Kondensat der Abrechnungsdaten, übersichtlich aufbereitet und geordnet. Ob die Abrechnungsdaten wirklich in der ePA bleiben, darüber gibt es allerdings gerade wieder politische Diskussionen. Die seit Juli für die ePA-App verpflichtende TI-Messenger-Einbindung wird bisher in erster Linie als Erweiterung der Service-Hotline der Krankenkassen genutzt. Im ambulanten Bereich, und damit für die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen, ist der TI-Messenger bisher kaum im Einsatz.

„MEHR ALS EIN DIGITALER AKTENSCHRANK“

Die „E-Rezept-Enthusiasten“ trommeln wieder: Sie wünschen sich eine ePA, die besser initiiert ist und die mehr Versorgung wagt.

Einst hatte der Verein der „E-Rezept-Enthusiasten“ die Einführung des eRezepts begleitet. Bei der elektronischen Patientenakte, der ePA, hat man sich jetzt erneut zu Wort gemeldet. Hintergrund ist, dass bislang nur 5 Prozent der GKV-Versicherten mit ePA eine ePA-App auf dem Handy nutzen. Das macht es schwierig, die ePA aktiv für die Versorgung einzusetzen.

Die E-Rezept-Enthusiasten haben zwei zentrale Forderungen. Zum einen, so Vorstandsmitglied Christian Klose von HeptaSphere, müsse der Zugang zur ePA-App vereinfacht werden. Keines der derzeitigen Initiierungsverfahren – Online-Funktion des Personalausweises, PostIdent oder eGK plus PIN – sei besonders nutzerfreundlich. Ausdrücklich begrüßt wird die neue Möglichkeit des Video-Ident-Verfahrens. Allerdings müssen auch hier unnötige Schleifen gedreht werden, weil per Video-Ident lediglich die eGK-PIN kommuniziert werden darf.

Die zweite Kernforderung betrifft die Nutzung der technischen Möglichkeiten zur Datenverarbeitung: „Die ePA muss mehr sein als ein digitaler Aktenschränk“, so Klose. Sie sollte vielmehr zur Steuerung der Versorgung, für mehr Patientensicherheit oder für KI-Algorithmen genutzt werden, die ePA-Inhalte aufbereiten. „Dazu müsste die Datenverarbeitung innerhalb der ePA stattfinden“, so Klose. „Denn nur dann sind diese Anwendungen und Informationen auch für Leistungserbringer zugänglich.“ Technisch geht das. Die seit der ePA Version 3.0 existierende, sichere Verarbeitungsumgebung (VAU) ermöglicht es, ePA-Daten auf dem ePA-Server kurzzeitig zu entschlüsseln. Genutzt wird das für die elektronische Medikationsliste und künftig für den Forschungsdatentransfer und die Volltextsuche. „Man könnte und sollte das auch auf andere Anwendungen ausdehnen, aber derzeit gibt die gematik-Spezifikation das noch nicht her“, so Klose.

TICKER

+++ Die Akzeptanz und Verbreitung digitaler Anwendungen im ambulanten Bereich sind weiter gestiegen. Stark zugekommen hat in den Praxen die Zufriedenheit mit Anwendungen wie dem elektronischen Rezept und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Doch Schwierigkeiten mit der Technik und mangelnde digitale Kommunikation der Krankenhäuser trüben das Bild. Das zeigen die Ergebnisse des **PRAXISBAROMETERS DIGITALISIERUNG** der KBV. Mehr zur Studie unter www.kbv.de +++ Mit dem **KI-KOMPASS 2025** legt der Wissenschaftliche Beirat für Digitale Transformation der AOK Nordost eine umfassende Orientierungshilfe vor, die Chancen, Risiken und zentrale Handlungsfelder des KI-Einsatzes im Gesundheitswesen aufzeigt. Mehr unter www.aok.de/pp/nordost/wissenschaftlicher-beirat-der-aok-nordost/ +++ Mitte Oktober fiel der Startschuss für das **KOMPETENZCLUSTER INNOVATIVE PFLEGE (KIPF)** am Zentrum für Telemedizin e.V. in Bad Kissingen. Ziel des Förderprojekts ist es, mithilfe digitaler Lösungen, Künstlicher Intelligenz und innovativen Technologien die Pflege zukunftsfähig zu machen und somit die pflegerische Versorgung zu verbessern. +++ Das Land Nordrhein-Westfalen hat im Oktober die einjährige Testphase für die KI-gestützte Informationsplattform **KLINISCHE STUDIEN IN NRW** gestartet, die einen zentralen Überblick über medizinische Studien ermöglichen soll. Koordiniert wird sie vom Cluster Medizin.NRW. Weitere Informationen unter www.klinische-studien.nrw.de +++



DIERKS ANTWORTET



■ **PROF. DR. DR. CHRISTIAN DIERKS**

ist Rechtsanwalt und Facharzt für Allgemeinmedizin in Berlin.

Kommentare & Fragen:
christian.dierks@dierks.company

Was bedeutet das neue Urteil des EuGH zu pseudonymisierten Daten für die medizinische Forschung?
Das Urteil vom 04.09.2025 (C-413/23 P) ist eine klare Ansage für bessere Forschungsmöglichkeiten. Bislang forderten die Datenschutzbehörden für die Forschung ohne gesetzliche Grundlage eine Einwilligung oder die Anonymisierung der Daten. Beides ist schwierig: Rücklaufquoten für retrospektive Daten sind spärlich, Schwerkranke können oft nicht wirksam einwilligen. Anonymisierung wurde in Deutschland bisher als Allheilmittel gehandelt, führt aber zu Dubletten, verhindert periodenübergreifende Forschung und der Patient kann nicht gem. EHDS-VO über signifikante Befunde oder Therapieoptionen informiert werden („Recht auf Gefundenwerden“). Deswegen ist die Forschung mit pseudonymisierten Daten der Goldstandard.

Pseudonymisierung ist der Goldstandard

In Deutschland halten viele Datenschutzbehörden aber pseudonymisierte Daten für personenbezogen, wenn es irgendwo auf der Welt einen Schlüssel für sie gibt, und fordern Einwilligungen. Dem ist der EuGH nun entgegengetreten: Personenbezug liegt nur dann vor, wenn der Adressat über die erforderlichen Kenntnisse und Mittel verfügt, die nach allgemeinem Ermessen wahrscheinlich genutzt werden, um die natürliche Person zu identifizieren. Maßgeblich sind Kosten, Zeitaufwand und die zum Zeitpunkt der Verarbeitung verfügbare Technologie. Gefragt sind nun Verantwortung und eine Risikobewertung im Einzelfall: Dokumentation der Risikoeinschätzung zur Re-Identifizierbarkeit, technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und externe Testate, die die rechtliche Einordnung und die Risikoanalyse bestätigen. Alles machbar. Während für den Dateninhaber also der Personenbezug erhalten bleiben kann, können die Daten für den Empfänger als nicht personenbezogene Daten gelten und zur Forschung genutzt werden – ein echter Gamechanger.

» KRANKENHÄUSER WOLLEN DIE ePA «

Wenn die Krankenhäuser einsteigen, bekommt die elektronische Patientenakte (ePA) mehr Versorgungsrelevanz. Dr. Moritz Esdar verrät, wann es so weit ist.



DR. MORITZ ESDAR

ist Leiter des Geschäftsbereichs III – Digitalisierung und eHealth der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Wie ist der Stand bei der ePA im Krankenhaus?

Für Krankenhäuser war eine flächendeckende Nutzung zum 1. Oktober von vornherein illusorisch. Derzeit erwarten wir eine flächendeckende Nutzung nicht vor Ende des ersten Quartals 2026.

Ab 1. April 2026 droht eine Kürzung der TI-Pauschalen. Ist das für die Häuser relevant?

Wir haben schon den Eindruck, dass der Druck spürbar ist. Die TI-Pauschale ist vielleicht nicht das Hauptthema,

aber schon ein Thema. In einem durchschnittlich großen Krankenhaus können das 50000 Euro pro Jahr sein. Vor allem sind die Krankenhäuser aber davon überzeugt, dass die ePA aus Versorgungssicht eine gute Sache ist. Stationäre Versorger wollen die ePA haben, es ist nur komplexer als in einer Arztpraxis.

Inwiefern?

Die technische Inbetriebnahme ist vielschichtig und komplex. Im Moment reden alle über die KIS-Anbindung, aber viele Krankenhäuser müssen perspektivisch auch Drittsysteme anbinden. Hinzu kommt, dass viele ePA-relevante Dokumente aus abteilungsspezifischen Systemen kommen. Hier stellt sich u. a. die Frage, wie die Metadatenbelegung funktioniert und wer für die für eine ePA-

Nutzung nötige Konvertierung in das PDF/A-Format zuständig ist. Am einfachsten wäre es, wenn die Konvertierung in den ePA-Systemen vorgenommen würde, aber das wird von der gematik abgelehnt. Auch der Virenschutz ist ein heikles Thema in einem Umfeld, das regelmäßig unter die Regelungen von z. B. KRITIS und NIS 2 fällt. Aufseiten der ePA-Server gibt es abseits der Einschränkung auf das PDF/A-Format keinen Virenschutz. Krankenhäuser müssen die Dokumente deswegen vor dem Download scannen. Dafür gibt es aber keine einheitlichen Vorgaben und Lösungen.

Wo sehen Sie noch politischen Änderungs- bzw. Präzisierungsbedarf?

Neben einer stärkeren Fokussierung auf Betriebsstabilität, Performance und Nutzerfreundlichkeit ist der situative Widerspruch ein Thema, also der Anspruch, dass Versicherte schon vor Ort dem Upload einzelner Dokumente oder Diagnosen widersprechen dürfen. Das sollte eigentlich keine Krankenhausaufgabe sein. Das sollte jeder selbst machen, über die ePA-App oder die Ombudsstelle der Krankenkassen. Ein anderes Thema sind Notfallszenarien, z.B. der Umgang mit der ePA im Rettungsdienst. Mit zunehmenden Nutzungsgrad werden auch Anwendungen, z.B. KI-Anwendungen, nötig werden, die die Inhalte der ePA vorstrukturieren. Das ist technisch möglich, bisher aber noch nicht vorgesehen. Ein höheres Strukturierungsniveau der Daten in der ePA sowie die Integration von Bilddaten wären auch wichtige nächste Schritte.

KI hilft bei Indikationsstellung zur Epilepsie-OP

BILDGEBUNG Ein neues KI-Tool kann bei Kindern mit Epilepsie auf der Basis von MRT- und PET-Datensätzen Kandidat:innen für einen operativen Eingriff identifizieren. Das berichten Wissenschaftler:innen um Emma MacDonald-Laurs von der Kinderneurologie am Royal Children's Hospital in Melbourne, Australien, in der Zeitschrift *Epilepsia*. Etwa drei von zehn Fälle von Epilepsie im Kindesalter haben demnach anatomische Ursachen, die einem operativen Eingriff prinzipiell zugänglich wären. Dies seien oft sehr kleine strukturelle Läsionen, so MacDonald-Laurs, die vor allem dann gern übersehen würden,

wenn sie in der Nähe der Schädelbasis lägen. Hier setzt das KI-Tool an. Es soll Kinderradiolog:innen nicht ersetzen, sondern ihnen Hinweise geben, damit sie relevante Läsionen nicht übersehen. In der Studie, über die die australischen Forscher:innen berichten, hatten 80 Prozent der teilnehmenden Kinder einen MRT-Scan erhalten, der als normal befundet wurde. Bei vielen dieser Kinder konnte das KI-Tool auf Basis von MRT- und PET-Daten dann doch eine Läsion finden. Am Ende wurden 12 von 17 Kindern operiert, und 11 sind jetzt ohne Krampfanfälle.

MACHT HOCH DIE TÜR!

*Mit einigen Monaten
Verspätung hat das Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit am
BfArM seine Pforten geöffnet. Ab sofort darf geforscht werden.*

BfArM-Präsident Prof. Dr. Karl Broich bezeichnete das neue FDZ als einen Meilenstein für die Versorgungsforschung in Deutschland. Mit dem neuen Datensatz werde es möglich, ganz neue, sektorübergreifende Fragen zu adressieren, beispielsweise bei pädiatrischen oder seltenen Erkrankungen. Zur Eröffnung sind zunächst die GKV-Abrechnungsdatensätze von 2009 bis 2023 vollständig verfügbar. Künftig sollen die Abrechnungsdaten in weiten Teilen innerhalb von drei Monaten ins FDZ einfließen. „Die GKV finanziert derzeit das FDZ fast vollständig“, sagte Stefanie Stoff-Ahnis vom GKV-Spit-

zenverband bei der FDZ-Eröffnung durch Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU). Es klang nicht so, als wolle sie, dass das auf Dauer so bleibt.

Für den Verband der forschenden Pharma-Unternehmen begrüßte Han Steutel das neue FDZ und die Tatsache, dass erstmals auch die privatwirtschaftliche Forschung Zugang erhält: „Das ist ein gutes Signal für den Forschungsstandort Deutschland.“ Viele reizt die Aussicht, dass in den nächsten Jahren die Daten der elektronischen Patientenakten (ePA) und diverser medizinischer Register hinzukommen. „Die ePA-Anbindung ans FDZ ist für kommendes Jahr vorgesehen“, be-



tonte Warken. Es dürfte eher Ende des Jahres werden. Das FDZ soll auch Deutschlands Forschungsandockpunkt an den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) werden. Es herrscht Einigkeit, dass sowohl die Einbindung weiterer Datenquellen als auch die EHDS-Anbindung keine Selbstläufer sein werden. Warken hat für 2026 gleich zwei neue Digitalisierungsgesetze angekündigt.

BILD: © PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

ANZEIGE

LAUFSTARK. IT-SPITZENLEISTUNG FÜR DIE GKV.



Ihr System- und Softwarehaus für den Gesundheitsmarkt.
www.aok-systems.de





KÖPFE & KARRIEREN

1 PROF. DR. MED. DIRK WEYHE, Direktor der Universitätsklinik für Viszeralchirurgie im Pius-Hospital Oldenburg, ist mit dem German Medical Award 2025 in der Kategorie Diagnostik ausgezeichnet worden. Prof. Weyhe und sein Team forschen intensiv an zukunftsweisenden Verfahren, bei denen radiologische Bilddaten mithilfe von Mixed-Reality- und Virtual-Reality-Technologien in dreidimensionale Hologramme oder virtuelle Umgebungen umgewandelt werden. **2** Das Hasso-Plattner-Institut (HPI) wächst weiter: **PROF. DR. MED. KATARINA BRAUNE**, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Diabetologin und habilitierte Medizininformatikerin, ist seit 1. Oktober neue Professorin für Digital Health an der gemeinsamen Digital Engineering Fakultät des HPI und der Uni Potsdam. **3 PROF. DR. MED. JON GENUNEIT** hat die neue Professur für Öffentliches Gesundheitswesen an der Goethe-Universität in Frankfurt/M. übernommen und wird u. a. Forschungsprojekte zur Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

durchführen. **4 PD DR. MED. CONSTANZE PFITZER**, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, ist seit September wissenschaftliche Direktorin des Nationalen Registers für angeborene Herzfehler am Kompetenznetz Angeborene Herzfehler. **5 DAGMAR BRANDENSTEIN** hat zum 1. September die Leitung der bvitg Service GmbH übernommen. Zu ihren Kernaufgaben zählen der Ausbau und die strategische Weiterentwicklung der Leitmesse DMEA sowie der Marke DMEA. **6 DANIEL SOESANTO** übernimmt interimswise die Projektleitung der DMEA bei der Messe Berlin, da Burcu Dural-Lange in Elternzeit ist. **7 MEDICA** und **COMPAMED** unter neuer Führung: **CARMEN BERGER** hat im Oktober als Direktor die Projektleitung der MEDICA und der COMPAMED in Düsseldorf übernommen. **8 DR. GUIDO SCHROEDER** ist seit 1. Oktober Chief Product & Technology Officer bei der CompuGroup Medical SE & Co. KGaA (CGM) und verantwortet die globale Produkt- und Technologiestrategie von CGM. **9** Ebenfalls seit 1. Oktober hat **PHILIPP GROTHE** die Rolle als Präsident des Hanauer Technologieunternehmens Heraeus Medevio von Heiko Specht übernommen. Zuvor war er CFO von Heraeus Medevio und Heraeus Epurio.

Daumen hoch

MEDIZINPRODUKTE Die US-Zulassungsbehörde FDA hat der neuen Hypertonie-Warntfunktion der Apple Watch die 510(k)-Zulassung erteilt. Sie nutzt – wie die Arrhythmie-Detektion – den optischen Sensor der Uhr. Dieser kann sichtbar machen, wie Blutgefäße auf den Herzschlag reagieren und daraus ableiten, ob wahrscheinlich eine arterielle Hypertonie vorliegt oder nicht. Der Algorithmus analysiert die Informationen zunächst über 30 Tage. Auf dieser Basis konnte er eine Hypertonie in einer klinischen Validierungsstudie mit 2229 Teilnehmer:innen ohne vorherige Hypertoniediagnose mit einer Spezifität von 92 % und einer Sensitivität von 41 % erkennen, was bei einer Prävalenz von 31 % einem positiv prädiktiven Wert von 71 % entspricht. Das sind Werte, die für diese Art Anwendung relativ gut sind. Klar ist aber auch, dass es hier nicht um eine definitive Diagnosestellung, sondern um das Erstellen einer Verdachtsdiagnose geht.

Daumen runter

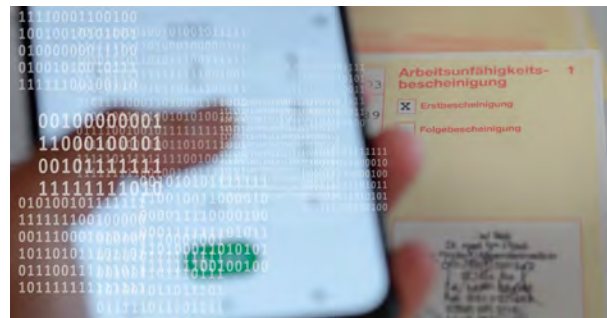
TELEMEDIZIN Die Europäische Gesellschaft für Lungenmedizin (ERS) hat erstmals eine Leitlinie zur Telemedizin bei der mechanischen Heimbeatmung (HMV) vorgelegt. Insgesamt, so Prof. Dr. Claudia Crimi von der Universität Catania bei der ERS-Tagung in Budapest, sei die Datenlage extrem dürftig. Die Leitlinie arbeitete mit fünf PICO-Fragen und versuchte, dazu jeweils einen Expertenkonsens zu erzielen. Bei zwei Fragen – zu Tele-HMV beim adipositasassoziierten Hypoventilationssyndrom und zum erweiterten Monitoring über Gerätedaten hinaus – gelang dies wegen mangelnder Daten überhaupt nicht, bei dreien – darunter Tele-HMV in den beiden Kernindikationen neuromuskuläre Erkrankungen und COPD – konnten die Konsensempfehlungen nur sehr weich formuliert werden. Angesichts der mauen Datenlage hat die ERS eine Clinical Research Collaboration (CRC) aufgesetzt, eine Art Forschungsschwerpunkt zur HMV, bei dem Telemedizin ein zentrales Thema sein soll.

FREISPRUCH

Die Telemedizin ist nicht schuld an mehr Arbeitsunfähigkeit.

Eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und der BARMER setzt ein dickes Fragezeichen hinter die Hypothese, wonach der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg der Arbeitsunfähigkeits-(AU-)Fälle mit der Tele-AU, also der (video)telefonischen Krankschreibung, in Zusammenhang stehe. Tatsächlich gebe es einen deutlichen Zuwachs an AU-Fällen seit 2022, so Zi und Barmer. Je nach Krankenkasse gab es 2021 95 bis 149 Fälle pro 100 Versichertenjahre, 2023 waren es annähernd doppelt so viele. Gemäß Zahlen des Bundesarbeitsministeriums haben sich in dieser Zeit auch die Entgeltfortzahlungen verdoppelt.

Mehr Tele-AU, mehr AU-Fälle, mehr Kosten? So einfach ist es nicht. Zi und Barmer finden keinerlei Hinweise darauf, dass die Tele-AU der maßgebliche Treiber der AU-Fälle sein könnte. Der Anteil der telefonischen AU-Fälle an allen AU-Fällen sei mit rund einem Prozent sehr gering, der Anteil der Videosprechstunden-AU-Fälle mit weniger als 0,5 % noch geringer. Sehr viel eher gehe die Zunahme der AU-Fälle auf eine bessere Erfassung zurück. Das hat aber nicht mit der Tele-AU, sondern mit der Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung, also der eAU, zu tun. Der zweite Faktor ist demnach eine real gestiegene Zahl der Krankschreibungen.



gen. Rund 58 % der zusätzlichen AU-Fälle 2022 und rund 41 % im Jahr 2023 seien zusätzliche Krankmeldungen wegen postpandemischer akuter Atemwegsinfektionen.

Fazit: Freispruch für die Tele-AU: „Die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten ist in den Hausarztpraxen persönlich bekannt. Das gegenseitige Vertrauensverhältnis verhindert den Missbrauch“, betonte Dr. Eckart Lummer, Hausarzt und Vorsitzender der KV Niedersachsen.

ANZEIGE

 **GESUNDHEITS-
FOREN**

2./3. DEZEMBER 2025

PARTNER KONGRESS 2025

Gemeinsam mit Ihnen wollen wir am 02. und 03. Dezember 2025 das vergangene Jahr Revue passieren lassen und über zukünftige Entwicklungen und Herausforderungen diskutieren.



Wissenschaftsticker

+++ Radiolog:innen um **XIAOHAN YUAN** vom Changhai Hospital in Shanghai haben in einer multizentrischen Studie ein KI-Prädiktionsmodell für die CT-Diagnostik von Pankreaszysten evaluiert (NPJ Digit Med 2025; 8(1):609). Auf Basis von 1835 Trainingsdatensätzen wurden 63 quantitative Biomarker für die Zystenklassifikation extrahiert. In der Validierungsstudie zeigte sich, dass die diagnostische Genauigkeit der radiologischen Befundung signifikant verbessert werden konnte. Die Radiolog:innen akzeptierten die KI-Empfehlungen in fast 90 % der Fälle.

+++ Atme mir ins Gesicht, und ich sage dir, wer du bist: **ANNA PALECZEK** von der Fakultät für Computerwissenschaften der Universität Krakau hat in einer Studie mit 94 Teilnehmer:innen volatile organische Substanzen (VOC) in der Ausatemluft mithilfe einer tragbaren elektronischen Nase gemessen. In der Machbarkeitsstudie konnten BMI und Geschlecht mit hoher Treffsicherheit benannt werden. Die Autor:innen sehen zahlreiche weitere Einsatzmöglichkeiten im Bereich Monitoring und Patientenidentifikation. +++ Wie beeinflusst eine KI-Unterstützung bei der Bewertung von Röntgen-Thorax-Aufnahmen die Versorgung in Notaufnahmen? Das hat sich **DAVID LYELL** vom Australian Institute of Health Innovation an der Macquarie University in North Ryde genauer angesehen (Emerg Med J 2025; doi: 10.1136/emmermed-2024-21781). 200 Ärztinnen und Ärzte mussten mit und ohne Unterstützung eines kommerziellen KI-Tools 18 reale Patientenfälle bewerten, bei denen es insgesamt 124 Befunde in den Röntgen-Thorax-Aufnahmen zu entdecken galt. Interessant dabei: Es waren vier Kasuistiken mit Röntgen-Thorax-Aufnahmen dabei, bei denen bekannt war, dass diese KI-Systemen Schwierigkeiten bereiten. Trotzdem stieg die korrekte Diagnosequote durch die KI-Unterstützung an, bei in etwa identischer Befundungszeit. +++ In einer Sekundäranalyse einer randomisierten Studie zu Smartphone-basierten Therapien für schwere Depression untersuchte **MORGAN TALBOT** vom Massachusetts Institute of Technology in Boston den Einfluss komorbider Angststörungen (J Affect Disord 2025; doi:10.1016/j.jad.2025.120416). Der Wissenschaftler konnte zeigen, dass eine moderate Angststörung, definiert als mindestens elf Punkte im GAD-7-Fragebogen, ein starker Prädiktor für ein schlechteres Ansprechen auf die digitale Depressionsbehandlung ist. +++ Können FHIR-Ressourcen in Kombination mit LLMs für breit einsetzbare Prädiktionsmodelle genutzt werden? **MERLIN ENGELKE** vom Institut für Künstliche Intelligenz am Universitätsklinikum Essen berichtet über das Open Source Framework FHIR Former. Es wird in Essen u.a. dazu genutzt, stationäre Wiederaufnahmen vorherzusagen (J Am Med Inform Assoc 2025; doi: 10.1093/jamia/ocaf165). In der aktuellen Studie gelang das mit einer Treffsicherheit von 73 Prozent. +++ Lassen sich Teile der Aufklärung vor radiologischen Katheterinterventionen an LLMs delegieren? **BOGDAN LEVITA** von der Charité Berlin hat das am Beispiel dreier Interventionen und vier Foundation Models untersucht. Es wurden den Modellen typische Patientenfragen gestellt, und die Qualität der Antworten wurde bewertet. Die Sieger? DeepSeek v3 und ChatGPT-4o lagen klar vorn, OpenBio-LLM-8B und BioMistral-7B hatten Schwierigkeiten. +++

Letzter Akt

CHARITÉ-AUSSCHREIBUNG Das Unternehmen Dedalus ist nicht mehr im Rennen um die Ausschreibung des neuen Krankenhausinformationssystems der Charité Berlin. Im Gefolge seiner Beschwerde vor dem Berliner Kammergericht von Ende 2024 hatte Dedalus das Leistungsverzeichnis zunächst nur cursorisch ausgefüllt. Im Rahmen einer Ende Juli durch die Charité initiierten, weiteren Runde im Absichtungsverfahren wurde es dann eingefordert und von Dedalus auch eingereicht.

Die zu diesem Zeitpunkt aktuelle Version des Leistungsverzeichnisses war ein Konvolut aus Excel-Tabellen mit fast 2000 Fragen, zu denen teilweise Stellung genommen werden musste, teilweise Stellung genommen werden konnte. Dabei wurden nach Angaben von Dedalus 40 bis 50 Kann-Kriterien übersehen. Und an einer Stelle, an der ein „Ja“ erforderlich war, stand „Ka“. Ein Schreibfehler, wie Michael Dahlweid sagt, Chief Clinical and Product Officer bei Dedalus, „ohne einen Punkt dazwischen“, und damit aus Sicht Dahlweids nicht als „keine Angabe“ fehlzuinterpretieren. (Auf Tastaturen liegt das K direkt neben dem J.)



Der Charité schickte Dedalus am 9. September ein Schreiben, wonach das Leistungsverzeichnis gegen die Vergabeordnung verstoße und daher nicht gültig sei. „Wir haben dann innerhalb von zwei Stunden über das Portal nachgeliefert“, betonte Dahlweid. Die Charité habe das aber nicht akzeptiert. Dedalus entgegnete dem mit einer Rüge, die abgewiesen wurde. An dieser Stelle entschloss sich das Unternehmen dann dagegen, erneut Vergabekammer und Kammergericht zu bemühen. „Das hätte nichts gebracht“, so Dahlweid, „das wären wieder dieselben Leute gewesen wie beim ersten Verfahren. Wir haben Fehler gemacht, darüber müssen wir nicht diskutieren. Aber die Art und Weise, wie auf diese Fehler reagiert wurde, war nicht zwangsläufig.“

US-ARZNEIMITTELMARKT IM UMBRUCH

Konzerne wie Amazon und Präsident Donald Trump mischen derzeit das System der Arzneimitteldistribution in den USA auf – auch digital.

Das Unternehmen Amazon gab Anfang Oktober bekannt, dass es sogenannte Amazon Pharmacy Kiosks in medizinischen Einrichtungen der One-Medical-Kette aufstellen wird – quasi Wartezimmer-Zigarettenautomaten für Arzneimittel. Enthalten sein sollen die in der jeweiligen One-Medical-Einrichtung am häufigsten verordneten Medikamente. Das soll den Patient:innen den Gang in die Apotheke ersparen. Geordert und bezahlt wird natürlich über die Amazon-App, und hier wird es bei Bedarf dann auch einen Videokontakt zu einem Amazon-Apotheker oder ei-

ner Amazon-Apothekerin geben, sofern gewünscht. Die Kioske werden vorerst nur an einigen Einrichtungen im Großraum Los Angeles aufgestellt. Eine Expansion ist geplant, aber noch nicht beschlossen.

Nicht nur Amazon, auch die US-Regierung arbeitet sich am Arzneimittelmarkt ab. US-Präsident Donald Trump kündigte an, einen eigenen Online-Marktplatz für Medikamente zu launchen, TrumpRx genannt. Dort sollen Patient:innen Medikamente direkt von der Regierung erwerben können – zu Preisen, die die US-Regierung zuvor mit den jeweiligen

Pharmaunternehmen ausgehandelt hat. Ein erster derartiger Deal wurde dem Vernehmen nach Ende September mit Pfizer eingetütet – woraufhin die seit Monaten vor sich hindümpelnden Pharmaaktien synchron in die Höhe schossen. Die Plattform TrumpRx soll von der US-Regierung selbst betrieben werden. Ziel sind niedrigere Arzneimittelpreise. Bisher haben die USA die mit Abstand höchsten Arzneimittelpreise der Welt. Trump hatte wiederholt angekündigt, das ändern zu wollen.



BILD: © AMAZON

ANZEIGE

E-HEALTH-COM

DAS UNABHÄNGIGE FACHMAGAZIN
FÜR HEALTH-IT, TELEMEDIZIN
UND VERNETZTE MEDIZINTECHNIK

Fordern Sie Ihr

kostenloses Probeheft unter

info@health-care-com.de

an und überzeugen Sie sich selbst



KRANKENHAUS-IT: KEINE ANGST VOR KI!

Ein Krankenhaus in Zeiten des Umbruchs zu steuern, braucht gute Nerven. Erlaubt ist aber auch eine Portion Optimismus, denn in jeder Krise stecken Chancen. Sollen digitale Plattformen und Künstliche Intelligenz ihre Magie im Krankenhaus entfalten, ist zuallererst ein solides Datenmanagement nötig.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Wortbruch gegenüber den Krankenhäusern – „Krankenhäuser protestieren mit offenem Brief an Ministerin“ – „Bund will Anschein erwecken, dass Krankenhausreform keine tiefgreifenden Strukturveränderungen zur Folge hätte“. Drei Pressemeldungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit Breitseiten gegen Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) binnen einer Oktoberwoche, das war selbst im konfliktelastischen Gesundheitswesen ungewöhnlich. Der Grund, klare Sache, war die Entscheidung der Ministerin, die aktuellen Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Rücken der Krankenhäuser (und der Versicherten) zu lösen, unter anderem durch Kürzungen in Höhe von 1,8 Milliarden Euro im stationären Sektor. Was das für die IT-Budgets der Krankenhäuser bedeutet, die in Deutschland weiterhin niedriger sind als anderswo? Unklar. (Siehe Abbildung 1.)



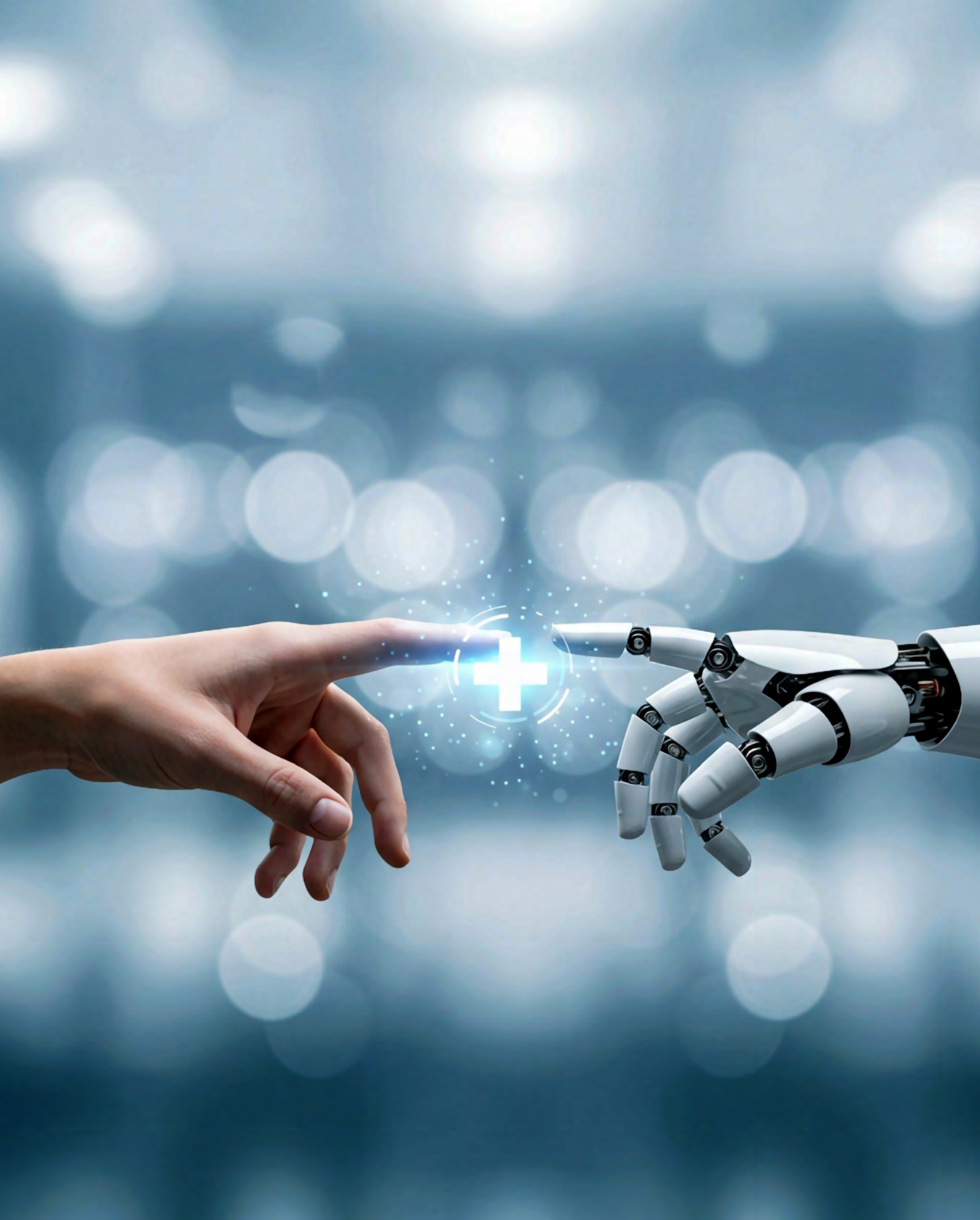


Abbildung 1: Vergleich der IT-Ausgaben von Krankenhäusern in Deutschland, Dänemark und den Niederlanden

Quelle: Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen, Hochschule Osnabrück, im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

							
		Standardisierter Betrag Krankenhaus (in EUR)*	Anteil am Gesamtbudget*	Standardisierter Betrag Krankenhaus (in EUR)	Anteil am Gesamtbudget	Standardisierter Betrag Krankenhaus (in EUR)	Anteil am Gesamtbudget
IT-Ausgaben in Krankenhäusern im Ländervergleich	Gesamtbudget (Erlöse)	100.000.000	100%	100.000.000	100%	100.000.000	100%
	IT-Gesamtbudget (Summe PK+BK+IK)	3.037.001	3,0%	3.935.596	3,9%	5.186.702	5,2%
	IT-Budget (Summe PK+BK)	2.133.173	2,1%	3.569.910	3,6%	3.978.983	4,0%
	IT-Personalkosten	772.896	0,8%	1.923.179	1,9%	1.533.150	1,5%
	IT-Betriebskosten	1.360.276	1,4%	1.646.731	1,6%	2.445.834	2,4%
	IT-Investitionskosten	903.828	0,9%	365.685	0,4%	1.207.719	1,2%
* exklusive KHZG-Anteile							

Warkens „Coup“, der für viele überraschend kam, war die Hintergrundmusik zum diesjährigen Führungskräfte-Kongress „Meeting am Meer“, das sein Jubiläum ohne denjenigen feiern musste, der es einst gegründet hatte (siehe Kasten, S. 19). Nicht Hintergrundmusik, sondern zentrales Thema der zweieinhalb Tage war die Transformation der Krankenhäuser, die durch die Entscheidung der Ministerin nochmals an Dringlichkeit gewonnen hat. Dass der Politik dieser Umbruch egal ist, oder dass sie ihn negiert, wie die DKG nahelegt, kann man schlecht behaupten: Der 50 Milliarden Euro schwere Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) trägt tiefgreifende Strukturreformen in der Krankenhauslandschaft schon im Namen. Fördermittel können jetzt beantragt werden, und es könnte sich lohnen, damit nicht zu lange zu warten (siehe Interview S. 17).

KHZG-FÖRDERUNG: FORTSCHRITTE JA, GROSSER WURF NEIN

Zwar ist der KHTF eine Transformationsförderung und nicht – wie beim Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) – eine IT-Förderung. Doch dass Transformation im 21. Jahrhundert ohne

massive Digitalisierung vonstattengehen könnte, das glaubt niemand. Wurden in KHZG-Zeiten noch einzelne digitale Use Cases hoch- und runterdekliniert, so lautet in KHTF-Zeiten die Frage: Wie lassen sich sowohl innerhalb medizinischer Einrichtungen als auch über deren Grenzen hinweg Plattformen aufbauen, die es ermöglichen, eine Vielzahl an digital hinterlegten Prozessen zu etablieren oder zu optimieren und die Qualität der Patientenversorgung auch in Zeiten von Fachkräftemangel und knapper werdenden Mitteln aufrechtzuerhalten?

Dieser Frage kann man sich von mehreren Seiten nähern. Dr. Peter Gocke, Chief Digital Officer der Charité Berlin, warb dafür, den Plattformcharakter der entstehenden Telematikinfrastruktur (TI) und insbesondere der elektronischen Patientenakte (ePA) nicht zu unterschätzen. Schon das KHZG habe mit zumindest punktuell TI-Bezug wichtige Akzente gesetzt: „Ohne die Förderung des digitalen Medikationsmanagements hätten wir es schwerer gehabt mit ePA und eRezept“, so Gocke. Positiv am KHZG wertete Gocke auch die verpflichtende Reifegradbestimmung, deren Ergebnis – ein Anstieg des Reifegrads von

33 auf 42 von 100 Punkten in drei Jahren – allerdings „etwas ernüchternd“ sei, zumal, so Gocke, wegen der Kopplung an das Förderprozedere der erste Wert wahrscheinlich eine Unter- und der zweite eine Überschätzung sei.

DIE TI ALS KERNKOMPONENTE EINES PLATTFORMÖKOSYSTEMS GESUNDHEIT

Trotzdem habe die Binnendigitalisierung im Folge von KHZG und DigitalRadar Fortschritte gemacht, und auf dem Weg „nach draußen“ werde die TI für Krankenhäuser künftig wichtiger: „Immer mehr Subsysteme haben Bedarf, mit der TI zu kommunizieren, wir werden immer offener nach außen“, betonte Gocke, der allerdings auch zugab, dass derzeit kaum eine TI-Funktion ohne Startschwierigkeiten in Betrieb gehe und dass der Übergang in die performantere TI 2.0 drei bis fünf Jahre dauern werde. Was die ePA angeht, sieht Gocke sie als den zentralen Schritt in Richtung personen-, und nicht mehr einrichtungszentrierte Versorgung. Auf Dauer sei dazu mehr Strukturierung nötig. Dort, wo strukturiert werde, komme auch die Nutzung: „Die Medikationsliste ist ein deutlicher Meilenstein. Wir haben

>



HENDRIK RIEDEL, Geschäftsführer der Digital Avantgarde GmbH

KHTF-FÖRDERUNG: »DAS ZIEL SIND LÄNGERFRISTIGE KONZEPTE«

Hendrik Riedel ist zusammen mit Thomas Jäschke Geschäftsführer der Digital Avantgarde GmbH, die Gesundheitseinrichtungen im deutschsprachigen Raum bei der digitalen Transformation unterstützt.

Das Antragsverfahren zum Krankenhaustransformationsfonds ist angelaufen. Der insgesamt 50 Milliarden Euro schwere Fördermittelfonds wird das Gesundheitswesen viele Jahre begleiten. Warum sollten Krankenhäuser jetzt schon aktiv werden?

Es gibt tatsächlich noch einige Unsicherheiten, was das Zusammenspiel zwischen den Fördermittelgebern von Bund und Ländern und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angeht. Aber grundsätzlich kann man den Krankenhaustransformationsfonds als ein langfristig angelegtes Folgeprogramm zur Förderung nach Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ansehen. Und entsprechend macht es Sinn, einige Dinge, die in der KHZG-Förderung schon angelegt waren, jetzt auszubauen. Das betrifft insbesondere die regionale Versorgung, wo es darum gehen muss, den Patientinnen und Patienten medienbruchfrei die Daten folgen zu lassen. Ein weiterer guter Grund, sich jetzt schon um Fördermittel zu kümmern, ist der Beschluss des Bundes, in den ersten vier Jahren 70 Prozent der Förderung zu übernehmen. Die Bundesländer haben durch diese Entscheidung ein starkes Interesse daran, mit der Förderung rasch voranzukommen, weil es für sie dann billiger wird. Entsprechend werden frühe Anträge auf sehr offene Ohren treffen.

Wie unterscheiden sich die Förderanträge, die die Krankenhäuser jetzt stellen können, von denen, die im Rahmen der KHZG-Förderung gestellt werden konnten?

Primäres Ziel des KHZG war es, das Digitalisierungsniveau der Institutionen anzuheben. Der Schwerpunkt lag innerhalb der einzelnen Einrichtungen. Der Krankenhaustransformationsfonds hat dagegen eher einen gesamtwirtschaftlichen Fokus. Man möchte erreichen, dass ganze Regionen eine optimale Patientenversorgung in der Fläche gewährleisten können. Als Antragsteller ist es wichtig, den Landesministerien aufzuzeigen, dass man einen roten Faden hat für die nächsten Jahre. So wie die Förderung angelegt ist, wird es weniger um Einzelprojekte gehen, schon gar nicht um einzelne IT-Projekte. Das Ziel sind längerfristige Konzepte für Exzellenzversorgung in der Fläche – durch Zentralisierung, Zusammenlegung, Ambulantisierung.

Was alles ohne Digitalisierung nicht gehen wird.

Genau. Wenn ein gewisses Grunddigitalisierungsniveau nicht da ist, wird es schwer, telemedizinische Strukturen aufzubauen und Kooperationen zu leben. Wichtig ist, sich klarzumachen, dass es auch im Krankenhaustransformationsfonds Möglichkeiten gibt, sich Digitalisierung fördern zu lassen. Entscheidend ist, dass der Primärförderzweck stimmt, also die Optimierung der regionalen Versorgungsstrukturen und die Verbesserung von medizinischer Exzellenz in der Region. Welche technologischen Komponenten da dann im Einzelfall genutzt werden, das wird je nach Trägerform und Region unterschiedlich sein. Am Ende wird es aber immer darum gehen, für strukturierte und semantisch sauber aufbereitete Patientendatenbestände zu sorgen, und zwar longitudinal, und nicht mehr rein institutionell. Entsprechend sind Technologien nötig, die in der Lage sind, systemübergreifend Daten zu managen und Institutionen hochsicher und performant zu verknüpfen. Manche nennen das dann Clinical Data Repository, andere Datenmanagement-Plattform und wieder andere Health Data Plattform. Das ist alles förderbar, solange der Primärförderzweck stimmt. Wichtig ist übrigens auch, Kompetenz im Bereich Datenmanagement aufzubauen. Die Krankenhäuser müssen auch investieren in Personal und Qualifikation. Und auch das ist zumindest teilweise förderfähig.

Die Digital Avantgarde begleitet Krankenhäuser bei der Antragstellung und der Umsetzung. Was sind die Themen, für die sich im Moment die meisten interessieren?

Momentan werden die meisten Anträge im Fördertatbestand 3 eingereicht. Das ist der Fördertatbestand, der am stärksten darauf abzielt, Medizinstrategien für Regionen zu entwickeln. Wir haben aber auch schon Anträge, in denen es darum geht, zusammen mit Kooperationspartnern etwas zu schließen, Abteilungen zurückzubauen oder Leistungen zu verschieben beziehungsweise Doppelstrukturen abzubauen.

seither viel mehr Zugriff auf die ePA-Schulungsvideos.“

Für eine zunehmende ePA-Nutzung an der Charité, wo die ePA seit einigen Wochen in Teilen verfügbar ist, sprechen auch Nachfragen der Ärztinnen und Ärzte dahingehend, wie mit einer ePA umzugehen sei, in der sehr viele Dokumente lägen. Die Verschlagwortung mit Metadaten hält der Charité-CDO für bisher suboptimal, KI-Tools zur Strukturierung seien mit der derzeitigen ePA noch nicht

Nerv getroffen. Heute arbeiten fast 1 000 Kliniken mit der Recare-Lösung.

Im Zuge unzähliger KHZG-Projekte habe sich irgendwann die Frage gestellt, wie es nun weitergehe, so Greschke. Dabei rückte eine breiter aufsetzende Prozessautomatisierung mithilfe von Künstlicher Intelligenz in den Fokus – also eine datenbasierte Prozessunterstützung über das Entlass- und Überleitungsmanagement hinaus. Aus diesen Überlegungen heraus entstand das Konzept einer

trativer Prozesse – nur darum geht es Recare – ausreicht.

Die Komponenten für die Verwirklichung dieser Vision bietet Recare selbst oder mit Partnern an. Ein eigenes Clinical Data Repository (CDR) gibt es nicht, aber existierende CDR können über FHIR-Schnittstellen oder HL7 v2 angebunden werden. In Partnerschaft mit Voize und mit Tandem Health gibt es Spracheingabe- und Ambient-Listening-Tools. Das Herz des Ganzen, das LLM, wird in Deutschland gehostet und ist C5-zertifiziert, um den Krankenhäusern maximale Sicherheit zu geben. Über offene Protokolle können zudem externe Services angeschlossen werden. Beispielsweise nannte Greschke die Pflegedienst-Software QRaGo, die es im Zusammenhang mit entsprechenden KIS-Verordnungen ermöglicht, Krankentransporte automatisch zu organisieren.

Eine wichtige Herausforderung im Zusammenhang mit KI-Anwendungen sind Datenqualität und Datenzugang. ■

nutzbar. Daran müsse dringend gearbeitet werden. Dennoch: „Wir haben jetzt erstmals ein Plattformökosystem wie andere Industrien auch. Die TI und die ePA werden Kernkomponenten, die wir künftig auch für die Telemedizin nutzen können.“

VOM ENTLASSMANAGEMENT ZUR UNIVERSELLEN PROZESSAUTOMATISIERUNG

Klar ist: Mit einer (TI-)Plattform für die integrierte bzw. telemedizinische Versorgung ist es nicht getan. Zukunftsfähig werden Krankenhäuser nur dann, wenn sie auch ihre internen Prozesse in den Griff kriegen. Geht das mithilfe von Künstlicher Intelligenz, und wenn ja, wie genau? An Antworten versuchte sich in Heiligendamm Maximilian Greschke, CEO des Unternehmens Recare, einer der Hidden Champions der Krankenhausedigitalisierung in Deutschland. Recare hatte sich initial auf die Digitalisierung von Sozialdienst und Entlassmanagement fokussiert und damit einen

agentischen KI-Plattform, bei der ein großes Sprachmodell (LLM) – ein „KI-Agent“ – mit einem Set an Tools ausgestattet wird, die es erlauben, ganze Serien von Prozessen zu bearbeiten.

Die agentische KI-Plattform von Recare basiere auf drei Grundgedanken, so Greschke. Zum einen gehe das Unternehmen davon aus, dass das wesentliche Interface in Krankenhäusern künftig Sprache sein werde – gesprochene Sprache oder in Chat-Funktionen niedergelegte Sprache. Was die Dokumentation im engeren Sinne angeht, so werde diese – zweite These – künftig zu wesentlichen Teilen mithilfe von Ambient-Listening-Technologien aus laufenden Prozessen entstehen. Und was das für agentische KI-Plattformen zentrale Problem fehlender Interoperabilität angeht, so werde dies sich – dritte These – in weiten Teilen dadurch lösen, dass KI-Modelle (auch) aus unstrukturierten Daten Informationen in einer Qualität herausziehen können, die für die Steuerung adminis-

AGAPLESION MACHT KI ZUR CHEFSACHE

KI-Agenten haben das Potenzial, Krankenhausprozesse deutlich effizienter zu machen. Doch wie kann man sich als Krankenhaus dem Thema KI effizient nähern? Wie aus Dutzenden KI-Anwendungen die auswählen, die auch wirklich einen dauerhaften Nutzen haben? Und wie verhindern, dass massenhaft einzelne KI-Anwendungen mit jeweils eigenen LLMs den Stromverbrauch in ungeahnte Höhen treiben?

Bei Agaplesion, als gemeinnützige Aktiengesellschaft in christlicher Trägerschaft eine der größten privaten Klinik- und Pflegeheimketten in Deutschland, geht man diese Fragen systematisch an. Im Sommer 2025 wurde einrichtungsübergreifend ein neuer „Zentraler Dienst KI“ ins Leben gerufen, unter Leitung von Fabian Lechner, Doktorand für Künstliche Intelligenz bei Prof. Martin Hirsch an der Universität Marburg. Lechner wies in Heiligendamm auf die enorme

Relevanz hin, die KI mittlerweile in der medizinischen Forschung habe. Wer LLM oder „large language model“ bei PubMed eingibt, der findet mittlerweile rund 6000 Zitierungen. Nur die Covid-Pandemie hatte in der Vergangenheit eine ähnliche Publikationswucht: „KI ist keine Nischentechnologie mehr, sie ist Gegenstand des nächsten geopolitischen Wetttrübens geworden.“

Agaplesion habe bereits im August 2024 einen ersten KI-Gipfel veranstaltet, sagte Sebastian Polag, Vorstandsmitglied Agaplesion gAG. In dessen Folge wurde ein konzernweites KI-Lenkungsgremium und zuletzt der neue Zentrale Dienst etabliert – bewusst als eigener Bereich, und nicht als Teil der IT-Abteilung. Aufgaben sind die Projektierung von KI-Anwendung, die Evaluierung von KI-Trends sowie „make or buy“-Entscheidungen, also die Klärung der Frage, ob ein KI-Tool gekauft oder auf vorhandenen Ressourcen selbst entwickelt werden sollte.

Derzeit, so Polag, liefen Agaplesionweit über 20 KI-Pilotprojekte. Im Bereich radiologische Bildanalyse auf Notaufnahmen hat man sich mittlerweile für ein Produkt entschieden, das jetzt konzernweit ausgerollt wird. Im Bereich generative KI wird ein KI-gestützter Arztbrief pilotiert. Zusammen mit Voize werden KI-Agenten getestet, die einfache administrative Jobs selbstständig erledigen. In der Zentralen Notaufnahme in Gießen ist ein KI-basiertes Prognosemodell im Einsatz, das das Patientenaufkommen vorhersagt und bei der Dienstplanoptimierung hilft. Es gibt den Chatbot AGA, der von Mitarbeiter:innen genutzt werden kann, um auf die interne Wissensdatenbank zuzugreifen, in der u. a. Standard Operating Procedures abgelegt sind. Es gibt KI-Unterstützung im Labor und im Tumorboard. Und natürlich gibt es eine LLM-Lizenz für den Alltagsgebrauch, Microsoft Copilot, als quasi „legale“ Alternative zu ChatGPT.

IM GEDENKEN AN PROF. DR. WOLFGANG RIEDEL

Der Führungskräfte-Kongress „Meeting am Meer“ fand in diesem Jahr zum zwanzigsten Mal statt – anders als geplant ohne denjenigen, der die Veranstaltungsreihe einst ins Leben gerufen hatte. Prof. Dr.-Ing. Wolfgang Riedel verstarb am 11. Juli 2025 überraschend und von einem Augenblick auf den anderen im Alter von 76 Jahren. Nach Stationen an kommunalen und Universitätskliniken fand er von 1986 bis 1996 als Professor für Krankenhausbetriebstechnik an der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel mit der Krankenhausdigitalisierung sein berufliches Lebensthema. Bundesweit branchenbekannt wurde er als Leiter des IfK Institut für Krankenhauswesen Braunschweig, das Krankenhäuser fundiert zur Digitalisierung beriet und gleichzeitig den Impact von Digitalisierung mit wissenschaftlichem Anspruch analysierte. Der jährliche Führungskräfte-Kongress in Heiligendamm, der mittlerweile von der Digital Avantgarde ausgerichtet wird, ist für Riedel und seine ganze Familie nicht nur Kongress, sondern immer auch Herzensprojekt gewesen. Die Jubiläumsveranstaltung vom 15. bis 17. Oktober 2025 hat er nicht mehr erlebt.



DAS KREUZ MIT DER DATENQUALITÄT

Eine wichtige Herausforderung im Zusammenhang mit KI-Anwendungen sind Datenqualität und Datenzugang. Beides ist so zentral, dass Berater wie Hendrik Riedel von der Digital Avantgarde ihren Klient:innen raten, als Teil von übergreifenden Digital- und KI-Strategien auch eine eigene Datenstrategie zu formulieren.

Sich in Sachen Datenqualität darauf zu verlassen, dass KI sich die nötige Information auch aus nicht strukturierten Daten holen können, davon rät Charité-CDO Peter Gocke ab: „Gewinnen von Daten aus PDFs ist ein bisschen wie Fracking, das funktioniert nicht immer besonders gut.“ Darauf zu warten, dass die Hersteller von klinischen Informationssystemen bei Datenstrukturierung und Datenzugänglichkeit zu Musterknaben werden, ist angesichts der hohen Geschwindigkeit der KI-Entwicklung auch nicht optimal. Eine Lösung sind zwischengeschaltete Interoperabilitätsplattformen und/oder CDRs. Bei Agaplesion hat man die eigene Zurückhaltung diesbezüglich mittlerweile aufgegeben: Ein CDR sei jetzt ausgeschrieben worden, so Polag. Auf

Interoperabilität durch Öffnung der Primärsysteme zu hoffen, dauert schlicht zu lang.

Dass das keineswegs nur an den Herstellern der klinischen Informationssysteme liege, betonte Olaf Dörge von Oracle. Viele KIS- und Plattformhersteller programmierten den ISiK-Standards hinterher, um dann festzustellen, dass der Prozess nicht funktionierte oder völlig unklar sei. Gocke sieht dieses Problem auch, er betonte aber, dass ISiK sich weiterentwickle: „ISiK 1 war eine One-man-Show der gematik. Mittlerweile werden Unternehmen, Krankenhäuser und auch Patientenverbände gefragt.“ Der Prozess, so Gocke, müsse am Anfang stehen. Technik für alle Eventualitäten bereitzustellen und zu hoffen, dass jeder seinen Weg schon findet, das funktioniere dagegen nicht. ■



■ PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

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

KI IM KRANKENHAUS- MANAGEMENT: REVOLUTION AUF MEHREREN EBENEN

Künstliche Intelligenz (KI) hat längst Einzug in die Welt der Medizin gehalten. Doch während sich die öffentliche Diskussion meist auf spektakuläre Diagnose-Tools oder innovative Behandlungsmethoden konzentriert, vollzieht sich im Hintergrund eine stillere, aber ebenso tiefgreifende Revolution: die (mögliche) Transformation des Krankenhausmanagements durch KI.

TEXT: CLAUDIA DIRKS

Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) – Campus Lübeck – wird deutlich, wie KI heute bereits Verwaltungsaufgaben, Datenanalysen und strategische Prozesse unterstützt und so das gesamte Gesundheitswesen verändert, verändern könnte. In Zeiten von Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ein mehr als hilfreiches Tool. 

BILD: © WORRAPOL – STOCK.ADOBE.COM, 970299067, STAND-ILZ.





Der Mensch bleibt in der Verantwortung, mit klarer Arbeitsteilung: Die KI bereitet Daten auf, die finale Bewertung und Entscheidung trifft das Fachpersonal. ■

ADMINISTRATIVES NEULAND

Die Vorstellung, KI sei ausschließlich ein Thema für Ärztinnen, Ärzte und Medizintechnik, greift viel zu kurz. Gerade im Management, bei der Datenanalyse und der strategischen Steuerung kann der technologische Wandel Abläufe vereinfachen, Fehlerquellen minimieren und Ressourcen freisetzen. „Derzeit nutzen rund 10 bis 15 Prozent der Verwaltungsabteilungen KI-gestützte Anwendungen“, erklärt Kai Pardey, kaufmännischer Direktor des UKSH – Campus Lübeck. Oft seien dies zunächst einfache Aufgaben wie das Überarbeiten von E-Mails oder die Optimierung der internen

Kommunikation – doch das Potenzial reiche viel weiter. Aus dieser Überzeugung heraus entstand die Teilnahme am universitären Healthcare Hackathon, der als klares Ziel formuliert, reale Herausforderungen aus dem Arbeitsalltag zu lösen und dabei Grenzen der bisherigen Prozesse aufzubrechen.

„Der Healthcare Hackathon in Frankfurt war für uns eine Art Testumgebung, um herauszufinden, wie wir unsere Daten am besten für die KI aufbereiten, damit die Ergebnisse wirklich weiterhelfen“, so Pardey. „Wir hatten hier erstmals die Möglichkeit, mit echten Daten zu arbeiten, da Gemini, als KI-Tool, inzwischen cloudbasiert

läuft. Das war eine tolle (geschützte) Umgebung, in der wir die unterschiedlichsten Formate ausprobieren konnten. Ein echter Eyeopener!“

Auch der Hackathon, der sich sonst eher mit medizinischer Auswertung bzw. digitaler Prozessunterstützung beschäftigte, betrat damit Neuland. Aber die Challenge für die Administration ist in Zeiten von Krankenhausreform und KHVVG genauso realitätsnah wie zukunftsorientiert, weiß Gründer und Initiator Dr. Christian Elsner, mittlerweile aus der Universitätsmedizin als Partner ins Healthcare Transformation Team bei PwC gewechselt: Die Healthcare Hackathons im Umfeld der Unikliniken haben von jeher ihren ganz eigenen Charakter und den klaren Anspruch, die vorgestellten und vor Ort geschärften Lösungen auch in den Klinikalltag zu bringen bzw. wenigstens auszuprobieren und auf Alltags-tauglichkeit zu prüfen. „Deswegen sollten sich Kliniken im Vorfeld intensiv mit ihren Prozessen auseinandersetzen, für die sie eine digitale Lösung suchen.

MÖGLICHE KI-EINSATZGEBIETE UND KONKRETE FORMATE

Vorbereitet und mit konkreten Ideen ging es dann ans Doing. Ein eher spielerischer, aber trotzdem sehr ernsthafter Anwendungsfall, der während des Hackathons erprobt wurde, betraf die Vorbereitung von Managementsitzungen. Bisher bedeutete dies, dass Mitarbeitende bis zu 200 Seiten an Protokollen, Berichten und Entscheidungsgrundlagen lesen, strukturieren und zusammenfassen mussten – eine mitunter monotone, aber immer zeitintensive Aufgabe. In Frankfurt nun wurde getestet, wie KI-Tools automatisch Beschlussvorlagen extrahierten, relevante Absätze strukturierten und daraus eine konsistente Übersicht generierten.

Für Pardey ein weiteres Highlight, deren Zusammenfassung als Podcast:

„Die KI wandelt die wichtigsten Inhalte in gesprochene Sprache um, sodass die zentralen Punkte bequem während der Fahrt zur Arbeit oder zwischen Terminen angehört werden können.“ Das ist nicht nur ein leicht verdauliches, effizientes Format – es spart mehrere Stunden pro Sitzungsvorbereitung.

Doch der Hackathon war weit mehr als ein Schaulaufen einzelner Tools. In weiteren Durchläufen wurden Systeme trainiert, um Standardanfragen von Mitarbeitenden zu beantworten – etwa zur Urlaubsplanung, Patientenaufnahmefragen, zu Fortbildungsanträgen oder zur Raumbuchung. Wieder andere Teams nutzten KI, um Terminpläne für OP-Säle zu optimieren und Engpässe frühzeitig zu melden.

WEIT MEHR ALS MEDIZIN:

KI ALS HERZSTÜCK MODERNER VERWALTUNG

Aktuell wird in der Verwaltung am UKSH KI von den Mitarbeitenden zum allergrößten Teil lediglich für die Kommunikation genutzt. „Die ist dadurch deutlich freundlicher geworden“, gibt Pardey lachend zu. Aber er hat Pläne, wie sich der Einsatz von KI in einer modernen (Krankenhaus-) Verwaltung weiter ausbauen lässt, die über die Vorbereitungen von Sitzungen in unterschiedlichen Formaten hinausgehen. Er sieht es als Basis für strategische Entscheidungen, Entlastung der Mitarbeiter:innen, aber auch als echten Wettbewerbsvorteil.

„Nehmen wir die Qualitäts- und Transparenzberichte: Rund 300 Seiten extrem komplexe Informationen. Heute kann ich die Berichte in das System laden und bekomme automatisch auswertbare Ergebnisse. Die ganze Fleißarbeit, wofür unsere Controller:innen stundenlang öffentliche Daten auswerten mussten, geht jetzt wesentlich schneller“, erläutert der kaufmännische Direktor und fügt hinzu: „Dadurch steigt die Qualität

der Analyse, und wir gewinnen vor allem Zeit für die inhaltliche Tiefe.“

Auch für die Wirtschaftsplanung gibt es bereits Versuchsmodelle. So können große Excel-Tabellen mit komplexen Finanzkennzahlen nicht nur auf Fehler überprüft, sondern auch zur Entwicklung erster Planvorschläge genutzt werden. Beispielsweise die Simulation der Auslastungsentwicklung einer Tagesklinik – in Echtzeit und unter Berücksichtigung saisonaler Schwankungen. Aber das ist aktuell noch in einem Versuchsstadium.

ZIEL: EIN UNTERNEHMENSWEITER WISSENS-CHATBOT

Die Einführung von KI-Lösungen im Krankenhausmanagement ist natürlich nicht frei von Herausforderungen. Datenschutz steht an erster Stelle, insbesondere wenn es um hochsensible Gesundheitsdaten geht. Für das UKSH kommt deshalb nur die Datenverarbeitung ausschließlich in einer EU-Cloud infrage. Die KI läuft dazu hybrid in der klinikeigenen Cloud sowie für ausgewählte Aufgaben auch in einer erweiterten Cloud außerhalb des Klinikums und wird so auch mit eigenen Daten trainiert. Momentan setzt man außerdem sehr stark darauf, die Mitarbeitenden im Umgang mit KI zu trainieren und regelkonform in Abläufe einzubetten. Der Mensch bleibt so in der Verantwortung, mit klarer Arbeitsteilung: Die KI bereitet Daten auf, die finale Bewertung und Entscheidung trifft das Fachpersonal.

Eine weitere Idee, die das UKSH verfolgt, ist eine unternehmensweite „Suchmaschine“: Ein Chatbot, der alle relevanten Informationen – von Patientenprozessen über Laborwerte bis hin zu administrativen Vorgängen – bündelt und auf Anfrage verständlich ausgibt. „In einzelnen, klinischen Fachbereichen, wo die Arbeitsbelastung besonders hoch ist, testen wir das bereits“, gibt Pardey Einblick, „wir nutzen dort bevorzugt Chatbots, die

Laborwerte zusammenfassen oder Informationen bereitstellen.“

Die Vision: Künftig könnten Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte oder Verwaltungsmitarbeitende schnell und unkompliziert alle für ihre Arbeit wichtigen Informationen abrufen – und sich so ganz auf die Versorgung der Patient:innen konzentrieren, während sie in Echtzeit mit den notwendigen Informationen versorgt werden.

KI ALS PARTNER FÜR EIN ZUKUNFTSFÄHIGES KRANKENHAUSMANAGEMENT

Die Erfahrungen am UKSH zeigen: KI ist im Krankenhausmanagement keine Science-Fiction mehr, sondern gelebte Praxis. Sie hilft, administrative Prozesse effizienter zu gestalten, die Datenqualität zu erhöhen und somit auch die strategische Steuerung zu verbessern. Der Healthcare Hackathon erwies sich als Katalysator – er brachte Menschen, Ideen und Technik zusammen und ermöglichte es, die KI-Anwendungen direkt zu testen und weiterzuentwickeln.

Wichtig bleibt: KI ist kein Ersatz für menschliche Erfahrung und Intuition – vielmehr ist sie ein Werkzeug, das Mitarbeitende entlastet, die Qualität der Arbeit steigert und neue Freiräume für die persönliche Zuwendung schafft. Die Zukunft des Krankenhausmanagements ist datengetrieben, kollaborativ und offen für Innovationen. Das Beispiel UKSH macht Mut, diesen Weg weiterzugehen und KI zum festen Bestandteil eines modernen, menschlichen Gesundheitswesens zu machen. ■



■ **CLAUDIA DIRKS**

ist freie Journalistin.

Kontakt:

claudia.dirks@yahoo.de

TRENDS DER GESUNDHEITS-IT



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

ZUKUNFT DER PFLEGE UND SOZIALARBEIT IN EUROPA

An der „Trendstudie Pflege und Soziales 2025“ des Pflegesoftware-Anbieters myneva haben über 2 500 Fach- und Führungskräfte aus sieben europäischen Ländern teilgenommen. Ein Ergebnis: Fachkräfte fordern bessere Bedingungen – und praxisnahe digitale Lösungen, die wirklich entlasten.

“ Die Digitalisierung ist in der Pflege angekommen – aber eher als Flickenteppich denn als System. Fast die Hälfte arbeitet in „teilweise digitalen“ Strukturen, doch nur 18,6% haben ein wirklich mobiles, voll digitalisiertes Arbeitsumfeld. Statt echter Entlastung gibt's oft nur Insellösungen: PCs ohne Mobilität, Tools ohne Schulung. Und ja, 2025 gibt es immer noch Einrichtungen, die komplett auf Papier setzen. Europas digitale Pflege braucht kein weiteres Pilotprojekt, sondern endlich Struktur, Schulung und Skalierung. Sonst bleibt Digitalisierung in der Pflege ein leeres Versprechen – auf dem Rücken derer, die längst am Limit arbeiten.

Welche dieser Aussagen trifft am ehesten auf den Stand der Digitalisierung in Ihrem Arbeitsumfeld zu?

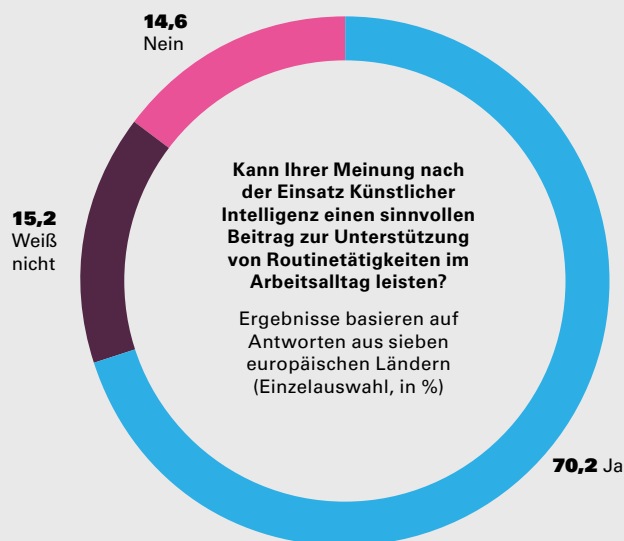
Ergebnisse basieren auf Antworten aus sieben europäischen Ländern (Einzelauswahl in %)

Teilweise digital, manches noch analog	48,0
Vollständig digital, inkl. mobiler Apps	18,6
Technik vorhanden, aber kaum Schulung	13,6
Nur PC-Nutzung, kein mobiles Arbeiten	13,3
Nur Papier, keine Digitalisierung	4,8
Weiß nicht	1,7



Welche dieser digitalen Anwendungen würden Sie persönlich als besonders hilfreich für Ihre tägliche Arbeit empfinden?

Ergebnisse basieren auf Antworten aus sieben europäischen Ländern (Mehrfachnennungen möglich, in %)



“ Digitalisierung muss praktisch sein. Pflegekräfte brauchen mobile Dokumentation und digitale Schichtplanung – längst verfügbare, aber noch nicht flächendeckend genutzte Lösungen. Basistechnologien wie KI und Spracherkennung fehlen oft. Ohne Investitionen und Schulungen bleibt das Potenzial ungenutzt.

“ KI ist willkommen, wenn sie nachvollziehbar unterstützt und Zeit spart. Benutzerfreundlichkeit ist dabei entscheidend: Die Software muss intuitiv, stabil und ohne lange Einarbeitung funktionieren. Gleichzeitig braucht es Vertrauen – durch verständliche Schulung, verlässlichen Support und transparenten Datenschutz. Insellösungen sind Vergangenheit. Nur wer sich in bestehende Systeme integrieren lässt, bleibt zukunftsfähig. Fazit: Gute Pflegesoftware löst echte Probleme und funktioniert im Alltag – sonst wird sie aussortiert.

Mobile Dokumentation

Besonders gefragt in Schweden (47,0 %), Deutschland (44,3 %) und Österreich (36,0 %).

Flexible Schichtplanung

Höchste Zustimmung in Finnland (35,1 %), Schweiz (32,4 %) und Deutschland (29,9 %).

Medikationsmanagement

Wichtig in Schweden (32,8 %), Finnland (30,0 %) und den Niederlanden (34,0 %).

Spracherkennung

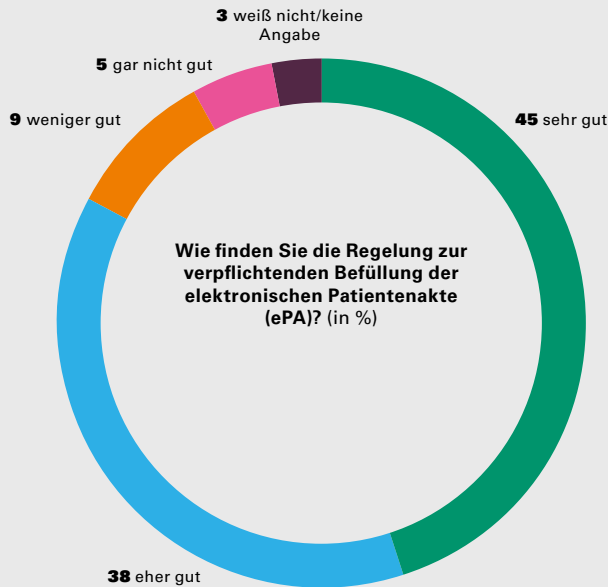
Stark nachgefragt in Österreich (27,0 %) und der Schweiz (23,8 %).

Wearables (z. B. Notrufarmbänder)

Besonders relevant in Belgien (22,0 %), Österreich (21,3 %) und der Schweiz (26,7 %).

VERPFLICHTENDE NUTZUNG DER EPA DURCH ÄRZT:INNEN

Seit dem 1. Oktober sind Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Kliniken verpflichtet, die elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen und Dokumente wie Arztbriefe oder Laborbefunde dort zu speichern. Laut einer vom AOK-Bundesverband beauftragten forsa-Befragung befürwortet eine große Mehrheit der gesetzlich versicherten Menschen in Deutschland (83 Prozent) diese Regelung zur verpflichtenden Befüllung, nur 14 Prozent lehnen sie ab. Allerdings zeigt die Befragung nach wie vor viel Informationsbedarf beim Thema ePA.



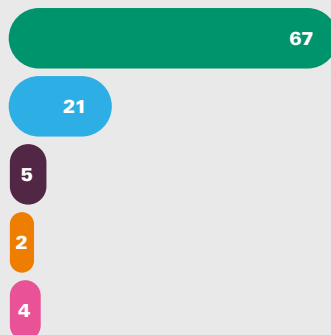
“ Ein wichtiger Schritt hin zu einer echten Datennutzung im Gesundheitswesen. Bemerkenswert ist: 83 % der gesetzlich Versicherten begrüßen diese Verpflichtung. Das zeigt, dass Akzeptanz da ist – was fehlt, ist Information. Denn noch immer wissen viele nicht genau, wie die ePA funktioniert oder welche Vorteile sie bringt. Die Aufgabe liegt nun bei Politik, Selbstverwaltung und Industrie, den Nutzen der ePA im Alltag spürbar zu machen – technisch reibungslos, datensicher und patientennah.

Großes Interesse der Befragten an der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)

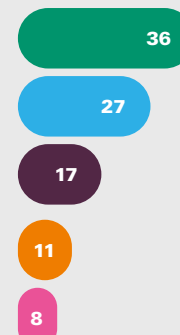
Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (in %)

■ stimme eindeutig zu ■ stimme eher zu ■ unentschieden ■ stimme eher nicht zu ■ stimme eindeutig nicht zu

Ich habe Interesse daran, über meine ePA künftig Gesundheitsdaten, z. B. Arztbriefe oder Laborbefunde, einzusehen.



Ich habe Interesse daran, künftig selbst Dokumente in meiner ePA zu speichern und meinen Ärztinnen und Ärzten zugänglich zu machen.

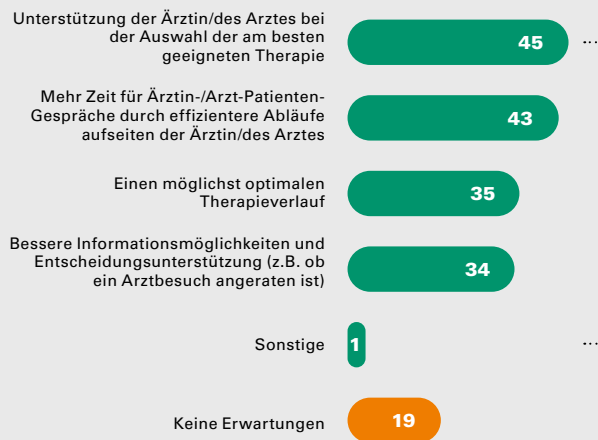


AKTUELLER STAND DER DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die von Deloitte durchgeführte repräsentative Umfrage zur Digitalisierung im Gesundheitswesen 2025 setzt den Schwerpunkt auf die Bereitstellung von Gesundheitsdaten und der Nutzung von Künstlicher Intelligenz.

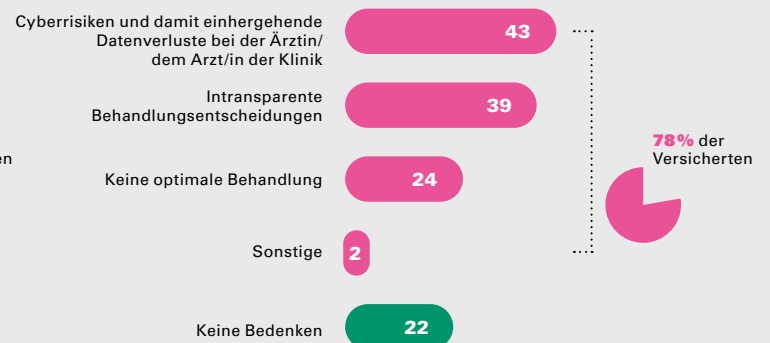
Welche Erwartungen haben Sie an den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Medizin?

(Mehrfachauswahl möglich, in %)



Welche Bedenken haben Sie, wenn Ihre Ärztin/Ihr Arzt oder Gesundheitsdienstleister:in auf Künstliche Intelligenz zurückgreifen würde?

(Mehrfachauswahl möglich, in %)

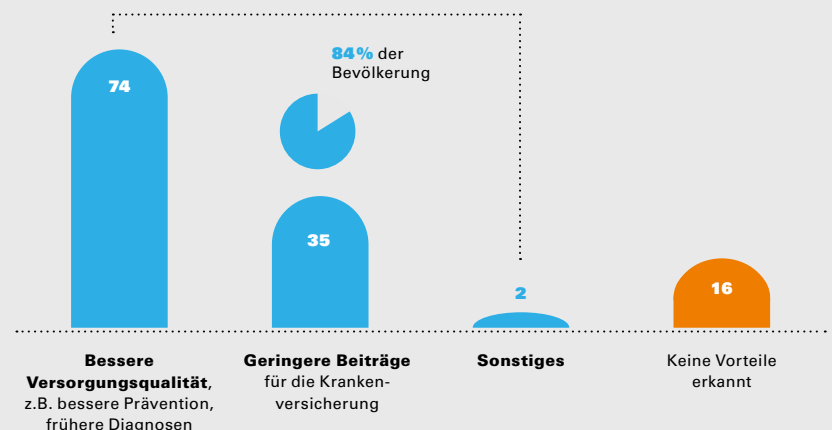


“Versicherte sehen in Künstlicher Intelligenz großes Potenzial für bessere Therapien und mehr Zeit im Arztgespräch. Gleichzeitig sorgen sich viele um Datenschutz, Transparenz und Behandlungsqualität. Damit KI nicht zur Black Box wird, sondern zum vertrauenswürdigen Begleiter im Behandlungsalltag, müssen Transparenz, Sicherheit und ethische Standards von Beginn an mitgedacht werden. Anbieter, Politik und Leistungserbringende sind gefordert, nicht nur die Lösungen anzubieten bzw. zu nutzen, sondern Vertrauen aufzubauen. Nur so lässt sich das Potenzial von KI in der Versorgung wirklich entfalten.



Welche Vorteile erhoffen Sie sich vom Teilen Ihrer Gesundheitsdaten?

(Mehrfachauswahl möglich, in %)





POTENZIALE UND HERAUSFORDERUNGEN VON KÜNSTLICHER INTELLIGENZ IN DER KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSUNTERSTÜTZUNG

Der Einzug Künstlicher Intelligenz (KI) in der klinischen Entscheidungsfindung eröffnet die Chance, Fehler zu vermeiden, die Patientensicherheit zu verbessern, die Versorgungsqualität zu erhöhen und Abläufe zu beschleunigen. Jedoch: Wo KI unterstützt, darf sie nicht irreführen.

TEXT: LAURA ZWACK, CHRISTOPH POLKOWSKI

Im Arbeitsalltag stehen Ärztinnen und Ärzte oft unter enormem Zeitdruck und müssen täglich bis zu 100 komplexe Entscheidungen treffen – insbesondere in der Intensiv- und Akutmedizin. Der Bedarf an verlässlichen und aktuellen Informationen ist entsprechend groß. Während früher für medizinische Entscheidungen, die hochspezialisiertes Fachwissen erfordern, oft auf Lehrbücher, Zeitschriften und kollegialen Rat zurückgegriffen wurde, stehen heute mit Datenbanken und spezialisierten Plattformen riesige Mengen an Fachliteratur digital bereit. Allein im Jahr 2024 wurden weltweit über

1,5 Millionen medizinische Fachartikel veröffentlicht – eine Menge, die ohne digitale Unterstützung kaum noch zu verarbeiten ist.

Diese Informationsflut ist Fluch und Segen zugleich: Einerseits ist Wissen jederzeit und in großen Mengen verfügbar, andererseits wird es für Einzelne immer schwieriger, den Überblick zu behalten. Bislang sollten klinische Entscheidungsunterstützungssysteme (Clinical Decision Support Systems, CDSS) helfen, indem sie Symptome erfassen, Behandlungsregeln anwenden und Empfehlungen aussprechen. Doch auch diese Systeme haben Schwächen: Sie sind oft unflexibel, schwer aktuell zu halten und können die Komplexität individueller Fälle nur eingeschränkt abbilden. Die ständige Zunahme an wissenschaftlichen Publikationen erschwert zudem die Aktualisierung von Leitlinien, so dass diese häufig nicht den neuesten Stand der Forschung widerspiegeln.

EVIDENZZUGANG IM ZEITALTER DER INFORMATIONSFLUT: POTENZIALE UND RISIKEN VON KI

So bleibt die gezielte Recherche nach neuesten medizinischen Erkenntnissen zeitaufwendig und im Klinikalltag oft nicht realisierbar. Hier kann die KI ihren Beitrag leisten: Sie ist in der Lage, große Mengen unstrukturierter Daten rasch zu analysieren, relevante Informationen herauszufiltern und verständlich aufzubereiten. Besonders bei seltenen Erkrankungen, atypischen Symptomen oder unklaren Befunden bietet KI wertvolle Unterstützung, indem sie den aktuellen Wissensstand schnell und präzise verfügbar macht.

Sprachmodelle (Large Language Models oder LLMs) wie ChatGPT oder vergleichbare Systeme ermöglichen es, komplexe Fragen in natürlicher Sprache zu formulieren. Allerdings haben diese Modelle entscheidende Schwächen: Ihre Antworten basieren lediglich auf den in ihrem Trainingsdaten-

satz enthaltenen Informationen. So sind sie einerseits oft nicht aktuell und können andererseits sogenannte Halluzinationen erzeugen – also inhaltlich plausible, aber faktisch falsche Aussagen. Es versteht sich von selbst, dass derartige Fehler im Kontext medizinischer Entscheidungen erhebliche Risiken für die Patientensicherheit bergen.

Eine zentrale Anforderung an KI-gestützte Systeme in der klinischen Entscheidungsfindung ist daher die Nachvollziehbarkeit sowohl der verwendeten Quellenbasis als auch der Mechanismen, die der Antwortgenerierung zugrunde liegen. Im Unterschied zu herkömmlichen KI-Systemen, die oft intransparent agieren und auf Informationen aus dem Internet sowie oft veralteten Trainingsdaten basieren, sollten KI-Anwendungen für Krankenhäuser ausschließlich auf wissenschaftlich fundierte Quellen zurückgreifen und diese transparent referenzieren. So wird einerseits eine schnelle Orientierung für Anwenderinnen und Anwender gewährleistet und andererseits die Überprüfung der Antworten durch medizinisches Fachpersonal ermöglicht.

PRAXISBEISPIEL: RETRIEVAL AUGMENTED GENERATION IM VERSORGUNGSALLTAG

Wie KI-gestützte Entscheidungsfindung in der Klinik technisch umgesetzt werden kann, zeigt die Plattform ClinicalKey AI, die von Elsevier, einem führenden Unternehmen für Informations- und Analyseleistungen, entwickelt wurde. Sie wurde unlängst im Rahmen des Symposiums „Clinical Decision Support“ gemeinsam mit der Universitätsmedizin Frankfurt vorgestellt und getestet. In den USA und in vielen anderen Ländern weltweit ist sie bereits im Einsatz.

Um Ärztinnen und Ärzte bei der Entscheidungsfindung im Klinikalltag zuverlässig zu unterstützen, kombiniert die Plattform verschiedene technologische Komponenten zu einem

auf „Retrieval Augmented Generation“ (RAG) basierendem System. Im Unterschied zu klassischen KI-Modellen, welche Textbausteine nutzen, um Antworten zu formulieren, sind RAG-Systeme darauf ausgelegt, ausschließlich auf verifizierte Daten zuzugreifen und mithilfe mehrerer grundlegender LLM-Modelle Antworten aus den abgerufenen Informationen zu generieren. So wird beispielsweise ausschließlich auf einen von Fachleuten kuratierten Korpus aus peer-reviewten Fachartikeln, Arzneimitteldatenbanken und aktuellen Leitlinien zurückgegriffen, der täglich aktualisiert wird. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass nur aktuelle und evidenzbasierte Inhalte zur Generierung der Antworten verwendet werden – und nicht etwa die Trainingsdaten des Sprachmodells.

Zusätzlich wurde der Suchmechanismus gegenüber herkömmlichen Systemen optimiert: Die Vektorsuche ermöglicht, nicht nur identische „Stichwörter“, sondern auch semantische Ähnlichkeiten zu erkennen – etwa, dass bei der Suche nach „Herzinfarkt“ auch Informationen zum „Myokardinfarkt“ gefunden werden. Gleichzeitig minimieren RAG-Systeme das Risiko von Halluzinationen deutlich. Während Modelle wie ChatGPT darauf ausgelegt sind, flexibel, kreativ und kontextabhängig Antworten auf Basis von Wahrscheinlichkeiten zu generieren – auch dann, wenn keine zuverlässigen Informationen vorliegen –, machen RAG-Systeme gegenüber ihren Nutzern transparent, wenn keine ausreichende Evidenz vorhanden ist.

QUALITÄTSSICHERUNG UND REGULATORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Für den zuverlässigen Einsatz von KI in der klinischen Entscheidungsfindung sind neben der Qualität der genutzten Informationen und der Antwortgenerierung vor allem Nachvollziehbarkeit und Qualitätskontrolle essenziell. Gegenüber herkömmlichen LLMs haben RAG-basierte Systeme >

Eine zentrale Anforderung an KI-gestützte Systeme in der klinischen Entscheidungsfindung ist daher die Nachvollziehbarkeit sowohl der verwendeten Quellenbasis als auch der Mechanismen, die der Antwortgenerierung zugrunde liegen. ■

den Vorteil, dass ihre Antworten zuverlässig mit Referenzen versehen werden. So wird ein direkter Zugriff auf die Originalquellen und eine „manuelle“ Kontrolle durch medizinisches Personal möglich, und KI-Plattformen können strukturiertes, effizientes und schnelles evidenzbasiertes Arbeiten in Kliniken unterstützen – ohne dabei die ärztliche Verantwortung aus der Hand zu geben.

Denn die Überwachung und Kontrolle von KI-Systemen durch medizinisches Personal bleibt zentral, und mit dem zunehmenden Einsatz von KI steigen auch die regulatorischen Anforderungen. Hier sind breit angelegte Beratungen durch Expertinnen und Experten aus Technik, Wissenschaft, Industrie, Politik und Praxis nötig. Ein Beispiel ist die Coalition for Health AI (CHAI) – ein Verbund aus Wissenschaft, Industrie und Politik, der sich der Nutzung von KI für Innovation und bessere Versorgung im Gesundheitswesen verschrieben hat. Gemeinsam mit Elsevier hat CHAI ein Evaluationssystem entwickelt, das sich an den Vorgaben des EU AI Act orientiert. Im Falle von ClinicalKey AI bewertet ein interdisziplinäres Expertengremium regelmäßig KI-generierte Antworten hinsichtlich Nützlichkeit, Relevanz, Korrektheit, Vollständigkeit und Referenzqualität. Risiken wie Fehlinformationen, Verzerrungen oder in-

adäquate Inhalte werden dokumentiert und fließen in die Weiterentwicklung der Plattform ein. So soll die Grundlage für eine vertrauenswürdige, sichere und ethisch verantwortbare Nutzung von KI in der klinischen Praxis geschaffen werden.

AUSBLICK: KI ALS INTEGRATIVER BESTANDTEIL DER MEDIZINISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Die Integration von KI-Systemen in die klinische Routine bietet enormes Potenzial zur Optimierung der Patientenversorgung. Sie ermöglicht situativ angepasste, evidenzbasierte Entscheidungen, kann Behandlungsfehler minimieren und hilft, die Informationsflut zu bewältigen. Die rasante technologische Entwicklung und die zunehmende Verfügbarkeit KI-gestützter Anwendungen werden die Rolle von KI neben anderen gesellschaftlichen Bereichen auch in der medizinischen Entscheidungsfindung weiter stärken.

Natürlich bringt der Einsatz von KI auch Herausforderungen mit sich: Die Informationsqualität muss gewährleistet sein, und Halluzinationen – wie sie bei LLMs möglich sind – müssen vermieden werden. Doch die Praxis zeigt, dass an Lösungen bereits intensiv gearbeitet wird. In Zukunft ist die Integration von KI-Tools in klinische Informationssysteme durchaus denkbar.

Für den erfolgreichen und ethischen Einsatz von KI in der klinischen Entscheidungsfindung bleiben kontinuierliche Qualitätssicherung und die enge Einbindung des medizinischen Fachpersonals in Entwicklung und Anwendung entscheidend. Wichtig ist auch, dass KI als Assistenzsystem verstanden wird: Sie ergänzt die ärztliche Expertise, ersetzt sie aber nicht. Interdisziplinäre Fallkonferenzen, kollegialer Austausch und die individuelle klinische Beurteilung bleiben unverzichtbar. Die stetige Weiterentwicklung technischer und regulatorischer Standards wird entscheidend sein, um das Vertrauen in KI-Systeme zu stärken und ihren sicheren Einsatz im medizinischen Alltag zu gewährleisten. ■



■ **LAURA ZWACK**
Senior Director Specialist
Solutions, Elsevier
Kontakt:
l.zwack@elsevier.com



■ **DR. MED. CHRISTOPH POLKOWSKI**
Koordinator der
Stabsstelle für medizini-
sche Informationssysteme
und Digitalisierung,
Universitätsmedizin
Frankfurt



CYBERSICHERHEIT MUSS AUFS TAPET

Kritische Infrastrukturen, zu denen Krankenhäuser ab einer gewissen Größe zählen, müssen ihre Cybersicherheit im Griff haben; das Umsetzungsgesetz der neuen NIS-2-Richtlinie NIS2UmsuCG verschärft die Anforderungen an Compliance und erweitert den Verantwortungsbereich aus. Für Kliniken und Krankenhäuser bedeutet das, sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen in die Cybersicherheit zu investieren, um die hohen künftigen Standards erfüllen zu können.

TEXT: VOLKER ERNST

Cyberangriffe betreffen Unternehmen aller Größen und Branchen – und dazu Behörden und öffentliche Einrichtungen: Im Februar erst wurde ein Cyberangriff auf die LUP-Kliniken im Landkreis Ludwigslust-Parchim bekannt, bei dem patientenbezogene Daten gestohlen wurden – die Angreifer stellten Lösegeldforderungen und der Regelbetrieb musste eingeschränkt werden. Das Hasso-Plattner-Institut Potsdam sieht einem Medienbericht zufolge eine massive Zunahme von >



NIS 2 legt in vielen Punkten strenge Maßstäbe an, was bedeutet, dass die Anforderungen an IT-Sicherheit und Compliance und damit an Governance und Überwachung steigen. ■

derartigen Angriffen auf Krankenhäuser, insbesondere von Attacken mit Auswirkungen auf den Patientenbetrieb. Dem Bericht zufolge soll es sich um einen Anstieg von 74 Prozent von 2020 bis 2024 handeln. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) spricht in seinem Bericht zur IT-Sicherheit 2024 entsprechend von einer angespannten Lage. Cyberkriminelle professionalisieren sich, agieren arbeitsteilig und nutzen verschiedene Angriffsformen. Mittlerweile gibt es Malware-as-a-Service und Ransomware-as-a-Service. Das BSI stellt vermehrte Attacken auf öffentliche Einrichtungen fest, auch die Höhe der geforderten Lösegelder steigt; das Beratungshaus PwC beziffert den Schaden im Gesundheitswesen durch Cyberfälle

auf über 206 Milliarden Euro im Jahr 2024. Im gleichen Jahr waren 67 Prozent der befragten Kliniken von Ransomware betroffen. Innerhalb von einer Woche erholten sich nur 22 Prozent der Unternehmen.

Besonders heikel wird es, wenn die sogenannten kritischen Infrastrukturen betroffen sind: Zum Stichtag 31. Dezember 2024 hat das BSI 215 Betreiber mit 355 Anlagen im Gesundheitssektor als Betreiber Kritischer Infrastrukturen (KRITIS) registriert. Gemäß der KRITIS-Verordnung gilt ein Krankenhaus unter anderem als kritische Infrastruktur, wenn es mehr als 30000 vollstationäre Fälle pro Jahr behandelt. Für diese Einrichtungen gelten besondere Pflichten: Die Betreiber müssen angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen

treffen, um Störungen der Verfügbarkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu verhindern und um die Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit aufrechtzuerhalten. Dafür ist unter anderem ein Informationssicherheitsmanagementsystem notwendig, genauso wie die Dokumentation oder die Benennung von Beauftragten.

Zu diesem nationalen KRITIS-Rahmen mit dem Gesetz über das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSIG) und der KRITIS-Verordnung kommt mit NIS 2 nun eine EU-weite Regelung hinzu. NIS 2 ist die überarbeitete EU-Richtlinie zur Netz- und Informationssicherheit, die nun mit dem NIS-2-Umsetzungs- und Cybersicherheitsstärkungsgesetz (NIS2UmsuCG) in nationale Gesetzgebung überführt werden soll. Neben Betreibern kritischer Infrastrukturen werden jetzt auch viele mittlere und große Einrichtungen als „wesentliche“ oder „wichtige Einrichtungen“ erfasst. Erstere sind Häuser mit über 250 Mitarbeiter:innen oder über 50 Millionen Euro Umsatz und über 43 Millionen Bilanzsumme, als wichtig gelten Einrichtungen mit über 50 Mitarbeiter:innen oder mit über zehn Millionen Euro Umsatz und über zehn Millionen Euro Bilanzsumme. Große Einrichtungen mit über 30000 stationären Fällen fallen sowohl unter KRITIS als auch künftig unter NIS 2. Kleinere Krankenhäuser, die bisher nicht unter KRITIS fielen, könnten künftig von NIS 2 betroffen sein.

DIE NEUEN ANFORDERUNGEN

KRITIS-Krankenhäuser müssen ihre IT-Sicherheit gemäß dem BSIG nachweisen. Dabei wird die Wirksamkeit von Managementsystemen für Informationssicherheit (ISMS), die Geschäftskontinuität (BCMS) sowie der Einsatz von Systemen zur Angriffserkennung (SzA) mit einem Reifegrad von eins bis fünf beurteilt. Viele Einrichtungen befinden sich im Mittel-

feld – ihr ISMS ist etabliert und dokumentiert, wird aber noch nicht hinsichtlich der Effektivität geprüft und verbessert.

Der Gesetzgeber strebt angesichts der zunehmenden Informationssicherheitsbedrohungen und hybriden Kriege ein hohes Cybersicherheitsniveau in kritischen Sektoren wie dem Gesundheitswesen an, um die Stabilität zentraler Einrichtungen zu gewährleisten. NIS 2 legt in vielen Punkten strenge Maßstäbe an, was bedeutet, dass die Anforderungen an IT-Sicherheit und Compliance und damit an Governance und Überwachung steigen. Wesentliche und wichtige Einrichtungen nach NIS 2 müssen nun geeignete, verhältnismäßige und wirksame technische und organisatorische Maßnahmen ergreifen, um IT und Prozesse zu schützen, Störungen zu vermeiden und die Auswirkungen von Sicherheitsvorfällen gering zu halten. Ein ISMS, Incident Management und Business Continuity Management werden verpflichtend. Konkret bedeutet das unter anderem:

1. Sicherheitsmaßnahmen.

Voraussetzung ist eine umfassende Risikoanalyse mit dem Ziel, sensible Daten zu schützen. Compliance-Anforderungen und der branchenspezifische Sicherheitsstandard im Gesundheitswesen B3S müssen beachtet werden.

2. Meldung von sicherheitsrelevanten Vorfällen.

Für erhebliche Vorfälle gilt eine dreistufige Meldepflicht gegenüber dem BSI zu beachten: spätestens 24 Stunden nach Bekanntwerden des Vorfalls, eine Zweitmeldung spätestens nach 72 Stunden, gegebenenfalls weitere Zwischenmeldungen sowie eine Abschlussmeldung. Meldungen müssen unter anderem die Art der Anlage, die Anzahl der betroffenen Nutzer:innen und die Dauer des Vorfalls beinhalten. In der Folge müssen der Schweregrad und die

Auswirkungen mitgeteilt und auf Nachfrage Statusaktualisierungen gegeben werden. Final wird der Vorfall ausführlich mit seinen Auswirkungen und der Art der Bedrohung sowie Abhilfemaßnahmen beschrieben.

3. Notfallplanung.

Dafür werden Notfallszenarien definiert, Rollen und Verantwortlichkeiten festgelegt und Übungen durchgeführt. Ein Notfallplan wird aufgesetzt.

4. Sicherheitsbewertungen und Überwachung.

Hierbei sind verschiedene Tests wie Vulnerability Scanning, Penetrationstest, Sicherheitsaudit oder Log Monitoring vorgesehen.

5. Schulung und Sensibilisierung.

Beides erfolgt unter anderem mit Phishing-Tests, Online-Schulungen, Bereichsschulungen oder Verhaltensanweisungen.

SANKTIONEN

Das NIS2UmsuCG verschärft die Rechtsfolgen für die Nichteinhaltung von Cybersicherheitsvorgaben und die Pflichten der Geschäftsleitung von Kliniken und Krankenhäusern: Abhängig von der Kategorie der Einrichtung – kritisch, wesentlich oder wichtig – und des Tatbestands können bis zu zehn Millionen Euro oder zwei Prozent des Umsatzes abgerufen werden. Besonders stark werden Verstöße gegen die Meldepflichten von Sicherheitsvorfällen und fehlenden Maßnahmen des Risikomanagements bestraft. Die Geschäftsleitung haftet persönlich und ist für Cybersecurity-Maßnahmen und ihre Überwachung verantwortlich.

UMSETZUNG DER NIS 2

Unterstützung bei der Umsetzung der NIS 2 kann der B3S bieten. Seine Umsetzung bietet Rechtssicherheit und deckt die Punkte der NIS-2-Richtlinie ab. Kliniken und Krankenhäuser sollten aktiv werden, die Prozesse aufset-

zen, um ihr Cybersicherheitsniveau zu erhöhen und ihren Verpflichtungen ab nächstem Jahr gerecht zu werden – bei Bedarf auch mit einem externen Compliance-Partner. Das bedeutet zu nächst, zu klären, ob man unter die NIS 2 fällt und sich dann als Einrichtung zu registrieren.

Kliniken und Krankenhäuser sollten dann ein ISMS nach B3S als erste Schritte in Richtung Compliance implementieren, um eine strukturierte Datenverwaltung und Informationssicherheit zu gewährleisten. In der Folge benötigen sie ein Security-Incident-Management, ein Notfallmanagement/BCM sowie ein Krisenmanagement, um für Notfälle gewappnet zu sein.

FAZIT

Cyberangriffe bedrohen zunehmend auch das Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber reagiert – und mit der NIS-2-Richtlinie steigen die Anforderungen an IT-Sicherheit für Kliniken und Krankenhäuser. Betroffene Einrichtungen benötigen ein ISMS, Notfall- und Krisenmanagement sowie eine systematische Überwachung. Meldepflichten bei Sicherheitsvorfällen und persönliche Haftung der Geschäftsleitung erhöhen den Druck zur Umsetzung. Einrichtungen sollten deshalb schnell klären, ob sie unter NIS 2 fallen und geeignete Maßnahmen zur Cybersicherheit implementieren. Nicht nur, um Risiken und Sanktionen zu vermeiden, sondern auch, um die Patienten zu schützen. ■



■ VOLKER ERNST

Co-Geschäftsführer
HCMnetwork GmbH

Kontakt: volker.ernst@
hcm-network.com



DOKUMENTATIONSFRUST? LASS DIE KI RAN

Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern haben nahezu keine Zeit mehr, wichtige Informationen zu ihren Patient:innen zu sichten. Zwei deutsche Kliniken führen nun Künstliche Intelligenz ein, um ihnen zu helfen. Wie funktioniert das, und welche Möglichkeiten ergeben sich daraus für andere Krankenhäuser?

TEXT: PATRICK OESTRINGER

Diese Papiermenge muss erst einmal jemand füllen: Für jeden Patienten, jede Patientin in deutschen Krankenhäusern fallen mittlerweile geschätzte 27 Seiten an Dokumentation an – pro Tag. Kein Wunder, dass Mediziner:innen heute weniger Zeit für die eigentliche Diagnose und Therapie haben: 2023 kamen im Krankenhaus im Schnitt 99 Fälle auf eine Vollzeitkraft, 27 Prozent weniger als noch 2010. In nahezu allen anderen Bereichen des Berufslebens ist die Effizienz gestiegen. In der Medizin ist sie gesunken.

Und wenn bei den 27 Seiten pro Tag und Patient:in kaum noch jemand mit dem Befüllen hinterherkommt – mit dem Lesen ist es nicht anders. Das Ergebnis ist paradox: Ärztinnen und Ärzte erfassen eine stetig zunehmende Menge an Daten, aber kommen immer weniger dazu, diese Daten sinnvoll für ihre Arbeit zu nutzen. Genau darin liegt der Grund, warum Künstliche Intelligenz die große Hoffnung in der Medizin ist. Sie kann sowohl bei der Erfassung als auch anschließend beim Durchforsten der Daten unterstützen. Wichtig wäre eine Art ChatGPT für Patientenakten.

KI IM REGELBETRIEB – ERFAHRUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Zwei Kliniken in Deutschland testen dieses ChatGPT für Ärztinnen und Ärzte erstmals: das Robert Bosch Krankenhaus in Stuttgart und das Klinikum Rheine. Das Produkt „Medical Summary“ vom deutschen KI-Unternehmen Averbis fasst alle verfügbaren Informationen, die über einen Patienten oder eine Patientin in der Klinik vorliegen, übersichtlich zusammen. Die Mediziner:innen können gezielt Fragen stellen, etwa über Allergien oder das Ergebnis der letzten Röntgenaufnahme. In Sekundenbruchteilen bekommen sie die passende Antwort nebst Link zu dem Dokument, aus dem die Information stammt. Perspektivisch können in die Medical Summary auch sektorenübergreifende Informationen, etwa aus der elektronischen Patientenakte ePA oder weiteren Datenquellen, einfließen.

Das Robert Bosch Krankenhaus ist eines der größten Kliniken im Raum Stuttgart. Seine 1191 Betten verteilen sich auf zwei Standorte, bis zu 40.000 Patient:innen werden dort jährlich stationär versorgt. Als Teil des Bosch Health Campus treibt es zudem Innovationen in der medizinischen Versorgung voran. Ein großes Thema dabei sind Digitalisierung und KI. Dafür hat der Bosch Health Campus den Bosch

Digital Innovation Hub mit dem vom Land geförderten KI-Reallabor Gesundheit BW etabliert. Dieses KI-Reallabor ist eines der ersten seiner Art in Europa nach der im letzten Jahr verabschiedeten EU-KI-Verordnung. Es fungiert als geschützter Experimentierraum für Innovation und Regulierung und kann so KI-Innovationen gleichzeitig mit den notwendigen regulatorischen Rahmenbedingungen bis zur Anwendung weiterentwickeln. Averbis ist Teil des Vorhabens. Der Leiter des Bosch Digital Innovation Hubs, Prof. Dr. med. Oliver Opitz, beschreibt die Motivation hinter dem KI-Projekt: „Gemeinsam mit Averbis gelingt es uns, medizinische Informationen mithilfe

von KI sogar aus unstrukturierten Daten wie PDF-Dokumenten zu extrahieren und sie gezielt für Patientenversorgung und Forschung nutzbar zu machen.“

Die Technologie löst damit eines der größten Hindernisse für den breiteren Einsatz von KI in der Medizin: die fehlenden Daten. ChatGPT und viele andere Large Language Models (LLMs) haben auf beeindruckende Weise gezeigt, was mit generalisierten Datensätzen möglich ist. Wenn aber ein konkreter Patient oder eine Patientin im Sprechzimmer sitzt, reicht diese generelle Information nicht mehr aus. Ärztinnen und Ärzte möchten dann nicht unbedingt wissen, was die >

EIN KI-REALLABOR FÜR KLINIKEN

Das KI-Reallabor Gesundheit BW wurde vom Bosch Digital Innovation Hub am Bosch Health Campus entwickelt. Es wird vom baden-württembergischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration als eines der ersten europäischen KI-Reallabore im Gesundheitswesen nach den Kriterien des EU AI Act gefördert.

Im KI-Reallabor Gesundheit BW werden die notwendigen Rahmenbedingungen so gestaltet, dass aus einem geschützten Experimentierraum für Innovation und Regulierung heraus anwendungsnahe KI-Innovationen beschleunigt in realen Versorgungskontexten getestet, evaluiert und letztlich im Versorgungsalltag verankert werden können.

Die Rahmenstruktur bilden ein KI-Datalab, ein KI-Framework-Lab sowie ein KI-Kompetenzlab, in denen KI-Entwicklungen, deren Translations- und Implementierungshürden sowie die Stärkung von KI-Kompetenz bei Entwicklern, Anwendern und Nutzern iterativ erarbeitet werden. Das Reallabor bietet das geeignete und erfolgversprechende Instrumentarium, entsprechende Rahmenbedingungen gemeinsam mit den regulatorischen Behörden zu gestalten, um KI-Innovationen schneller und erfolgreicher zu entwickeln und in den konkreten Versorgungskontext zu implementieren.

Innovation und konsequente Translation, kombiniert mit gestaltenden Datennutzungskonzepten in innovativen Datenarchitekturen, sowie eine frühe, transparente und aufrichtige Einbindung aller Stakeholder als Schlüssel, um KI-Akzeptanz bei allen Beteiligten zu stärken, sind dabei die Säulen eines erfolgreichen Reallabors und Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung von KI-Lösungen im Gesundheitswesen.

www.bosch-health-campus.de/de/KI-Reallabor-Gesundheit-BW



KI muss transparent machen, wie sie zu ihren Ergebnissen kommt. Für jede medizinische Information muss sie auf das dazugehörige Dokument verlinken. ■

medizinischen Leitlinien im Fall einer akuten Blinddarmentzündung empfehlen. Sie wollen genau für die vor ihnen sitzenden Patient:innen wissen: Haben sie eine Allergie gegen ein bestimmtes Anästhetikum? Was war das Ergebnis des letzten großen Blutbilds? Und sie möchten dafür nicht stapelweise Papierakten oder PDF-Dokumente durchgehen. Sie würden am liebsten einen hoch verlässlichen, für medizinische Zwecke programmierten Chatbot fragen.

Der aber kann nur dann Auskunft geben, wenn er Daten zu diesem speziellen Patienten hat. Sie sind prinzipiell verfügbar, liegen allerdings sehr oft unstrukturiert vor und damit nicht in einer Form, die eine KI verwerten kann. Viele Informationen stehen beispielsweise in Freitextfeldern, die Mediziner:innen nach ihrer eigenen Methode befüllen. Oder sie finden

sich in PDFs, etwa bei Arztbriefen oder Labor- oder anderen Befunden. Das betrifft geschätzte 90 Prozent aller Daten von Patient:innen. Bevor also eine KI eine Zusammenfassung erstellen oder Fragen von Mediziner:innen beantworten kann, muss sie diese Daten strukturieren, oder anders ausgedrückt: in eine maschinenlesbare Form bringen.

Für die KI hinter der Medical Summary ist dies der entscheidende erste Schritt. Die Technologie greift auf alle verfügbaren Daten zu einem Patienten oder einer Patientin zu und ordnet sie so, dass die Krankheitsgeschichte in einer einheitlichen Datenbasis zur Verfügung steht. Mittels dieser Datenbasis entsteht dann die Zusammenfassung der medizinisch relevanten Ereignisse nebst Chatbot-Funktion. Erste Ergebnisse aus dem Bosch Health Campus haben gezeigt,

dass Mediziner:innen auf diese Weise fünfmal schneller die für ihre Diagnose- oder Therapieentscheidung relevanten Daten sichten können. „Wir müssen die Ressourcen möglichst effektiv nutzen, das muss der Anspruch an digitale Lösungen sein. Mit der Lösung aus unserem Reallabor und mit Averbis haben wir genau die Chance, die Effizienz zu erhöhen“, sagt Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher, Geschäftsführer des Robert Bosch Krankenhauses am Bosch Health Campus.

DER WEG ZUR KI-IMPLEMENTIERUNG

Wichtig dafür ist die Anbindung an das Krankenhausinformationssystem der Klinik, neben dem Archiv die wichtigste Datenquelle. Das KIS dient im Moment auch als Gateway, um die Daten aus der ePA mit einzubeziehen. Weitere Systeme zur Patientendokumentation können ebenfalls angebunden werden, etwa Daten vom HL7-Kommunikationsserver.

Als sinnvoll hat sich bei der Einführung von digitalen Lösungen und KI zudem erwiesen, Schritt für Schritt vorzugehen. Das erhöht nicht nur die Systemstabilität, sondern stärkt auch die KI-Akzeptanz – ein weiterer Schwerpunkt des Reallabors. Aus diesem Grund wird eine Testumgebung zunächst auf einer besonders motivierten Pilotstation eingeführt. So lassen sich am besten die Vorbehalte des medizinischen Personals abbauen. Es hat allzu oft die Erfahrung machen müssen, dass neue Software mehr Arbeit bedeutet statt weniger. Am Robert Bosch Krankenhaus soll Ende dieses Jahres dann auch die erste Abteilung produktiv gehen. Anschließend ist die klinikweite Einführung geplant.

Alle Daten bleiben dabei lokal in der Infrastruktur des Krankenhauses. Eine Cloud-Anbindung ist dennoch nötig, weil lokale Rechenkapazitäten nicht für die großen Sprachmodelle ausreichen. Beim KI-Reallabor des Bosch Health Campus geschieht dies

beim Anbieter StackIT, gehostet in Baden-Württemberg und angebunden über eine verschlüsselte Verbindung. Dort werden die Daten prozessiert, aber nicht gespeichert.

MINDESTENS EINE STUNDE

ZEITERSPARNIS – PRO ARZT UND TAG

Die zukünftigen Einsatzmöglichkeiten sind jedoch nicht nur auf die einfache und zeitsparende Auswertung von Patientenakten beschränkt. Die Technologie kann ebenso gut dazu dienen, die Dokumentation an sich zu vereinfachen. Umsetzbar ist dies unter anderem für Arzt-Patienten-Gespräche: Die KI analysiert den Verlauf, extrahiert alle relevanten Gesundheitsinformationen, identifiziert die Diagnose nebst ICD-10-Klassifikation und dokumentiert alles im KIS. Mediziner:innen kontrollieren anschließend die Daten, nehmen Korrekturen vor, wo nötig – müssen aber nicht mehr alles selbst eintippen. Ebenso werden die Lösungen für eine intelligente Arztbriefschreibung genutzt.

Ein weiteres Szenario ist, diese Informationen aus Arztbriefen automatisiert in Praxisverwaltungssysteme einzuspeisen. Im Hausarzt-Zentrum in Wiesloch nahe Heidelberg kommt diese Variante zum Einsatz. „Die KI-Lösungen von Averbis ermöglichen es uns, medizinische Informationen wie Diagnosen, Blutdruckwerte und Epikrisen direkt aus Arztbriefen in unser PVS zu übernehmen. So automatisieren wir bürokratische Prozesse und reduzieren den Dokumentationsaufwand erheblich“, sagt Dr. med. Rita Bangert Semb, Geschäftsführerin des Hausarzt-Zentrums. Pro Tag spart sich jeder Arzt nun täglich eine Stunde.

Legt man die 189 551 Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zugrunde, die hierzulande an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ergibt sich allein dadurch ein Potenzial von 41,7 Millionen Stunden pro Jahr. Die Menge entspricht knapp 1 800 zusätzlichen Vollzeitstellen für

Ärztinnen und Ärzte – und damit entsprechend mehr Zeit für Patient:innen. Das Potenzial in Krankenhäusern ist hier noch gar nicht eingerechnet. Heben können wir dieses Potenzial aber nur, wenn das medizinische Personal wirklich Vertrauen in die Arbeit der KI besitzt. Denn sobald der Eindruck entsteht, dass Fehler passieren und die Aussagen unzuverlässig sind, wird die Technologie nicht genutzt. Völlig zu Recht, schließlich soll das Ziel am Ende nicht Zeitersparnis sein, sondern eine gute Versorgung der Patient:innen. Und wenn eine KI Fehler macht, ist genau das in Gefahr. Viele Gespräche in Kliniken zeigen, dass Halluzinationen oder andere Fehlerquellen die größte Sorge der Ärzte und Ärztinnen ist.

ZUVERLÄSSIGKEIT ALS KNACKPUNKT – SO LÄSST SICH DIE QUALITÄT DER KI SICHERSTELLEN

Der entscheidende Knackpunkt für die Verbreitung der Technologie ist daher die Zuverlässigkeit und Qualität der KI-Modelle und die konsequente Testung dieser Modelle im Reallabor-Setting. Auf dem Markt existieren mittlerweile Hunderte LLMs, jedes dieser Modelle hat spezifische Stärken, aber eben auch bestimmte Schwächen. Der Ansatz ist, die verschiedenen LLMs so zu verknüpfen, dass die Stärken des einen die Schwächen des anderen ausgleichen. Gut orchestriert, kommt man so sehr nahe an eine hundertprozentige Verlässlichkeit.

Die Orchestrierung bietet zudem eine weitere Chance: minimierte Kosten. Die Nutzung großer LLMs kann allein aufgrund von Lizenzgebühren schnell in die Hunderttausende Euro gehen. Für Kliniken werden die Summen rasch nicht mehr finanzierbar. Stimmt man die LLMs hingegen gut aufeinander ab, sinkt der Betrag erheblich. So lassen sich feste Beträge für die Nutzung kalkulieren, Kliniken haben finanzielle Planungssicherheit.

Das gut durchdachte Zusammenspiel verschiedener LLMs verbessert also Effizienz und Qualität. Zur Wahrheit gehört aber auch: Absolute Fehlerfreiheit wird auf absehbare Zeit nicht erreichbar sein, möglicherweise auch nie. Daher ist der zweite Ansatz mindestens ebenso wichtig: KI muss transparent machen, wie sie zu ihren Ergebnissen kommt. Für jede medizinische Information muss sie auf das dazugehörige Dokument verlinken. So können Ärztinnen und Ärzte bei Zweifeln selbst nachschauen. Genauso entscheidend ist jedoch, Unsicherheiten kenntlich zu machen. Dabei reicht es nicht, lediglich eine Wahrscheinlichkeit anzugeben, mit der eine Information korrekt ist – also beispielsweise „der Patient hat mit 80-prozentiger Sicherheit keinen erhöhten Blutzuckergehalt“. Mehr Vertrauen erzeugt der Hinweis, dass sich beispielsweise zwei Dokumente in dieser Frage widersprechen oder zu leicht unterschiedlichen Schlüssen kommen.

Es geht also nicht darum, den Ärzt:innen Entscheidungen abzunehmen oder gar bestimmte Diagnosen zu automatisieren. Erst recht geht es nicht darum, Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen – wir haben schon jetzt viel zu wenige. Das Ziel ist im Gegenteil, vorhandene Informationen so aufzubereiten, dass die Mediziner:innen bessere Entscheidungen fällen können. Es geht darum, sie die besten Ärztinnen und Ärzte sein zu lassen, die sie sein können. ■



■ PATRICK OESTRINGER

ist Geschäftsführer von Averbis, einem KI-Vorreiter im Bereich Medizin.

Kontakt: patrick.oestringer@averbis.com



MIT KI DEM PFLEGENOTSTAND BEGEGNEN: EFFIZIENTE DIENSTPLANUNG ALS SCHLÜSSEL ZUR ENTLASTUNG

Demografischer Wandel, Fachkräftemangel, knappe Budgets: Die Pflege steckt mitten in einer Krise. Trotz großer politischer Initiativen wie dem „Zukunftspakt Pflege“ gelingt es vielerorts nur durch das übermäßige Engagement der Pflegekräfte, die Versorgung überhaupt aufrechtzuerhalten. Die Folge sind Überstunden, hohe Fluktuation und eine enorme Belastung für das Personal. Gleichzeitig zeigen Beispiele aus der Praxis, dass digitale Instrumente, insbesondere KI-gestützte Modelle, spürbare Entlastung bringen können.

TEXT: ANDREAS DIENSTHUBER

Die politischen Erwartungen sind hoch: Der Zukunftspakt Pflege soll Wege aufzeigen, wie eine verlässliche Versorgung gewährleistet werden kann, ohne die Kosten explodieren zu lassen. Ein entscheidender Punkt dabei ist die gute Einsatzplanung von Pflegekräften – sei es in Kliniken, stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen. Denn bei allen Stellschrauben, die die Politik hat, die Knappheit an Fachkräften wird sie wahrscheinlich nicht lösen können. Es geht daher darum, sie gut geplant einzusetzen. Doch die Realität zeigt, dass die bisherigen Instrumente

dafür kaum geeignet sind. In vielen Einrichtungen laufen zentrale Prozesse noch immer über Excel-Tabellen oder fragmentierte IT-Lösungen. Sie haben lange ihren Zweck erfüllt, stoßen aber unter heutigen Bedingungen an ihre Grenzen.

Denn die Anforderungen sind komplexer geworden: Pflegekräfte arbeiten häufiger in Teilzeit, unterschiedliche Qualifikationsniveaus müssen berücksichtigt werden, Pflegeintensitäten schwanken, und Krankheitsausfälle bringen ganze Dienstpläne ins Wanken. Hinzu kommt, dass beim Personalschlüssel kaum Reserven vorhanden sind. Jeder Ausfall, jede Verschiebung macht sich sofort bemerkbar – und führt nicht selten zu Überlastung.

Gefordert sind daher intelligente, datengestützte Steuerungsinstrumente, die über reaktive Improvisation hinausgehen. KI-gestützte Modelle analysieren in Echtzeit regionale Versorgungslagen, demografische Entwicklungen und Ausfallwahrscheinlichkeiten. Sie ermöglichen es, Pflegekräfte dort einzusetzen, wo ihre Kompetenzen den größten Effekt haben. Die KI analysiert kontinuierlich Auslastung, Pflegeintensität, Qualifikationsprofile und Krankheitsausfälle, um Schichten vorausschauend zu planen. Dadurch kann der zeitintensive Prozess für die initialen Erstellung eines Dienstplans besonders stark verkürzt werden. Im Falle eines kurzfristigen Ausfalls, kann außerdem mithilfe von KI rasch und einfach eine alternative Fachkraft identifiziert und zugeteilt werden. Die zeitaufwendige manuelle Suche nach einer Ersatzkraft entfällt. So steigt nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern auch die Qualität der Versorgung, weil Fachwissen gezielter eingesetzt wird.

VORAUSSCHAUENDE PERSONALPLANUNG

KI kann aber weit mehr als nur kurzfristige Engpässe abfedern (operatives Personalmanagement). Besonders wertvoll sind prädiktive Modelle, die

eine vorausschauende Personalplanung über Jahre hinweg ermöglichen (strategisches Personalmanagement). Einrichtungen können damit beispielsweise über einen längeren Zeitraum (z. B. Monate und Jahre) berechnen, wie viele Pflegebedürftige mit welchen Pflegestufen in einer Region in fünf oder zehn Jahren zu erwarten sind. Daraus lassen sich gezielt Qualifikationsprofile ableiten, die im Team aufgebaut werden müssen.

Auch für Träger, Kassen und Kommunen eröffnen sich neue Steuerungsmöglichkeiten. Sie können anhand der Prognosen erkennen, wo sich Versorgungslücken abzeichnen, und rechtzeitig gegensteuern, sei es durch neue Einrichtungen, durch regionale Kooperationen oder durch gezielte Fördermaßnahmen. Damit entsteht die Chance, die Versorgung nicht nur zu stabilisieren, sondern auch wohnortnah und zukunftsicher auszubauen.

ERFOLGE AUS DER PRAXIS: KI REDUZIERT ÜBERSTUNDEN UND FLUKTUATION

Wie große die positiven Effekte solcher Lösungen sein könnten zeigen die ersten Erfahrungen verschiedener Kliniken und Trägerorganisationen in Österreich. Dort führte beispielsweise der Einsatz einer KI-gestützten Planungsplattform dazu, dass beispielsweise pro Station allein aufseiten der Leitung rund 8 Stunden pro Woche eingespart werden konnten. Durch die verbesserte Planung konnten zusätzlich in den Teams Überstunden um bis zu 30 Prozent und die Fluktuation um 20 Prozent reduziert werden.

Die KI analysiert kontinuierlich Auslastung, Pflegeintensität, Qualifikationsprofile und Krankheitsausfälle, um Schichten vorausschauend zu planen. Gleichzeitig ermöglicht die Plattform eine langfristige Personalplanung: Prognosen für die kommenden Jahre geben Aufschluss über den zukünftigen Pflegebedarf, notwendige Qualifikationsprofile und mögliche

Engpässe. Leitung und Management können so rechtzeitig entscheiden, welche Stellen neu besetzt oder Qualifikationen ausgebaut werden müssen.

Anhand eines Beispiels wird der finanzielle Nutzen besonders deutlich: In einem Klinikverbund konnten durch den Einsatz von KI im Personalmanagement Kosten von rund einer halben Million Euro eingespart werden, ohne dass die Versorgungsqualität darunter gelitten hätte. Das Beispiel zeigt auch den finanziellen Nutzen: Im Klinikverbund konnten Kosten von rund einer halben Million Euro eingespart werden, ohne dass die Versorgungsqualität gelitten hätte. Die Zufriedenheit stieg im Team sogar, weil die Planung gerechter und transparenter wurde, Routineaufgaben automatisiert erledigt werden und die Fachkräfte sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren konnten.

DER MENSCH IM MITTELPUNKT

Dieses Praxisbeispiel verdeutlicht: KI ersetzt keine Pflegekräfte, sondern entlastet sie spürbar, schafft Freiräume für direkte Betreuung und stabilisiert die Versorgungsqualität. Sie übernimmt die mühsame Koordination, während die Fachkräfte Zeit für das behalten, was den Kern ihres Berufs ausmacht: Zuwendung, Betreuung, medizinisch-pflegerische Expertise.

Das ist nicht nur für die Versorgungsqualität entscheidend, sondern auch für die Attraktivität des Berufs. Wenn es gelingt, Routinelasten abzugeben, sinkt die Überlastung, die Zufriedenheit steigt, und Pflegekräfte bleiben länger im Beruf. So wird KI zu einem Baustein gegen den Fachkräftemangel – nicht, weil sie Menschen ersetzt, sondern weil sie dafür sorgt, dass Menschen bleiben.

SO GELINGT DIE EINFÜHRUNG: STRATEGIEN FÜR DIGITALE DIENST- PLANUNG

Damit KI-gestützte Planung ihr Potenzial entfalten kann, braucht es mehr >



Förderprogramme, verbindliche Standards und organisatorische Rahmenbedingungen müssen sicherstellen, dass digitale Modelle nicht punktuell, sondern dauerhaft und systematisch genutzt werden. ■

als nur Technologie. Entscheidend sind die Rahmenbedingungen. Einrichtungen sollten zunächst Pilotprojekte starten, um im überschaubaren Rahmen konkrete Verbesserungen sichtbar zu machen – etwa weniger Überstunden, stabilere Einsatzpläne oder eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit.

Parallel dazu ist eine gezielte Schulung von Pflege- und Führungskräften notwendig. Nur wenn die Mitarbeitenden die Vorteile konkret spüren und greifen und die Werkzeuge souverän bedienen können, entstehen Akzeptanz und Vertrauen. Darüber hinaus braucht es eine klare strategische Verankerung: Förderprogramme, verbindliche Standards und organisatori-

sche Rahmenbedingungen müssen sicherstellen, dass digitale Modelle nicht punktuell, sondern dauerhaft und systematisch genutzt werden.

AUSBLICK: PFLEGE ZUKUNFTSFEST MACHEN

Digitalisierung und KI eröffnen also die Möglichkeit, den Pflegenotstand nicht länger nur zu verwalten, sondern aktiv zu gestalten. Der Zukunftspakt Pflege bietet die Chance, diese Weichen jetzt zu stellen. Wichtig ist, KI-gestützte Planung nicht als isoliertes Projekt zu begreifen, sondern als Teil eines integrierten Systems, das Kommunen, Träger, Kassen und Einrichtungen verbindet.

Wenn es gelingt, diese digitale Transformation strategisch voranzutreiben, entsteht eine Pflege, die auch bei wachsendem Fachkräftemangel verlässlich funktioniert. Eine Pflege, die ihre Ressourcen effizient nutzt, Überlastung vermeidet und den Anspruch auf bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung einlöst. Kurz: eine Pflege, die ihren Namen verdient. ■



■ ANDREAS DIENSTHUBER

ist Co-Gründer und Geschäftsführer von DaphOS.

Kontakt: A.Diensthuber@daphos.ai



PATIENTENPORTALE ALS PLATTFORM EFFIZIENTER KRANKENHAUSORGANISATION

Das Thema Verweildauermanagement begleitet Gesundheitseinrichtungen bereits seit Jahrzehnten – und ist doch heute aktueller denn je. Wie lange ein Patient im Krankenhaus bleibt, ist längst nicht mehr nur eine medizinische Frage, sondern ein zentraler Indikator für Organisation, Effizienz und Wirtschaftlichkeit einer Klinik. Zudem entscheidet die Verweildauer maßgeblich über die Zufriedenheit der Patient:innen. Je reibungsloser ein Behandlungsprozess verläuft, desto kürzer ist der Aufenthalt – und desto positiver die Erfahrung.

TEXT: MANUEL ISERLOH

Die Verweildauer beschreibt den Zeitraum zwischen Aufnahme- und Entlasstag der Patient:innen. Mit der bereits lange zurückliegenden Einführung der DRGs wurden deutliche ökonomische Anreize gesetzt, die zu erbringenden Leistungen insbesondere hinsichtlich der benötigten Verweildauer zu optimieren. Im hochkomplexen Klinikalltag eine Herausforderung zwischen Notfällen, Personalengpässen, organisatorischen Aspekten und Ressourcenknappheit – und dem unwägbaren Faktor „Patient“. Hier können Gesundheitseinrichtungen inzwischen jedoch deutlich besser ansetzen und auf Transparenz, Kommunikation und vernetzte Systeme aufbauen, um Ressourcen möglichst effizient einzusetzen und Patient:innen optimal durch die Behandlung zu führen. Die Verweildauer ist >

Indikator dieser Effizienzen – und kurze Verweildauern sorgen gleichzeitig für eine höhere Patientenzufriedenheit.

BEHANDLUNGSPFADE IM KLINIKALLTAG DURCHSETZEN

Effizientes Verweildauermanagement beginnt mit Transparenz: Welche Patient:innen und welche Eingriffe werden für die nächsten Tage erwartet? Welche personellen und räumlichen Ressourcen werden hierfür benötigt? Eine belastbare Vorausplanung baut zudem darauf auf, dass bei erwarteten Patient:innen keine Überraschungen auftreten und die nicht exakt planba-

und Einbindung fehlten. Die Einführung der Patientenportale hat das grundlegend geändert.

Patientenportale bauen erstmals Kommunikationsbrücken zwischen Patient:innen und Klinik auf – vor, während und nach dem Aufenthalt. Informationen können im Vorfeld erfasst, Termine vorbereitet und Abläufe synchronisiert werden. Anamnese, Dokumente oder Einwilligungen liegen vor, bevor Patient:innen das Krankenhaus betreten. Die Aufnahme erfolgt ohne Verzögerung; Diagnostik und Operationen werden planbarer, Ressourcen gezielter nutzbar. Patientenportale erlauben Nachsorge über

spürbar. Sie sind auf Dokumentation und Abrechnung ausgelegt, nicht auf eine dynamische Prozesssteuerung. Das Patientenportal übernimmt hier eine neue Rolle, integriert Daten, verbindet Prozesse und vernetzt die Akteure. Dabei muss es nicht auf die im Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) definierten Kriterien beschränkt bleiben. Patientenportale können erstmalig die Aufgabe einer integrativen Digitalplattform für Prozessmanagement unter aktiver Einbindung aller Beteiligten durch eine Prozesskette hinweg übernehmen.

Die Ziele des Verweildauermanagements – Ressourceneffizienz, Durchlaufoptimierung, Patientenzufriedenheit – können nun mit den Möglichkeiten entsprechend ausgebauter Patientenportale erreicht werden: Patientenportal 2.0. Die Systeme greifen ineinander, sobald das Portal nicht nur Kommunikations-, sondern auch Steuerungsfunktionen übernimmt. Wesentlicher Baustein dieser Entwicklung sind Behandlungspfade. Sie sind Abfolge aller Aktivitäten und Behandlungsschritte einer typischen Erkrankung, von der Aufnahme über Diagnostik und Therapie bis zur Entlassung.

In entsprechend fortschrittlichen Portallösungen der neuesten Generation können Behandlungseinheiten definiert und daraus Vorlagen für Behandlungspfade erzeugt werden. Diese lassen sich neuen Patient:innen zuordnen und individuell anpassen. Das Patientenportal zeigt dadurch allen Beteiligten, an welchem Punkt seines Behandlungspfads sich ein:e Patient:in gerade befindet, welche Schritte als Nächstes anstehen und wo und warum eventuelle Verzögerungen oder Abweichungen auftreten können. Die Kliniken lernen aus Planung, Dokumentation und der Auswertung der Behandlungspfade, sie erhalten Klarheit über die Ursachen und Auswirkungen der Abweichungen vom vorgesehenen Behandlungs-

Patientenportale werden zukünftig die operative Schaltstelle eines sektorübergreifenden, gemeinsamen Verweildauermanagements sein. ■

ren Notfälle angemessen berücksichtigt werden. In der Praxis zeigen sich die Herausforderungen: Behandlungspfade der Patient:innen übergreifend sauber definieren und Prozessfortschritte kontinuierlich dokumentieren. Oft fehlt dem Personal aber ein zentrales Tool, das tatsächlich alle Schritte des Behandlungsprozesses abbildet, die beteiligten Berufsgruppen zusammenführt und Abweichungen bereichsübergreifend sichtbar macht.

In der klinischen Prozessarchitektur waren Patient:innen lange Zeit nur Elemente der Modellierung. Sie durchliefen Aufnahme, Untersuchungen, Operationen und Entlassung, ohne aktiv in Planung und Steuerung eingebunden zu sein. Entsprechende Möglichkeiten der Kommunikation

Sektorengrenzen hinweg – etwa durch Videosprechstunden oder digitale Entlassgespräche. Damit verkürzt sich nicht nur die stationäre Verweildauer, sondern die gesamte Versorgungskette wird stabiler und transparenter. Als Plattform verbinden Patientenportale Primärsysteme wie Krankenhausinformationssystem (KIS), OP-Management oder Ressourcenplanung mit externen Partnern, Zuweisern und Patient:innen. Das ermöglicht einen Blick auf den Gesamtprozess in Echtzeit, vom erwarteten Eingang bis zur geplanten Entlassung.

PLATTFORM ALS MODELL DER ZUKUNFT

Die KIS sind bisher Herzstück der klinischen IT. Doch ihre Grenzen sind

prozess. Sie können die Abläufe anpassen und so die Verweildauer aktiv steuern. Es entsteht eine Planbarkeit, die den industriellen Produktionsprozessen ähnlich ist: mit klar definierten Ressourcen, Zeitfenstern und Abhängigkeiten.

VOM VORBILD INDUSTRIELLER

PRODUKTION UND DARÜBER HINAUS

In der Industrie sind schlanke Produktionsprozesse und perfekt ausgeplante Maschinenbelegungen seit Jahrzehnten Standard. Perfekte Berechnungen vermeiden Stillstände und maximieren den Durchsatz. Im klinischen Kontext sind die Herausforderungen ähnlich, nur ungleich komplexer: OP-Säle, Diagnostikgeräte sowie ärztliches, pflegerisches und administratives Personal gilt es zu koordinieren, hinzu kommen Notfälle, Verschiebungen und individuelle Patientenbedürfnisse. Ein auf Behandlungspfaden basierendes Verweildauermanagement macht diese Komplexität besser beherrschbar.

Künstliche Intelligenz (KI) wird dabei künftig eine wichtige Rolle spielen. Mit jedem neuen Datensatz lernt das System hinzu: Welche Abläufe bewähren sich, wie lassen sich Aufenthaltszeiten verkürzen? Auf Basis des fortschreitenden Trainings lassen sich immer bessere Prognosen erstellen und Vorschläge für eine optimale Ressourcenbelegung machen. So wird das Krankenhaus zu einem lernenden System, das – im Sinne der Patient:innen – seine Abläufe kontinuierlich verbessert.

Mit der Einführung von Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung geht einher, Behandlungen über Einrichtungen hinweg zu koordinieren. Patientenversorgung findet also künftig nicht ausschließlich in der Klinik statt, sondern entlang von Versorgungsstrukturen. Das erfordert eine neue Form der Zusammenarbeit – und wiederum eine Plattform, die den Informationsfluss steuert. Patientenportale sind hierfür prädestiniert,

wenn sie sektorübergreifend konzipiert sind. Im Gegensatz zu einer IOP-Datenplattform können entsprechend weiterentwickelte Patientenportale Prozesse aktiv steuern, für Relevanz von Informationen sorgen, diese filtern und gezielt an die jeweils zuständige Einrichtung übertragen. Sie werden zukünftig die operative Schaltstelle eines sektorübergreifenden, gemeinsamen Verweildauermanagements sein.

MEHRWERTE FÜR PATIENT:INNEN, MITARBEITENDE UND DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Die Vorteile dieser Entwicklung liegen auf der Hand. Patient:innen gewinnen Transparenz und Sicherheit. Sie wissen, was als Nächstes passiert, wann man sie entlässt und was in der Nachsorge geschieht. Frustrierend lange Wartezeiten und Informationslücken gehören der Vergangenheit an. Für die Häuser stehen steuernde Patientenportale auch für eine neue Form der Übersicht: Aufgrund der Vernetzung mit den Primärsystemen und der durchgehenden Integration der Patient:innen können Mitarbeitende Prozesse, Ressourcen und Abweichungen einfach erfassen und jederzeit einsehen. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltung können sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren, anstatt Informationen zu suchen oder Abläufe zu koordinieren. Auf der Gesamtebene des Gesundheitssystems wird ein spürbarer Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels geleistet. Das erwartete Mehr an Patient:innen lässt sich mit den bestehenden Ressourcen versorgen – jedoch nicht durch Mehrarbeit, sondern durch exzellente Organisation.

Die Vision reicht weiter: In einigen Jahren könnten KI-Systeme Bedarfe perfekt prognostizieren und Patientenströme sektorübergreifend leiten. Innerhalb der einzelnen Klinik könnten solche Systeme Behandlungspfade automatisch anpassen, OP-Reihenfol-

gen optimieren oder Entlassungstermine vorschlagen. Der Mensch bleibt dabei im Fahrersitz, erhält aber einen digitalen Beifahrer, der die Komplexität der Route beherrschbar macht. Diese Form intelligenter Prozesssteuerung ist eine logische Weiterentwicklung der heutigen Systeme. Sie verbindet die Stärken moderner IT mit der Erfahrung des medizinischen Personals – und führt zu dem, was das Gesundheitswesen seit Jahren anstrebt: besser behandelte, zufriedene Patient:innen bei optimalem Ressourceneinsatz.

MEHR ALS EINE PFLICHTÜBUNG

Die Qualität des Verweildauermanagements spiegelt die Fähigkeit der Krankenhäuser wider, die eigenen Prozesse zu verstehen, zu steuern und kontinuierlich zu verbessern. Patientenportale – weiterentwickelt als Digitalplattform jenseits der originären Wünsche des KHZG – sind der Schlüssel hierzu. Sie verbinden medizinische, organisatorische und kommunikative Aspekte zu einem Gesamtsystem, das Patient:innen einbindet, Mitarbeiter:innen entlastet und Ressourcen exzellent nutzt. Wir erhalten damit ein strategisches Instrument zur Transformation des Gesundheitswesens. Wer Verweildauer managt, denkt den gesamten Behandlungspfad digital. ■



■ **DR. MANUEL ISERLOH**

Gründer und
Geschäftsführer
POLAVIS

Kontakt: manuel.
iserloh@polavis.de

»ES GAB SCHON EINE GEWISSE UNGEDULD«

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz der Ampelkoalition hat die datenbasierte Forschung im deutschen Gesundheitswesen auf neue Füße gestellt. Eine zentrale Instanz in dem entstehenden Gesundheitsdatenökosystem soll das neue Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) werden, das jetzt seine Pforten für die Versorgungsforschung geöffnet hat. Im Gespräch mit E-HEALTH-COM gibt Dr. Steffen Heß, Leiter Stabsstelle Datentransparenzverordnung (DaTraV) / FDZ am BfArM, einen Überblick über die „neue“ FDZ-Forschung – und einen Ausblick auf das, was noch kommt.

INTERVIEW: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ



Dr. Steffen Heß

ist seit 2020 Leiter der Stabsstelle Datentransparenzverordnung (DaTraV) des Forschungsdatenzentrums Gesundheit (FDZ) am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn. Er ist an verschiedensten internationalen Initiativen wie z.B. der Joint Action TEHDAS und dem EHDS2 Pilot engagiert. Mit einem starken Big-Data-Hintergrund liegt sein wissenschaftlicher Schwerpunkt auf Pharmakoepidemiologie und Versorgungsforschung mithilfe von Sekundärdaten. Dr. Steffen Heß ist Autor und Koautor von diversen wissenschaftlichen Publikationen.

Das neue FDZ ist online gegangen. Welche Daten bzw. welche Datenquellen stehen zum Start zur Verfügung?

Wir starten mit den Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankenversicherungen ab 2009 und zunächst bis einschließlich Berichtsjahr 2023. Ab dem kommenden Jahr werden wir dann aktueller, wir werden neue Daten jeweils 13 bis 15 Wochen nach Quartalsende einstellen. Natürlich kann man das noch weiter verbessern, aber das ist schon ein echter Fortschritt, gerade wenn wir an die Pandemie zurückdenken. In einem weiteren Schritt werden strukturierte Daten aus den elektronischen Patientenakten (ePA) und den Krebsregistern hinzukommen. Die können wir dank des neuen, übergreifenden Pseudonyms mit Abrechnungsdaten verknüpfen. Noch etwas weiter in der Zukunft liegt die Einbeziehung weiterer Datenquellen, was auch durch die Etablierung des EHDS nötig wird. Das ist derzeit noch in der Konzeption.

» Wir etablieren ein Datenmodell, bei dem nicht mehr nur Diagnosen und Wirkstoffe im Vordergrund stehen, sondern auch zum Beispiel Prozeduren-Codes. «

Bleiben wir zunächst bei den jetzt zur Verfügung stehenden Daten. Wo genau geht das neue FDZ inhaltlich über das bisherige FDZ hinaus? Und gelten die 13 bis 15 Wochen für alle Datenquellen? Sind zum Beispiel auch die Daten aus der ambulanten Versorgung so aktuell?

Was den Datenumfang angeht: Das ist ein schrittweiser Prozess. Mit dem neuen FDZ lösen wir uns von der Morbi-RSA-Logik. Wir etablieren ein Datenmodell, bei dem nicht mehr nur Diagnosen und Wirkstoffe im Vordergrund stehen, sondern auch zum Beispiel Prozeduren-Codes. Damit nähern wir uns dem Datensatz an, den die Krankenkassen bei sich vorliegen haben – mit dem Unterschied, dass wir sämtliche 95 Krankenkassen ab-

decken. Bisher mussten Versorgungsforscher:innen ja einzeln bei den Krankenkassen anknöpfen. Das wird künftig deutlich einfacher. Was die Aktualität angeht: Wir sind in jedem Fall wesentlich aktueller als vorher. Der Vorgängerprozess lag ja noch beim DIMDI, da gab es teils vier Jahre Verzögerung. Aktuell ist es so, dass die Krankenkassen die ambulanten Versorgungsdaten teilweise erst mit neunmonatiger Verzögerung über die Kassenärztlichen Vereinigungen bekommen. Dennoch: Wir werden ab kommendem Jahr rollierende Datenlieferungen erhalten, bei denen immer nach Quartalsende die Datensätze der jeweils letzten vier Quartale von den Krankenkassen übermittelt werden. Die ambulanten Daten des vorausgehenden Quartals sind dann noch unvollständig, aber sie fehlen nicht völlig. Und sie werden schrittweise aktualisiert, also nicht erst dann eingespielt, wenn sie bei den Krankenkassen komplett vorliegen.

Der Zugriffsprozess auf die FDZ-Daten im alten FDZ hatte den Ruf einer gewissen Umständlichkeit. Wie wird das beim neuen FDZ?

Wir haben ein gesetzliches Zeitlimit von drei Monaten von Antrag bis Datenzugang. Das ist die Obergrenze, aber ich denke, wir können gerade zu Beginn deutlich schneller sein. Das hängt ein bisschen davon ab, wie groß der Bedarf ist. Die zweite und meines Erachtens wichtigere Neuerung beim Zugriffsprozess ist, dass die Art des Datenzugriffs fundamental anders funktioniert. Der alte Prozess ging davon aus, dass eine Forschungsfrage abschließend formuliert wird und danach die entsprechende Datenabfrage läuft. So funktioniert das aber nicht, Versorgungsforschung ist ein iterativer Prozess. Es muss unkompliziert möglich sein, Abfragen nachzubessern. Das geht jetzt, und deswegen glauben wir, dass das neue FDZ der Versorgungsforschung in Deutschland einen echten Schub geben wird.

Wie genau läuft der Prozess jetzt ab?

Wir haben ein digitales Antragsportal, das es ermöglicht, Forschungsfragen zu stellen, sofern sie den zehn gesetzlich erlaubten Zwecken entsprechen. Ist das gegeben, dann wird ein virtueller Datenzugang in einer sicheren Verarbeitungsumgebung ermöglicht. Konkret: Die Wissenschaftler:innen loggen sich ein und können dann auf unseren Systemen rechnen. In einem ersten Forschungsschritt können zum Beispiel synthetische Daten oder auch Stichproben der Echtdaten genutzt werden. Dann können die Abfragen gegebenenfalls modifiziert werden, bevor die große Abfrage am gesamten Datensatz erfolgt. Am Schluss, wenn die Forscher:innen fertig sind, schauen wir als Forschungsdatenzentrum uns die Ergebnismengen der Auswertung noch mal an im Hinblick auf Re-Identifikationsmöglichkeiten. Gegebenenfalls würden wir

» Versorgungsforschung ist ein iterativer Prozess. Es muss unkompliziert möglich sein, Abfragen nachzubessern. Das geht jetzt, und deswegen glauben wir, dass das neue FDZ der Versorgungsforschung in Deutschland einen echten Schub geben wird. «

Einspruch erheben, dann muss der Datensatz so angepasst werden, dass das Re-Identifikationsrisiko minimal ist. Erst wenn das gewährleistet ist, können die Ergebnismengen auch heruntergeladen werden.

Das heißt, ich kann meine komplette Forschung von meinem Rechner aus machen? Ich muss nicht bei Ihnen vorbeikommen?

Genau, das ist komplett virtuell.

Was impliziert, dass Sie in relevantem Umfang technische Infrastruktur zur Verfügung stellen.

Ja. Die Rechenlast liegt in weiten Teilen bei uns. Im Prinzip könnte man diese Datenzugriffe dann auch mit einem nicht ganz neuen Laptop machen. Wir haben tatsächlich ein eigenes Rechenzentrum dafür aufgebaut. Das ist übrigens auch der Grund, warum es etwas länger gedauert hat als ursprünglich gedacht.

Kommen wir zu den Forschungsinhalten. Welche Art von Forschungsfragen wird das neue FDZ ermöglichen, die bisher nicht ohne Weiteres möglich waren?

Vor allem werden durch den iterativen Abfrageprozess komplexere Methodiken möglich. Wenn es nur um Inzidenzen geht, dann läuft das sofort durch, das ging früher auch. Wenn es um Fragen nach der Überlebenszeit geht, oder andere moderne Analysemethoden wie z.B. Propensity Score Matching, dann braucht es die Möglichkeit, iterativ zu arbeiten. So etwas ist jetzt möglich. Anders als früher bietet das neue FDZ außerdem eine Art 360-Grad-

Blick über alle Sektoren hinweg, das war vorher auch nicht so. Wer das wollte, musste einzelne Krankenkassen ansprechen und hatte dann zwangsläufig nur einen Ausschnitt der Versorgung. Das konnte gerade bei selteneren Erkrankungen ein Problem sein. Die seltenen Erkrankungen sind aus unserer Sicht ohnehin ein ganz interessantes FDZ-Forschungsfeld. Da wurde ein eigenes Codierungssystem entwickelt, das erst seit zwei Jahren verpflichtend ist. Damit können Forscher:innen eine Menge machen, was so bisher nicht ging.

Wie war das Interesse am FDZ seitens der Forschungs-Community im Vorfeld der Freischaltung?

Es gab schon eine gewisse Ungeduld. Wir waren auch die ganze Zeit in engem Kontakt mit den Forschenden, das geht auch gar nicht anders, sonst entwickeln wir ja am Bedarf vorbei. Zur Vorbereitung der Community haben wir ab Herbst 2024 Datennutzungs-Webinare aufgesetzt, da hatten wir teils 200 bis 400 Teilnehmer:innen. Das Interesse ist schon nicht klein. Was super ist, denn dafür machen wir das alles ja am Ende.

Ich habe kürzlich mit einem Wissenschaftler gesprochen, der in München und Boston forscht, und der auf Basis von Versorgungsdatensätzen aus den USA randomisierte klinische Studien simuliert hat. Das Stichwort dazu lautet Clinical Trial Emulation. Das ist derzeit ein Trendthema in der datenbasierten Forschung, auch weil die Hoffnung besteht, damit zusätzliche Daten für Zulassung oder Health Technology Assessment bzw. Nutzenbewertung >

generieren zu können. Diese Art Forschung gab es bisher in Deutschland kaum, weil die Datensätze derart aufwendige Studiensimulationen nicht hergeben. Wird so etwas künftig mit dem FDZ möglich sein?

Wir würden es schon gerne sehen, wenn so etwas künftig auch auf deutschen Datensätzen möglich wäre und die Forschenden dafür nicht mehr in die USA müssen. Inwieweit das dann zum Beispiel bei der Zulassung nützlich sein kann, muss man sehen. Das ist nicht unser Thema: Als FDZ sind wir zwar am BfArM angesiedelt, aber das Thema Zulassung läuft im BfArM völlig unabhängig vom Thema FDZ. Inhaltlich sehe ich diese neuen Methoden im Moment vor allem als Hilfsmittel für die Forschung, um Schlussfolgerungen ohne oder mit möglichst wenig Bias zu ziehen.

» Anders als früher bietet das neue FDZ außerdem eine Art 360-Grad-Blick über alle Sektoren hinweg, das war vorher auch nicht so. «

Ein Knackpunkt dafür ist die Frage, inwieweit der Datensatz die Informationen zu den jeweiligen Studienendpunkten überhaupt hergibt. Viele klinische Endpunkte werden ja auch im neuen FDZ nicht ohne Weiteres zur Verfügung stehen.

Das ist so, ja. Da erhoffen wir uns natürlich einiges von den neuen Datenquellen, die wir sukzessive anbinden werden. Die ePA-Anbindung und die Anbindung der Krebsregister kann hier schon ganz hilfreich sein, denn da werden klinische Daten enthalten sein, die die Abrechnungsdatensätze nicht enthalten. Dennoch: Solche Studiendesigns sind schon eine Herausforderung. Auch bei den Emulationen aus den USA können zwar große Teile der jeweiligen randomisierten Studien nachgebildet werden, aber eben nicht alles.

Stichwort Krebsregister-Anbindung: Wie ist da der Stand?

Wir sind aktuell in Gesprächen mit den Landeskrebsregistern, um einen detaillierten Datensatz abzustimmen. Es gibt auch erste Ideen, wie die Datenflüsse und die sichere Arbeitsumgebung aussehen könnten. Das wird jetzt langsam konkret, allerdings hatte die ePA-Anbindung in unserer Entwicklungs-Pipeline zuletzt Priorität. Prinzipiell werden die Krebsregister relativ umfangreiche zusätzliche Daten liefern, von der genauen Pathologie über das Tumor-Staging bis hin zu den Therapieplänen. Gleichzeitig liefern die Krebsregister aber relativ wenig Daten zu dem, was der Krebsdiagnose jeweils vorausging, also zum Beispiel zu Risikofaktoren. Auch die Nachsorge ist nicht optimal abgebildet. Hier haben die Abrechnungsdaten ihre Stärke. Deswegen wird der Linkage dieser Datensätze relevanten Mehrwert bringen.

Wo sehen Sie den inhaltlichen Mehrwert der ePA-Anbindung?

Unter anderem in der Datentiefe. Gar nicht mal so sehr bei der Medikation, wo wir eine gute Überschneidung mit den Abrechnungsdaten haben. Aber denken Sie an die Labordaten. Da sagen uns die Abrechnungsdaten zwar, ob ein großes Blutbild angefertigt wurde, aber mehr auch nicht. Die Einbeziehung der ePA-Daten ermöglicht es, die Labordaten im Detail zu analysieren, wenn diese Daten in ein, zwei Jahren irgendwann strukturiert vorliegen.

Patientengenerierte Daten könnten im Zusammenhang mit der ePA-Forschung auch interessant werden, oder? Daten zu bzw. aus digitalen Gesundheitsanwendungen zum Beispiel.

Ja, hier wird es ja eine ePA-Anbindung geben. Das alles muss sich natürlich langsam aufbauen. Wir dürfen das FDZ am Anfang nicht mit Erwartungen überfrachten. Aber das Potenzial ist da.

Der Nachteil der ePA-Daten ist ihre Unvollständigkeit, Stichwort Opt-out. Kann man das rausrechnen?

Ich denke, bei vielen Fragestellungen wird das gehen. Wir haben auch bei einem Opt-out Informationen aus den Abrechnungsdaten. Mit deren Hilfe sollte es innerhalb gewisser Grenzen möglich sein, mittels statistischer Imputation zu antizipieren, was in den ePA-Daten stehen könnte. Das würde den Bias, der beim Opt-out notgedrungen entsteht, zumindest reduzieren.

Lassen Sie uns zum Abschluss noch ein bisschen über Künstliche Intelligenz (KI) reden. Welchen Stellenwert

» Wir müssen in den nächsten Jahren sukzessive Infrastrukturen zur Verfügung stellen – Software und Hardware –, die KI-fähig sind. Und natürlich müssen auch unsere Prozesse zu einer KI-Welt passen. «

hat das für die Versorgungsforschung – und damit für das FDZ?

Ich hatte erwähnt, dass wir versuchen, relativ nah an den Forschenden dranzubleiben. Wir hatten vor zwei Jahren eine Umfrage gemacht, und schon damals sagte rund ein Drittel, dass es bei ihnen Projekte gebe, bei denen KI bzw. Maschinenlernen zumindest eine der Säulen ist. Für uns als gewissermaßen Service-Provider heißt das: Wir müssen in den nächsten Jahren sukzessive Infrastrukturen zur Verfügung stellen – Software und Hardware –, die KI-fähig sind. Und natürlich müssen auch unsere Prozesse zu einer KI-Welt passen. Der unbedingte Fokus auf Datensparsamkeit ist etwas, das da nicht sehr gut zu passt, gleichzeitig bleibt der Datenschutz natürlich eines unserer zentralen Anliegen. Eine erste Prozessidee ist zum Beispiel das Etablieren von Sandboxes, aber da gibt es sicher noch viel zu diskutieren.

Das Thema KI hat in der datenbasierten Forschung ja zwei Dimensionen. Zum einen wollen Wissenschaftler:innen KI nutzen, um Daten auszuwerten. Zum anderen geht es auch um das Training von KI-Algorithmen. Ist das in den FDZ-Planungen beides enthalten?

Das sind in der Tat unterschiedliche Herausforderungen. Bei der Forschung gilt als Grundprinzip: Die Forschung passiert bei uns, die Ergebnisse dürfen raus. Das ist auch dann umsetzbar, wenn wir von KI-basierter Forschung reden. Die Infrastruktur muss das halt hergeben, da sind wir dran. Das Trainieren von KI-Algorithmen ist etwas komplizierter. Grundsätzlich ist das einer der erlaubten Zwecke für die FDZ-Datennutzung, und das steht meines Wissens auch in der EHDS-Verordnung explizit drin. Insofern werden wir das ermöglichen. Da gibt es, so ehrlich muss man sein, noch ein paar Prozessherausforderungen,

gerade mit Blick auf Fragen wie: Was darf das FDZ verlassen und was nicht? Was ist noch personenbezogen und was nicht? Wenn wir beispielsweise nach einem KI-Training ein komplett trainiertes Modell haben, dann sind wir aufgerufen zu prüfen, dass das nicht mehr personenbeziehbar ist. Das ist interessant. Wir arbeiten daran, wir sind da auch mit KI-Expert:innen im Austausch. Sicher haben wir jetzt noch nicht alle Antworten, aber wir sind optimistisch, dass wir das vorhandene Potenzial gemeinsam mit der Wissenschafts-Community erschließen. ■

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



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 unter anderem als Vorsitzende des Vorstands von HL7 Deutschland. Im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT) ist sie zuständig für das Thema Digitalisierung.

» MEDIZINTECHNISCHE GERÄTE KÖNNEN DIE DIGITALISIERUNG VORANTREIBEN! «

Digitalisierung des Gesundheitswesens ist mehr als elektronische Patientenakte oder E-Rezept. Medizintechnische Geräte produzieren riesige Mengen an Daten, die bisher noch längst nicht umfassend genug genutzt werden.

Im Gespräch mit E-HEALTH-COM verrät **Prof. Dr. Sylvia Thun**, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT), welche Möglichkeiten eine intensivere Nutzung von Medizingerätedaten bietet – und wie das Gesundheitswesen möglichst rasch dorthin kommt.

INTERVIEW: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Was interessiert eine Ärztin, die gleichzeitig Ingenieurin für biomedizinische Technik ist, mehr: ein Befundbrief aus der Radiologie oder die Rohdaten, die aus einem CT-Gerät kommen?

Mich interessieren alle Daten. Es ist im Klinikalltag wichtig, schnell erfassbare Zusammenfassungen eines Befunds zu bekommen. Gleichzeitig können wir mit den Rohdaten aus medizintechnischen Geräten unglaublich viel anfangen. Am Ende geht es immer um Patientinnen und Patienten. Patientensicherheit ist hier ein wichtiges Stichwort. Daten können in Verbindung mit KI oder auch einfacheren Algorithmen helfen, bestimmte Erkrankungen im Vorfeld oder im Frühstadium zu erkennen, zum Beispiel Blutungen, Sepsis oder Nierenversagen. Solche Algorithmen werden weltweit entwickelt. Wir lernen von den Publikationen anderer, und andere lernen von uns.

Kann man Medizintechnik, medizintechnische Geräte, als Treiber der Digitalisierung ansehen, oder ist das ein bisschen hochgegriffen?

Sie können die Digitalisierung mit ihren Daten vorantreiben. Sie können uns die Arbeit aber auch schwer machen, wenn sie so gestaltet sind, dass sich die Daten nicht ohne weiteres nutzen lassen.

Nehmen wir ein konkretes Beispiel, die Intensivmedizin. Dort gibt es Dutzende medizintechnische Geräte. Hier müsste sich mit KI eigentlich eine ganze Menge Nutzen stiften lassen. Trotzdem hat man den Eindruck, dass das vielerorts nicht so wirklich passiert. Woran liegt das?

Tatsächlich gab und gibt es eine Menge an Aktivitäten, die darauf abzielen, medizintechnische Geräte zusammenzuführen. Im Operationsumfeld, das der Intensivmedizin hinsichtlich der genutzten Geräte ähnelt, war OR.NET so ein Projekt. Daraus entstand dann auch ein wunderbarer Standard der ISO-Reihe, der Standard IEEE 11073 SDC, der es erlaubt, unterschiedliche Gerätedaten gemeinsam zu analysieren. Leider sind viele Geräte, die wir heute in der Beschaffung haben, noch nicht bereit für diesen Standard. Darauf müssen wir unbedingt hinarbeiten.

Die Umsetzung derartiger Standards hat mehrere Dimensionen. Da ist zum einen die Herstellerseite, zum anderen die Anwenderseite, also die Krankenhäuser. Fangen wir bei den Herstellern an: Sind die Medizingeräte im Großen und Ganzen bereit für die digitale Welt? Wenn nein, woran hapert es?

Sie sind bereit für die digitale Welt, aber nicht zwangsläufig auch für die vernetzte digitale Welt. Da braucht es in vielen Unternehmen weiterhin ein Umdenken. Teilweise passiert das auch: Wir arbeiten mit verschiedenen

Herstellern zusammen, die Daten aus ihren Systemen entsprechend den Standards übersetzen und damit für eine Analyse zur Verfügung stellen. Man kann das auch im Nachgang machen, im Rahmen von Health-Data-Plattformen, aber das ist relativ mühsam. Letztlich geht es darum, dass Gerätehersteller und Hersteller klinischer IT-Lösungen existierende und konsenterte Standards konsequent umsetzen. Das gelingt noch nicht im ausreichenden Umfang.

» Letztlich geht es darum, dass Gerätehersteller und Hersteller klinischer IT-Lösungen existierende und konsenterte Standards konsequent umsetzen. «

Was kann ein Krankenhaus, was kann eine Universitätsklinik tun, um dazu beizutragen, dass Standards auch wirklich in der Versorgung ankommen?

Das Problem fängt ganz oben an. Es braucht als allererstes gesetzgeberische Klarheit, auf deutscher und auf europäischer Ebene. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen Standards in irgendeiner Weise befördern. Wenn das der Fall ist, fällt es den Krankenhäusern leichter, auf Ebene der Beschaffung im Rahmen von Anforderungskatalogen entsprechende Standards bei den Herstellern einzufordern. Das alles funktioniert aber nur, wenn die Beteiligten Hand in Hand arbeiten: Medizintechnik, IT, Einkauf und auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler müssen bei solchen Beschaffungsprozessen eng kooperieren.

Wie läuft das konkret an einer Einrichtung wie der Charité? Wie kann man das im Organigramm einer Klinik abbilden? Oder müssen alle einfach nur richtig viel miteinander reden?

Unbedingt. Aber die Kommunikation ist ja überall schwierig. Einige Kliniken haben die Medizintechnik und die IT organisatorisch zusammengelegt. Das ist ein möglicher Weg, aber in sehr großen Kliniken ist das nicht so

>

» Die DGBMT ist in diesem Kontext extrem wichtig, weil sie die Perspektive der Medizintechnik einbringt. Es steht bei Vernetzungsthemen oft ein bisschen zu sehr die IT-Seite im Fokus. «

ganz einfach. Wichtiger ist, dass bei großen Anschaffungen, wie zum Beispiel der Neubeschaffung eines KIS, alle eng zusammenarbeiten. Was dabei oft vergessen wird, ist, dass man sich auch die Prozesse gemeinsam anschauen muss, und nicht nur die Dokumentationssysteme. Es muss von vornherein klar sein, welche Daten im Rahmen welcher Prozesse von dem System A in das System B überführt werden. Nicht jede Station, nicht jeder Prozess, braucht Zugang zu allen Daten.

Das Ganze hat auch eine rechtliche Dimension. Die Medizinprodukte-Gesetzgebung schreibt sinngemäß vor, dass derjenige, der Medizingeräte und Software zusammenschaltet, als Betreiber in die Verantwortung geht für den Betrieb dieses vernetzten Konstruktes. Ist das ein Problem? Wenn ja, wie kann man das lösen?

Es ist auf jeden Fall eine Herausforderung, aber es gibt schon Möglichkeiten, das organisatorisch zu lösen. Genau dafür gibt es Standards wie DIN EN IEC 80001-1 VDE 0756-1:2023-02, die ganz genau sagt, welche Dinge zu beachten sind bei vernetzten Medizinprodukten. Wichtig ist auch, sich über die Frage der Haftung explizit Gedanken zu machen. Das gehört zum Risikomanagement im Vorfeld der Einführung solcher vernetzten Systeme. Ein anderes Thema ist die Datenprovenienz: Wo kommen die Daten, die ich nutzen will, eigentlich genau her? Wer hat die eingegeben, wie zuverlässig sind die? Auch hier gibt es Standards, die dabei unterstützen können, spezielle FHIR-Ressourcen zum Beispiel. Am Ende wird es an rechtlichen Fragen nicht scheitern, es gibt für so etwas Spezialisten, die solche Konzepte erstellen können. Man muss es allerdings machen. Man muss die entsprechenden Standards kennen und sie nutzen, dann ist die nötige rechtliche Sicherheit auch zu gewährleisten.

Was kann eine Fachgesellschaft wie die DGBMT dazu beitragen, dass Medizinprodukte noch stärker als bisher zum Treiber der Digitalisierung werden?

Die DGBMT ist in diesem Kontext extrem wichtig, weil sie die Perspektive der Medizintechnik einbringt. Es steht bei Vernetzungsthemen oft ein bisschen zu sehr die IT-Seite im Fokus. Die DGBMT kann Positionspapiere erstellen und sie in den zuständigen Ministerien bekannt machen. Sie kann auch Standards setzen bzw. zu deren Weiterentwicklung beitragen, zum einen im Rahmen der ISO, aber als eine Fachgesellschaft im VDE gerade auch im Zusammenspiel mit dem VDE.

Die neue Bundesregierung ist jetzt ein rundes halbes Jahr im Amt. Was sollte sie mit Blick auf die digitale Integration von Medizintechnik in Angriff nehmen?

Der größte Wunsch wäre, dass es uns gelingt, qualitativ hochwertige Daten zu erzeugen und von den Geräte- und den IT-Herstellern zu verlangen, diese dann auch gemäß der seit Jahren existierenden Standards zur Verfügung zu stellen. Nur dann können wir bessere Medizin anbieten. ■

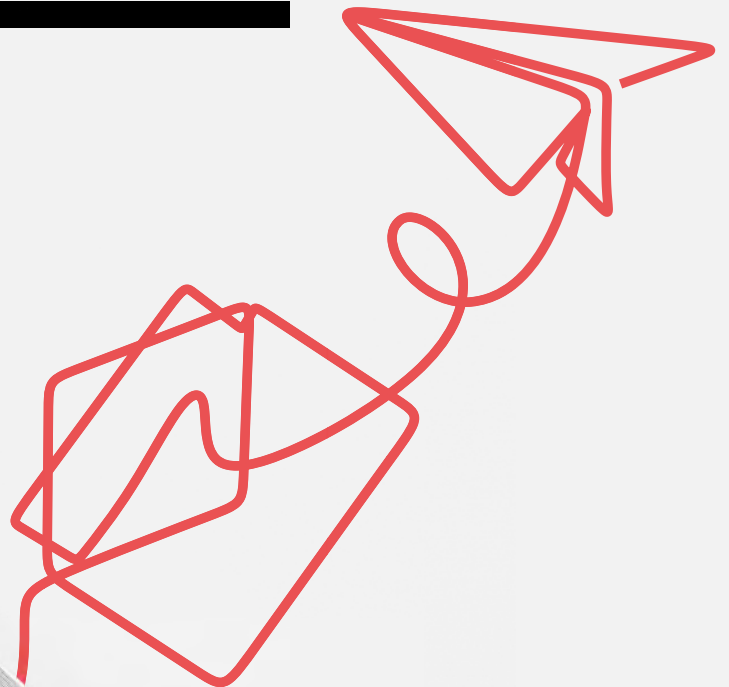
■ DAS INTERVIEW FÜHRTE PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ, CHEFREDAKTEUR E-HEALTH-COM.

Das vollständige Interview in einer Video-Fassung finden Sie online unter:

https://e-health-com.de/fileadmin/user_upload/videos/250912_VDE_video.mov

E-HEALTH-COM NEWSLETTER

Die wichtigsten E-Health-News im Überblick!



EHEALTHCOM



TALENTEFORUM DER BVITG GENERATION _NEXT IN BAMBERG

INHALT

- 54** Talenteforum bvitg generation_next
- 56** DMEA 2026
- 58** Interview mit Zukunftsforscher
Johannes Kleske



Der **BVITG MONITOR** auf den
Seiten 54 bis 59 dieser Ausgabe von
E-HEALTH.COM wird verantwortet vom
Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V.,
Markgrafenstraße 56, 10117 Berlin.

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

Am 23. und 24. September 2025 trafen sich unsere Mitglieder der bvitg generation_next in Bamberg zu einem intensiven Austausch über die Zukunft der ambulanten Versorgung. Im Fokus standen die zentralen Fragen: Wie gelingt es uns, die Stärken der ambulanten Versorgung – beispielsweise die Nähe zu Patient:innen, schnelle Entscheidungen usw. – mithilfe der Digitalisierung gezielt zu stärken? Besonders spannend war die Diskussion, welche Stakeholder die Versorgung von morgen prägen werden. Neben Ärzt:innen, MFAs, Praxis-IT, Krankenkassen und Patient:innen wurden neue digitale Services und sektorenübergreifende Vernetzungsmodelle beleuchtet.

Ein herzliches Dankeschön an medatixx GmbH & Co. KG für die hervorragende Gastfreundschaft am Standort Bamberg und an alle Teilnehmenden für die inspirierenden Beiträge!

Wir bedanken uns zudem bei dem scheidenden Leitungsteam Glenn Zimmer und Dustin Classen für ihr großartiges Engagement und freuen

uns auf die Zusammenarbeit mit der neuen Leitung der generation_next: Dr. Nils Benning und Eric Grey!

Die bvitg generation_next ist das dynamische Netzwerk für junge Fach- und Führungskräfte in der Gesundheits-IT. Wir verstehen uns als Impulsgeber, der die Digitalisierung nicht nur begleitet, sondern aktiv mitgestaltet.

Innerhalb der komplexen Gesundheits-IT-Branche agieren wir thematisch frei. Dank der Diversität unserer fachlichen Hintergründe – von Technologie über Wirtschaft bis zur Ethik – können wir Entwicklungen und Prozesse ganzheitlich betrachten und bewerten. ■

Alle Infos finden Sie hier:
www.bvitg.de/arbeits-und-projektgruppen/bvitg-generation-next/



AKTUELLES POSITIONSPAPIER „GEMEINSAM DIGITAL“

Der bvitg hat als Impuls für die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ein Positionspapier veröffentlicht. Wir befürworten die Initiative des BMG, die Digitalisierungsstrategie weiterzuentwickeln und halten dies für eine wichtige Chance, die Zukunft der

digitalen Gesundheitsversorgung gemeinsam zu gestalten. In der Publikation finden sich relevante Impulse, die aus unserer Sicht bei der weiteren strategischen Ausgestaltung unbedingt berücksichtigt werden sollten.

Sie finden das Positionspapier hier:
www.bvitg.de/publikationen/



DIT WAR DUFTE!

Der Verband blickt auf drei inspirierende Tage (6. bis 8. Oktober 2025) in Berlin anlässlich des 10. Deutschen Interoperabilitätstages zurück. Dank an alle, die diskutiert, vernetzt und vorangebracht haben. Ein besonderer Dank geht an unsere Speaker, Organisatoren und Partner, die Highlights gesetzt und

wertvolle Perspektiven aufgezeigt haben. Wir nehmen konkrete Ansätze mit: klare Standards, praxisnahe Umsetzungswege und mehr Transparenz in den Projekten. Zusammen treiben wir Interoperabilität weiter voran – für eine vernetzte Gesundheitsversorgung, die wirklich ankommt. ■



VON DER VISION ZUR REALITÄT

Der bundesweite Start der elektronischen Patientenakte (ePA) am 1. Oktober 2025 ist ein Meilenstein für die digitale Gesundheitsversorgung. Viel ist gelungen – doch noch bleibt viel zu tun.

Dank enger Kooperation zwischen Industrie, Leistungserbringenden und der Gematik steht die ePA heute flächendeckend bereit. Wir haben termingerecht geliefert und den Weg für eine erfolgreiche Umsetzung geebnet. Jetzt beginnt die entscheidende Phase:

1. Eine stabile Telematikinfrastruktur (TI).
Die TI ist komplex und umfasst viele Beteiligte. Alle an einen Tisch zu holen und gemeinsam den Grundstein dafür zu legen, dass der Nutzen dort ankommt, wo er ankommen muss, ist zentral.
2. Die Integration der ePA in alle Versorgungsprozesse. Das ist hochkomplex. Wir brauchen klare, realistische Rahmenbedingungen und Umsetzungszeiträume – auch für Funktionserweiterungen wie den digital gestützten Medikationsprozess. Zusätzlich ist ein ehrliches Kommunikationsmanagement nötig, um realistische Erwartungen zu setzen.

Ich danke allen Akteuren für ihr Engagement. Gemeinsam gestalten wir eine zukunftsfähige digitale Gesundheitsversorgung. ■

MATTHIAS MEIERHOFER
bvitg-Vorstandsvorsitzender

DMEA 2026 – DIE ZUKUNFT WARTET NICHT

In weniger als 200 Tagen startet die DMEA, Europas führende Veranstaltung für Digital Health.



Dagmar Brandenstein,
Geschäftsführerin der bvitg
Service GmbH (BSG)



Daniel Soesanto,
Interims-Senior Project
Manager der Messe Berlin
für die DMEA

Nach der sehr erfolgreichen DMEA 2025 gibt es im nächsten Jahr einige Neuerungen, um den rasanten Entwicklungen in der Gesundheits-IT gerecht zu werden und die Position als zentraler Treffpunkt der Branche zu festigen. Zum einen gibt es nun einen Programmvorsitz, in dem die ausgewiesenen Expert:innen Matthias Meierhofer (Meierhofer AG und Vorstandsvorsitzender des bvitg), Bernhard Calmer (CGM und bvitg-Vorstandsmitglied), Luisa Wasilewski (Pulsewave), Ariel Dora Stern (Hasso-Plattner-Institut), Jessica Hanneken (BFS Health Finance GmbH), Ansgar Jonietz („Was hab' ich“ gGmbH) sowie Georg Woditsch (Alexianer GmbH) vertreten sind. Zum anderen wurde auch das Prozedere des Call for Papers verändert. Statt fester Sessiontitel schreibt die DMEA erstmals sechs Schwerpunktthemen mit jeweils bis zu fünf Unterthemen aus. Zu den Themenschwerpunkten gehören folgende Themen:

- Gemeinsam stark für die Versorgung von morgen – regional vernetzt, nah am Menschen

- Digital. Wirksam. Zukunft. eMedizin & ePflege 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
- Europäische Rahmenbedingungen und Strategien

NEUE KÖPFE AN DER SPITZE

Darüber hinaus gibt es auch personelle Veränderungen in der Projektleitung: Am 1. September hat Dagmar Brandenstein die Geschäftsführung der bvitg Service GmbH (BSG) übernommen. Mit dieser neu geschaffenen Position wird das Team der BSG, einer hundertprozentigen Tochtergesellschaft des Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., verstärkt. Melanie Wendling bleibt Hauptgeschäftsführerin des Verbandes. Zu den Kernaufgaben von Frau Brandenstein zählen der Ausbau und die strategische Weiter-

entwicklung der Leitmesse DMEA sowie der Marke DMEA. Darüber hinaus wird sie neue Geschäftsfelder für die BSG erschließen. Frau Brandenstein verfügt über mehr als 25 Jahre Erfahrung in Marketing, Business Development und Unternehmensführung. In leitenden Funktionen bei renommierten Medienunternehmen, unter anderem als Geschäftsführerin der SportA (ARD/ZDF). Auch bei der Messe Berlin gibt es Neuigkeiten im DMEA-Team. Daniel Soesanto, der über langjährige Erfahrungen bei der Messe Berlin verfügt, übernimmt interimswise die Leitung, da Burcu Dural-Lange in Elternzeit ist. ■

Die Digital-Health-Community darf sich auf eine DMEA 2026 freuen, die Innovation und Networking auf ein neues Level hebt. Merken Sie sich den Termin vor:

21. bis 23. April 2026 in Berlin.

Der Ticketshop ist bereits eröffnet!

www.dmea.de/de

Seit 30 Jahren für eine bessere Gesundheitsversorgung.



Gestalten Sie digitale Gesundheit mit! Werden Sie Teil der bvitg-Community!

Der Bundesverband Gesundheits-IT vereint über 120 führende Anbieter von Gesundheits-IT und gestaltet seit 30 Jahren aktiv die Gesundheitsversorgung von morgen mit. Als Mitglied profitieren Sie von starken Netzwerken, politischen Kontakten und der DMEA – Europas wichtigstem Event zu Digital Health.



Informieren Sie sich hier zu
einer bvitg-Mitgliedschaft!
luise.redders@bvitg.de
[bvitg.de](https://www.bvitg.de)

INTERVIEW

» WIR GESTALTEN DIE ZUKUNFT DURCH UNSERE ENTSCHEIDUNGEN «

Zukunftsforscher **Johannes Kleske** erläutert, dass Zukunftsforschung keine Vorhersage, sondern die Erkundung möglicher Entwicklungen ist. Im Gesundheitswesen sieht er Chancen in KI und Digitalisierung und fordert mehr Fokus auf kulturelle, ethische und gesellschaftliche Aspekte. Ziel müsse sein, Gesundheit einfacher, gerechter und menschlicher zu gestalten.



Johannes Kleske ist Zukunftsforscher, Foresight-Experte und Keynote-Speaker.

Herr Kleske, was genau macht ein Zukunftsforscher?

Die Zukunftsforschung geht von einer grundlegenden Annahme aus: Die Zukunft ist offen. Sie ist nicht determiniert, sondern wird durch die Entscheidungen gestaltet, die wir treffen. Deswegen mache ich als Zukunftsforscher keine Vorhersagen, sondern arbeite mit Trends und Szenarien.

Mein Ansatz ist es, Was-wäre-wenn-Fragen zu stellen und verschiedene mögliche Entwicklungsrichtungen aufzuzeigen. Das Ziel ist nicht, zu prognostizieren, wohin die Zukunft

führen wird, sondern zu zeigen, wohin sie führen könnte. Ich produziere Orientierungswissen für Entscheidungen in der Gegenwart. In meinen Workshops arbeite ich zum Beispiel mit narrativen Szenarien – wir entwickeln konkrete Geschichten aus verschiedenen möglichen Zukünften, um greifbar zu machen, welche Entscheidungen heute welche Konsequenzen morgen haben könnten.

Der Kern der Zukunftsforschung ist für mich, den Horizont weit zu machen und die Vielfalt möglicher Zukünfte darzustellen.

Wie verstehen Sie selbst Zukunft?

Zukunft existiert nur als Vorstellung – in unseren Köpfen, als Hoffnungen oder Ängste. Diese Zukunftsbilder beeinflussen, was wir heute tun. Mich interessiert, wie solche Narrative entstehen, denn sie bestimmen, welche Zukunft Realität wird.

Solange Zukunft noch nicht Gegenwart geworden ist, existiert sie nur in einer Form: in unseren Köpfen – als Annahmen, Erwartungen, Hoffnungen usw. Diese „gegenwärtigen Zukünfte“, wie wir sie in der Zukunftsforschung nennen, spielen eine essenzielle Rolle in unserem Alltag. Denn was wir glauben, wie morgen wird, bestimmt maßgeblich, was wir heute tun.

Mich interessiert dabei besonders, wie diese Zukunftsbilder oder -narrative,

die wir im Kopf haben, entstehen und was sie beeinflusst. Denn letztlich sind sie nichts anderes als Geschichten, die wir einander und uns selbst über die Zukunft erzählen. Das ist unsere Art, als Menschen mit Unsicherheit umzugehen: eine plausibel klingende Zukunftsgeschichte propagieren und hoffen.

Als Zukunftsforscher beschäftigen Sie sich mit den Trends von morgen. Welche Rolle spielt das Thema Gesundheit und Medizin in Ihren Analysen, und welche Entwicklungen haben Sie in den letzten Jahren am meisten überrascht?

Healthcare ist persönlich und beruflich ein faszinierendes Feld. Persönlich, weil Gesundheit uns alle betrifft: Sie ist der zentralste Aspekt unseres Lebens, der die Qualität aller anderen Erfahrungen beeinflusst. Beruflich, weil insbesondere Prävention in der Gesundheit so viel mit Zukunft zu tun hat. Die Frage, wie wir Menschen zu präventivem Handeln heute motivieren können für einen Nutzen, der erst in der Zukunft spürbar wird, ist eine der spannendsten Herausforderungen.

Eine Entwicklung hat mich in den letzten Jahren besonders überrascht: Die antiwissenschaftlichen Gegenbewegungen. Lautstarke Minderheiten werden im Healthcare-Bereich massiv unterschätzt. Weil Healthcare

selbst so wissenschaftsgetrieben ist, ist für viele einfach nicht vorstellbar, wie wissenschaftsfeindlich Teile der Pseudo-Gesundheitsbewegung sind.

Der Einsatz von KI ist eines der meistdiskutierten Themen. Wo sehen Sie die größten Potenziale von KI für die Gesundheits-IT-Branche in den kommenden fünf Jahren, und wo die größten Risiken?

Im Healthcare-Bereich haben wir einen besonderen Vorteil: KI-Technologien werden hier schon sehr lange eingesetzt, zum Beispiel bei der Krebsfrüherkennung. Die konkreten Potenziale für die kommenden Jahre sehe ich in drei Bereichen: administrative Entlastung, prädiktive Analyse und personalisierte Therapievor schläge (Behandlungen besser auf den individuellen Menschen abstimmen). Das sind keine Science-Fiction-Szenarien, sondern praktische Anwendungen, die bereits heute in Pilotprojekten funktionieren.

Meine kritische Perspektive ist: Wenn wir über „KI“ als Begriff sprechen, reden wir über ein sehr abstraktes, vages Zukunftsbild. Wenn wir hingegen über konkrete Technologien wie Machine Learning sprechen, wird es deutlich konkreter: Was können wir jetzt damit machen?

Das Problem des großen Hypes ist, dass er gewaltige Revolutionen verspricht und dabei kleine Fortschritte im Alltag unzufriedenstellend macht.

Die Realität ist: Wir kommen nur zu großem Fortschritt, indem wir klein anfangen, im Detail arbeiten und uns von Prototyp zu Prototyp weiterentwickeln.

Meine Warnung ist: Healthcare darf sich nicht von der konsequenten Entwicklung sinnvoller Produkte durch den Hype ablenken lassen.

Wenn Sie dem deutschen Gesundheitssystem eine einzige, dringende Empfehlung für die nächsten Jahre geben könnten, welche wäre das?

Die entscheidende Frage für mich: Wie machen wir es möglichst vielen Menschen so einfach wie möglich, einen gesunden Lebensstil zu führen? Meine Vision ist: Es sollte einfacher sein, gesund zu leben, als ungesund zu leben. Für mich gibt es drei Schlüsselfaktoren: Bewegung, Ernährung und soziales Zusammenleben. Wie bewegen wir uns mehr? Wie essen wir gesünder? Wie verbringen wir mehr Zeit als Menschen miteinander? Wenn wir diese drei Faktoren als Gesellschaft besser hinbekommen, haben wir schon so viel gewonnen, dass die anderen Punkte deutlich einfacher zu managen sein werden.

Wie kommen wir dahin? Was es braucht, sind Prototypen, kleine Aktionen, Projekte: Dinge ausprobieren. Sich mit der Nachbarschaft treffen, mit Freunden laufen gehen, Spaziergänge machen. Diese kleinen Dinge im Alltag, immer wieder neu anfangen, das macht letztendlich den Unterschied. Und hier können digitale Gesundheitslösungen eine wichtige Rolle spielen: nicht als Ersatz für diese grundlegenden Faktoren, sondern als Unterstützung, um sie in den Alltag zu integrieren und Menschen dabei zu begleiten.

Welche Rolle sollte ein Verband wie der bvitg in dieser Phase des Umbruchs spielen?

Ein Verband kann verschiedene Stimmen einzelner Unternehmen zu einer großen Stimme zusammenziehen und sich darauf konzentrieren, dieser Gehör zu verschaffen, was Unternehmen im Alltag oft nicht leisten können.

Verbände können Diskussionsräume bieten: verschiedene Perspektiven zu-

sammenholen, erörtern, explorieren. Dadurch entstehen Zukunftsbilder, Narrative werden gestaltet und vorangetrieben. Das ist eine enorme Stärke. Ich wünsche mir, dass der bvitg eine Geschichte über die Zukunft der Gesundheit erzählt, bei der ich gerne dabei wäre.

Was ist aus Ihrer Sicht der wichtigste Schritt, den wir jetzt gemeinsam unternehmen müssen, um sicherzustellen, dass die Digitalisierung tatsächlich allen Bürger:innen zugutekommt?

Das 20. Jahrhundert war geprägt von Skalierung: Medikamente und Therapien sollten möglichst vielen Menschen helfen, und das hat enorme Erfolge gebracht. Im 21. Jahrhundert erleben wir einen Paradigmenwechsel hin zu Präzision und Personalisierung. Neue Technologien (oft von Tech-Unternehmen außerhalb des klassischen Systems entwickelt) ermöglichen individuellere Behandlungen. Aktuell profitieren davon vor allem jene, die das verstehen und sich leisten können.

Meine Warnung ist: Wenn wir sofort fordern, dass jede Innovation für alle funktionieren muss, blockieren wir Entwicklung. Wir verfallen dann zurück ins Denken des 20. Jahrhunderts und fokussieren nur den Durchschnittspatienten. Das Paradox: Die gut gemeinte Forderung nach sofortiger Gleichheit kann Innovation verhindern, die langfristig mehr Menschen zugutekäme.

Der wichtigste Schritt ist für mich: verschiedene Zukünfte der Gesundheit formulieren und in den gesellschaftlichen Diskurs bringen. Was sind die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wege? Wie wollen wir als Gesellschaft Gesundheit in Zukunft leben? Dieser Diskurs muss bewusst geführt werden, nicht nur von Experten, sondern breit in der Gesellschaft. ■

DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE: „GESUNDHEITS-VERSORGUNG DATENBASIERT STEUERN“

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) fordert bei der Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung, die elektronische Patientenakte (ePA) auszubauen. Ziel sollte eine Datenplattform sein, die allen Gesundheitsberufen einen einfachen Zugang zu den notwendigen medizinischen Informationen ermöglicht. „Langfristig benötigen wir einen neuen, dritten Versorgungslevel, der datenbasiert die medizinische Versorgung steuert“, 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

Zudem sollte Künstliche Intelligenz (KI) als wesentlicher Bestandteil des künftigen Gesundheitswesens gefördert werden, so der BVMed in seiner Antwort auf die Online-Befragung von Bundesgesundheitsministerium (BMG) und gematik zur Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege („Gemeinsam Digital“).

Die Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung, die erstmals im März 2023 veröffentlicht wurde, bildet das zentrale Leitbild für die digitale Transformation im Gesundheits- und Pflegewesen in Deutschland. Die Strategie wird gegenwärtig vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen wie der EU-Verordnung zum Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) und der technologischen Fortschritte im KI-Bereich weiterentwickelt.

Positive Entwicklungen der letzten Jahre sieht der BVMed in der Anbindung der ambulanten und stationären Versorgung und der Pflege an die ePA und den Ausbau des Forschungsdatenzentrums (FDZ) mit der Nutzbarkeit von Gesundheits- und Abrechnungsdaten zu Forschungszwecken.

Handlungsbedarf sieht der BVMed in seiner Stellungnahme bei der besseren Förderung digitaler Versorgungs-

konzepte für Patient:innen wie dem Telemonitoring, der Einbindung von digitalen Medizinprodukten in die Versorgung und der Integration von KI im Gesundheitswesen. Wichtig sei auch die Anbindung von Hilfsmittel-Leistungserbringern und Homecare-Unternehmen an die elektronische Verordnung.

DATENGETRIEBENE VERSORGUNGS-PROZESSE

Ziel einer datengetriebenen Gesundheitsversorgung muss es aus BVMed-Sicht sein, digitale Informationen zu nutzen, um Patient:innen effizienter sowie bedarfs- und ergebnisorientiert in die individuell geeignetste Versorgungsebene zu steuern. Diese, dann zielgerichtete Ebene kann stationär, ambulant oder auch digital sein.

Die wichtigste Herausforderung sei es, dafür Anreize zu schaffen und mehr Aufklärung zu betreiben. „Und wir brauchen dafür eindeutige und einheitliche Datenschutzerfordernungen für die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten auf Bundesebene“, so BVMed-Expertin Natalie Gladkov. „Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Die Anwendungen müssen auf Bedarfe und Bedürfnisse von Leistungserbringern und Patient:innen passen, damit diese den Mehrwert von digitalen, ganzheitlichen Ansätzen erkennen.“



BVMed-Digitalexpertin **Natalie Gladkov**

Ausführliche Informationen zum Thema unter www.bvmed.de/digital

VERSORGUNG VON MORGEN HEUTE ERLEBEN: DAS HOSPITAL OF THE FUTURE AUF DER MEDICA

Krankenhausreform und -transformationsfonds: ein gewaltiger Strukturumbbruch. Krankenhäuser stellt dies vor tiefgreifende Veränderungen – nicht zuletzt durch die zunehmende Konzentration medizinischer Leistungen auf spezialisierte Standorte. Gleichzeitig stehen sie vor der Aufgabe, eine ortsnahe Versorgung sicherzustellen, hohe Qualitätsstandards einzuhalten und dabei wirtschaftlich tragfähig zu bleiben.

In diesem Kontext werden digitale Vernetzung und Telekooperationen eine zentrale Rolle einnehmen, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten, Zugangsbarrieren abzubauen und einen optimalen Einsatz der wichtigen Ressource „Fachpersonal“ zu ermöglichen. Eine digitale Infrastruktur, die Patientendaten erfasst, dokumentiert, bewertet und für schnelle, kompetente medizinische Entscheidungen aufbereitet, leistet einen entscheidenden Beitrag, um ärztliche und pflegerische Ressourcen fokussiert einzusetzen.

Wie genau das funktionieren kann, zeigt das „Hospital of the Future“ auf der MEDICA (Halle 10, Stand C16) – direkt neben dem Deutschen Krankenhausstag.

STARKE PARTNER, STARKE THEMEN

Veranstaltet wird das Hospital of the Future auch in diesem Jahr von der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. (DGTelemed) und der Messe Düsseldorf. Fachliche Unterstützung bieten die ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH und die Kli-

nik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care an der Uniklinik RWTH Aachen.

Im Fokus stehen in diesem Jahr u. a. folgende Themen:

- Digitale Infrastruktur im Krankenhaus: vertrauenswürdige Lösungen für Telekooperationen finden
- Intelligent zusammengefasste und aufbereitete Patientendaten statt händischer Dokumentation: medizinische Ressourcen effizient nutzen
- Datengetriebene Telemedizin und Künstliche Intelligenz in der Intensivmedizin: Patienten personalisiert und vorausschauend versorgen
- Weit entfernt und dennoch den Patienten im Blick: datengestützte Telekonsile durchführen

Ganz besonders freut sich die DGTelemed darauf, ein neues Positionspapier vorstellen zu dürfen. Das dazugehörige Pressegespräch findet am Dienstag, 18.11.2025, von 12:00 bis 12:45 Uhr in Halle 10, C16 und zusätzlich virtuell statt. Dr. Gerald Gaß, Vor-

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

standsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, hat zugesagt, die Perspektive der DKG einzubringen.

Neu in diesem Jahr: Die Veranstalter haben medizinische Fachgesellschaften eingeladen, das Hospital of the Future zu nutzen, um ihre Visionen, Aktivitäten und/oder Forderungen hinsichtlich einer Digitalisierung des Gesundheitswesens zu präsentieren:

- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (Dienstag, 18.11.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (Dienstag, 18.11.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (Mittwoch, 19.11.2025)
- Spectaris (Mittwoch, 19.11.2025)

Das konkrete Programm finden Sie online: <https://dgtelemed.de/hospital-of-the-future/>

Rückfragen oder Anmeldungen zum Pressegespräch sind unter info@dgtelemed.de möglich.

Das Hospital of the Future freut sich auf Ihren Besuch!



BMT 2025 IN MUTTENZ/SCHWEIZ

Anfang September kamen über 500 Expertinnen und Experten aus der Biomedizinischen Technik aus Deutschland, der Schweiz und Österreich für drei Tage zum führenden Kongress für Wissenschaft und Innovation in der Medizintechnik in der Nähe von Basel zusammen.

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

Medizintechnische Innovationen sind nach wie vor die Basis für medizinischen Fortschritt. Doch von der ersten Idee bis zur Markteinführung eines neuen Medizinprodukts vergehen oft mehr als zehn Jahre, in denen erhebliche finanzielle Mittel erforderlich sind. Wichtige Herausforderungen sind dabei die klinische Bewertung, die Zulassung als Medizinprodukt und die Finanzierung im Gesundheitswesen. Wissenschaft, Fördergeber und Unter-

nehmen benötigen hierfür einen langen Atem.

Dies gilt umso mehr, als die Medizintechnik vor großen Innovationssprüngen steht. Digitalisierung, KI und Digital Trust sind die neuen Basistechnologien einer vernetzten, intelligenten Medizintechnik, die eine vertrauenswürdige und individualisierte Patientenversorgung ermöglichen. Die personalisierte Medizin wird auf die persönlichen Merkmale eines Patienten zugeschnitten. Endoprothetik, aktive Implantate und Stents sind typische Beispiele hierfür. Die Kombination aus lebenden biologischen Komponenten und Technik schafft biohybride Systeme mit neuer Funktionalität. Sie bietet Patient:innen, beispielsweise bei Herzklappen, viele Vorteile. Neurotechnologien, die die Schnittstelle zwischen Mensch und Technik für die Therapie von Bluthochdruck bilden, stehen vor der Einführung. Derartige Innovationen gelingen nur in einem interdisziplinär arbeitenden

Ökosystem wie dem der DGBMT (Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik), das Wissenschaft, Unternehmen und Anwender zusammenführt, um gemeinsam Innovationen zu gestalten und Hürden zu überwinden.

Auf der Veranstaltung stellte die DGBMT ihre Arbeitsschwerpunkte bis Ende 2027 vor, darunter sechs neue Leitinnovationen:

- Medizintechnik treibt Digitalisierung
- Neurotechnologien auf dem Weg zum Menschen
- Foundation Models in der BMT
- Die Zukunft biohybrider und personalisierte Implantate
- Embodied Intelligence – Roboter in der Medizin
- Innovationen in der Bildgebung

Mit „BMshE für Frauen in der Medizintechnik“ führte sich ein neuer DGBMT Fachausschuss ein, der Anfang des Jahres gegründet wurde. Hier geht es unter anderem darum, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Medizin besser zu erforschen. Ein Herzinfarkt kann sich bei Frauen beispielsweise völlig anders äußern und leicht übersehen oder fehlgedeutet werden.

Bei der Vergabe des mit 5 000 Euro dotierten DGBMT Preises der Stiftung Familie Klee wurden Nachwuchstalente gefeiert. Es gab Forschung zu Knieprothesen, Exoskeletten und Simulationen von Zellen auf Mikrochips für die Medikamentenentwicklung. Aber auch die Nachwuchstalente von morgen kamen nicht zu kurz. Mit dem Jungen Forum hatten Studierende und Nachwuchswissenschaftler:innen ein exklusives Programm vor Ort.



Das Junge Forum BMT während der BMT 2025 in MuttENZ/Schweiz

INNOVATION VOR REGULIERUNG: WIE KI UND ROBOTIK DIE DEUTSCHE MEDIZINTECHNIK NEU ERFINDEN

Anlässlich der MEDICA 2025 veröffentlicht der Industrieverband SPECTARIS die 18. Ausgabe seines Jahrbuchs „Die deutsche Medizintechnik-Industrie“. Das Jahrbuch, das seit der Erstausgabe 2008 zum Standardwerk der deutschen Medizintechnikbranche avanciert ist, beschäftigt sich mit den zentralen Herausforderungen und Zukunftsthemen, die den Innovationsstandort Deutschland prägen.

KI IN DER MEDIZINTECHNIK:

KI UND ROBOTIK: INNOVATIONSTREIBER FÜR DIE VERSORGUNG DER ZUKUNFT

Die Digitalisierung ist der entscheidende Motor für eine moderne Gesundheitsversorgung. Das Jahrbuch beleuchtet intensiv den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) und Robotik, die den Weg für eine individuellere Behandlung von Patientinnen und Patienten ebnen. KI spielt eine bedeutende Rolle in der personalisierten Medizin und der automatisierten Diagnostik. Im Fokus stehen Fortschritte beim Telemonitoring sowie die zögerliche Implementierung von KI in die Medizintechnik. Ein zentraler Aspekt bleibt die korrekte Umsetzung des AI Act als Rechtsrahmen.

REGULATORISCHER GEGENWIND:

MDR UND DIE PFAS-BEDROHUNG

Trotz der starken Innovationskraft sieht sich die deutsche Medizintechnik einer massiven regulatorischen Belastung gegenüber. Die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) stellt weiterhin die größte bürokratische Hürde dar und bedroht die Innovationsfähigkeit der Branche und die Produktverfügbarkeit. Nicht zuletzt deshalb ist ihr ein eigener Beitrag gewidmet. Zusätzlich droht eine existenzielle Gefahr durch die geplante Stoffregulierung, insbesondere die Regulierung von PFAS, die als essenzielle Hochleistungsmaterialien für viele Medizinprodukte unabdingbar sind.

WELTMÄRKTE UND STANDORT:

EXPORTSTÄRKE TRIFFT AUF REFORMBEDARF

Die deutsche Medizintechnik-Industrie beweist ihre globale Bedeutung durch eine hohe Exportquote von über 68 Prozent. Das Jahrbuch analysiert die Notwendigkeit der Diversifizierung der Exportmärkte – beispielsweise in aufstrebende Regionen wie



Afrika – und die Bedeutung tragfähiger Freihandelsabkommen als Schutz vor protektionistischen Tendenzen. Im Inland liegt der Fokus auf der Standortpolitik. Hierzu gehört die dringende Forderung nach einer mutigen Reform des deutschen Gesundheitssystems, um eine moderne und qualitätsgesicherte Versorgung und die Finanzierung von Innovationen sicherzustellen. Auch die Relevanz



SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik

Hannoversche Straße 19, 10115 Berlin

Tel.: +49-(0)30-41 40 21-0

E-Mail: info@spectaris.de

www.spectaris.de

von ESG-Kriterien in der grünen Beschaffung im Gesundheitswesen wird hervorgehoben.

DAS ERWARTET SIE ZUDEM IN DER NEUEN AUSGABE

Die aktuelle Branchenpublikation beschäftigt sich zudem mit weiteren Schwerpunktthemen aus den letzten zwölf Monaten. Dazu gehören Marktberichte zu MedTech-Märkten, etwa in China oder den USA. Des Weiteren finden sich Beiträge darin zur politischen Arbeit von SPECTARIS und zu spannenden und aktuellen Forschungsprojekten.

Das rund 136 Seiten umfassende SPECTARIS Jahrbuch „Die deutsche Medizintechnik-Industrie“ wird zur MEDICA 2025 veröffentlicht und kann dann über die SPECTARIS-Website heruntergeladen werden.



KI IN DER RADIOLOGIE: ZWISCHEN ALLTAGSTAUGLICHKEIT UND HERAUSFORDERUNGEN

Künstliche Intelligenz ist auch aus dem radiologischen Alltag mittlerweile nicht mehr wegzudenken. Ob Knie, Hüfte, Wirbelsäule, Gehirn, Brust, Prostata, Thorax oder Herz – die Einsatzgebiete sind vielfältig. Doch bringt auch jede Lösung tatsächlich den erhofften Mehrwert? In welchen anatomischen Regionen hat sich die KI in der Radiologie am besten bewährt? Wo liegen die Herausforderungen und Fallstricke?

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

Antworten auf diese und viele weitere Fragen gaben Ende September fünf renommierte Experten aus Deutschland und Österreich. Im Rahmen der Online-Veranstaltungsreihe „Zukunft Teleradiologie“, die unsere Gesellschaft gemeinsam mit zwei weiteren Partnern vor mittlerweile drei Jahren initiiert hat, wurde dabei eines ganz deutlich: Heutzutage geht es nicht mehr darum, ob KI in der Radiologie genutzt wird oder nicht, sondern nur noch darum, welche der zahlreichen Anwendungen langfristig zum Einsatz kommen. Denn – so das übereinstimmende Ergebnis – KI-Algorithmen sind in den meisten Fällen nützlich bei der Befun-

dung, sparen Zeit und entlasten die Befunderinnen und Befunder.

Nur in wenigen Fällen stellte sich heraus, dass die Systeme noch nicht präzise genug arbeiten. Dies bedeutet aber nicht, dass KI als Instrument nicht als nützlich eingestuft würde, sondern zeigt lediglich, dass es immer noch viel zu tun gibt. Außerdem bestätigt es, was mittlerweile auch viele in der Materie Erfahrene sagen: Die KI wird Radiolog:innen auf absehbare Zeit nicht ersetzen. So haben neben mir auch alle Referenten in der Veranstaltung davor gewarnt, die KI-Ergebnisse automatisch in die Krankenhaus-Systeme spielen zu lassen. Die dringliche Empfehlung der Experten, die allesamt schon lange KI bei ihrer täglichen Arbeit nutzen und die teilweise sogar selbst KI-Anwendungen entwickeln, ist, immer auch einen Menschen auf die Bilder schauen und ihm das letzte Wort – sprich den Befund – zu überlassen.

Apropos Befund: Den Schilderungen der Referenten zufolge, ist der ein oder andere Kollege verunsichert, wie er in diesem Zusammenhang beispielsweise mit Doubts umgehen soll.

Soll er im Befund erwähnen, dass die KI etwas anderes diagnostiziert hat als er? Die Empfehlung ist: Ja, oder zumindest den Befund, den die KI gesehen hat, beschreiben und werten; denn so kann einem im Fall der Fälle niemand einen Strick daraus drehen. Eine gültige Rechtsprechung gibt es dazu heute allerdings noch nicht. Ich bin mir aber sicher, dass sich das mittelfristig ändern wird und die Radiologen mehr Klar- und Sicherheit bekommen werden.

Mehr Klar- und Sicherheit erhoffen sich die Referenten auch in einem anderen Punkt: der Finanzierung. Obwohl vielerorts in der täglichen Routine angekommen, gibt es bisher noch immer keine Finanzierung für den Einsatz von KI. Doch das muss sich ändern! Die Nutzer:innen gehen bisher in Vorleistung, da sie von den Vorteilen des Einsatzes von KI in der Radiologie für Patient:innen, Radiolog:innen und Krankenhäuser überzeugt sind.

Sind Sie neugierig geworden und bedauern eventuell, dass Sie an der Session nicht teilnehmen konnten? Kein Problem! Interessierte finden einen Mitschnitt der Veranstaltung unter:

<https://zukunft-teleradiologie.de/veranstaltung/erfahrungsberichte-von-radiologen-in-welchen-anatomischen-regionen-wirkt-ki-am-besten/>

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



OHNE DATEN KEINE ZUKUNFT DER MEDIZIN

Daten sind der Rohstoff der Medizin von morgen. Doch wie lassen sie sich nutzen, wenn Standards lückenhaft sind und Regulierung Innovation ausbremst? Der ZVEI Digital R:Evolution Day 2025 machte deutlich: KI und Digitalisierung können schon heute die Versorgung verbessern – wenn die Voraussetzungen stimmen.

Die Zukunft der Medizin entscheidet sich daran, wie konsequent es gelingt, Daten im Gesundheitssystem nutzbar zu machen. Diese Erkenntnis stand im Mittelpunkt des ZVEI Digital R:Evolution Day 2025, bei dem Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft über Herausforderungen und Lösungsansätze der digitalen Transformation diskutierten. Klar wurde: Digitalisierung und Künstliche Intelligenz entfalten ihr volles Potenzial nur dann, wenn hochwertige Daten verfügbar sind, verbindliche Standards für den Datenaustausch greifen und Regulierung Innovation ermöglicht, statt sie auszubremsen.

Eindrücklich zeigte dies die Session „Zwischen Automatisierung und Revolution – Daten im Gesundheitssektor“. Dort wurde deutlich, dass KI bereits heute die Medizin verändert: etwa durch präzisere Diagnosen, individuell zugeschnittene Therapien und effizientere Abläufe. Voraussetzung dafür sind jedoch qualitativ hochwertige, interoperable und zugängliche Daten. Prof. Dr. Sylvia Thun von der Charité machte klar, dass Deutschland hier besser dasteht, als vielfach angenom-

men wird. Maro Bader von sphin-X e.V. betonte die Verantwortung der Industrie, stabile Rahmenbedingungen für Forschung und Entwicklung zu schaffen. Anne-Marie Thoft von der Dänischen Botschaft regte an, dass die deutsche Politik aus den Fehlern, die Dänemark in der Digitalisierung des Gesundheitswesens gemacht habe, lernen könne. Peter Selig von der Erbe Group wiederum verwies auf die Erfahrungen mit dem Standard SDC, bei dem sich nach einem langen Lernprozess gezeigt hat, dass Normen Wirkung entfalten, wenn sie konsequent angewandt und von allen Beteiligten getragen werden.

Im Abschlussgespräch „Cut & Simplify: Neustart für die Digitalregulierung“ rückte die europäische Ebene in den Fokus. Politikerinnen und Politiker unterschiedlicher Parteien diskutierten mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Wirtschaft über die Frage, wie Regeln so gestaltet werden können, dass sie Sicherheit schaffen, Innovation aber nicht ersticken. Einigkeit herrschte darin, dass Regulierung einfacher und praxisnäher werden muss, wenn Europa im internationalen Wettbewerb nicht ins Hintertreffen geraten



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

will. Nur mit einem innovationsfreundlichen Rechtsrahmen kann es gelingen, den Kontinent auch im globalen Wettbewerb um die Medizin der Zukunft vorne zu positionieren.

Vision und Realität im digitalen Gesundheitswesen liegen also bereits enger beieinander, als es häufig scheint. Zahlreiche Pilotprojekte belegen, dass KI und datenbasierte Anwendungen funktionieren und echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten wie auch für das Personal schaffen. Zugleich wurde klar, wie groß der Handlungsdruck ist. So müssen etwa vorhandene Datenräume geöffnet und Schnittstellen vereinheitlicht werden.

Das Fazit des ZVEI Digital R:Evolution Day 2025 lautet daher: Ohne Daten gibt es keine Zukunft der Medizin. Die technischen Möglichkeiten sind vorhanden, das Bewusstsein für ihre Bedeutung auch. Entscheidend ist nun, dass Politik, Wirtschaft und Wissenschaft gemeinsam handeln, Standards definieren, Regulierung vereinfachen und die Verfügbarkeit von Daten sicherstellen. Nur wenn alle Akteure an einem Strang ziehen, können die Chancen von KI und Digitalisierung voll ausgeschöpft werden. Für eine patientenzentrierte, effiziente und damit zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.



(v.l.n.r.) Maro Bader (sphin-X e.V.), Hans-Peter Bursig (ZVEI), Prof. Dr. Sylvia Thun (Charité), Anne-Marie Thoft (Dänische Botschaft), Peter Selig (Erbe Group)

DIGITALISIERUNG: KLARE STRUKTUREN UND DEFINITION FÜR DIE ROLLE „DIGITALISIERUNGSBEAUFTRAGTE:R“ NOTWENDIG

Die digitale Transformation in der Sozialwirtschaft schreitet mit unterschiedlichem Reifegrad in den Organisationen voran: Der Stellenwert ist hoch, wenngleich Potenziale nicht ausgeschöpft werden. Es fehlt an organisationalen Strukturen, Ressourcen und Verantwortlichkeiten – oftmals auch an einer Personalstelle Digitalisierung, die mit einer klaren Rollenbeschreibung, Handlungsbefugnissen und der Akzeptanz sowie Partizipation der (Fach-)Bereiche versehen ist.



**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

Der Digitalverband FINSOZ hat im Rahmen eines Workshops mit sozialen Einrichtungen erstmalig die Position, Funktion und Rolle eines Digitalisierungsbeauftragten in Sozialunternehmen beleuchtet, Handlungsempfehlungen herausgearbeitet und Quick Wins identifiziert. Ein praxisorientierter Leitfaden „Anforderungsprofil einer/s Digitalisierungsbeauftragten in der Sozialwirtschaft“ erscheint in Kürze.

TRANSFORMATION BRAUCHT KLARE STRUKTUREN

Eine mit der Digitalisierung beauftragte Person besetzt in Organisationen eine vielschichtige Scharnierfunktion: Sie fungiert als Übersetzer und Vermittler zwischen IT-Expert:innen, Fachpersonal und Führungskräften – und gilt vor allem für die Leitungsebene als Ratgeber. In Transformationsprozessen nimmt sie oft die Rolle der projektverantwortlichen Leitung ein. Thordis Eckhardt, Ge-

schäftsführerin FINSOZ e. V.: „Die mit der Stelle einhergehenden Anforderungen sind mit einer Vielzahl strategischer, finanzieller, technischer und infrastruktureller Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Abhängigkeiten verbunden. Fehlt eine klare Beschreibung dieser Position, Funktion und Rolle, sind Digitalisierungserfolge von Projekten gefährdet. Elementar sind daher eine strategische Verankerung und operative Nähe zu allen Fachbereichen – und im Speziellen zur IT.“

QUICK WINS IM ÜBERBLICK

Folgende Empfehlungen wurden in Zusammenarbeit mit Fach- und Führungskräften herausgearbeitet:

- **Titel und Position:** In Abhängigkeit der Organisation und des Digitalisierungsgrades sollte eine Titel-Unterscheidung in „Digitalisierungsmanager:in“ und „Digitalisierungskoordinator:in“ vorgenommen werden. Die Positionen unterscheiden sich im Grad der Befugnisse als Entscheider oder Koordinator/Auftragsausführender. Die Bezeichnung „Digitalisierungsbeauftragte:r“ sollte aufgrund der Konnotation zur Bestellung gesetzlich bestimmter Beauftragter vermieden werden. Erfolgsversprechend ist die Verankerung der Position in einer Matrix-Organisation oder Querschnittsfunktion, direkt unter Vorstand/Geschäftsführung oder

als Stabsstelle mit definierten Kompetenzen. Möglich ist auch eine Integration in die IT-Organisation, innerhalb eines Fachbereichs oder einer Digitalisierungsabteilung. Die Zuordnung darf sich im Laufe der Digitalisierung weiterentwickeln, z. B. durch Überführung in ein Transformations-Office.

- **Funktion:** Mit den o. g. Positionen sind unterschiedliche inhaltliche Aufgaben verbunden wie: Analyse & Strategie, Projektmanagement, Technologie-Einführung, Prozessoptimierung, Datenschutz & IT-Sicherheit, Mitarbeiterschulungen, Kommunikation & Change Management, Evaluation & Weiterentwicklung. Diese können gestaltend und / oder koordinierend, moderierend und begleitend ausgeführt werden. Wichtig ist, dass die Schnittstellen zu IT-Governance, Compliance, Controlling und strategischem Management definiert sind – insbesondere, wenn Digitalisierung mehrere Dimensionen wie Technik, Prozesse oder Geschäftsmodelle umfasst.
- **Rolle:** Digitalisierungsmanager:innen und -koordinator:innen wirken als Netzwerker und interne Brückenbauer – ihre Rolle sollte nicht isoliert oder als reiner „IT-Manager“ mit technischem Projektfokus betrachtet werden. Voraussetzung ist, dass die Rollen-



beschreibung einen abgegrenzten Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich umfasst, der mit klaren Mandaten, Ressourcen, Entscheidungsbefugnissen und Eskalationswegen ausgestattet sein muss. Wird dies versäumt, trüben Verhaltens- und Erfolgserwartungen aus dem Management mit denen des Stelleninhabers auseinander. Mit der Gefahr, dass die Digitalisierung im Unternehmen eher gehemmt als gefördert wird.

FAZIT

Wer die Rolle klar definiert, strategisch verankert und qualifiziert besetzt, macht Digitalisierung messbar und nutzbringend – für die Organisation, Mitarbeitende und Klient:innen.



Thordis Eckhardt
Geschäftsführerin des Digitalverbandes
FINSOZ e.V.

DIGITALVERBAND FINSOZ

Ziel des Fachverbandes FINSOZ ist es, den Wertbeitrag der Informationstechnologie im Sozialen zu steigern. Der Verband bringt seine Positionen und sein Technologie-, Theorie- und Praxiswissen in die politischen Entscheidungsprozesse ein und regt konkrete Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen politischen und administrativen Handelns an. FINSOZ e.V. versteht sich als eine anbieter- und anwenderübergreifende Plattform, die Einrichtungen und Verbände der Sozialwirtschaft sowie IT-Anbieter kompetent auf dem Weg in die digitale Welt begleitet und sie dabei unterstützt, ihre Angebote zum Nutzen der Adressaten sozialer Dienstleistungen weiterzuentwickeln.

HERBSTTAGUNG 2025 DES KH-IT: UNDER PRESSURE – ABER ES GIBT WEGE AUS DER KRISE !

Der KH-IT führte am 1. und 2. Oktober 2025 seine Herbsttagung in Hannover durch – und über 260 Teilnehmer:innen kamen in das Congress Centrum Hannover. Plakativer Titel der Tagung war „Under Pressure – Konzepte gegen Überlastung und Personalmangel“.



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

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

Geboten wurden zahlreiche hochwertige Vorträge: die inhaltliche Reise der Tagung führte von den Erkenntnissen zur Zusammenarbeit bei Managed Services über die Untiefen und Fallen der Kommunikation, vor allem im kritischen Umfeld. Als krönender Abschluß des regulären Programms am ersten Tag durfte Navel – der Empathie-Roboter – den Stellenwert von Kommunikaton im Gesundheitswesen aufzeigen. Im anschließenden StartUp-Pitch stellten Felia, Fluint-

Health, SmartArzt, QuickGuide, SmapOne und Quickticket ihre jeweiligen Produkte unter großem Zeitdruck vor. Am Ende waren zwar alle Lösungen sehr beeindruckend, aber den StartUp-Pitch gewann Quickticket mit dem Wartezeiten-Management für Arztpraxen und Krankenhäuser.

Der Abend gehörte dann dem Networking und leckeren Abendessen im Brauhaus Ernst August in der Hannover Altstadt.

In der Mitgliederversammlung des KH-IT am Donnerstagmorgen mit über 50 Teilnehmer:innen berichtete der Vorstand. Es gab Neuwahlen, den Bericht über die Gründung der KH-IT Service GmbH sowie die Stellenausschreibung für die Geschäftsführung. Die Mitglieder sprachen dem Vorstand das Vertrauen aus, Andreas Lockau wurde als Vorsitzender wiedergewählt, ebenso Lars Forchheim als Stellvertreter. Alexandra Heimel wurde als Stellvertreterin neu in den geschäftsführenden Vorstand gewählt.

Csilla Imre, Stephan Herz, Jan Halbuer und Thorsten Schütz wurden als Beisitzer gewählt, Henning Zedler als Schatzmeister. Klemens Behl wurde in seiner Funktion als Schriftführer erneut bestätigt.

Die Mitglieder haben damit dem Vorstand ein stabiles Mandat für die laufenden großen Veränderungen erteilt.

Für alle Teilnehmer:innen der Tagung führte die bunt gemischte inhaltliche Reise am Donnerstag in andere KRITIS-Branchen wie z.B. Kernkraftwerke, zur psychologischen Sicherheit, Entbürokratisierung mit KI-Unterstützung sowie weiteren Ansätzen zur Automatisierung, Einblicke in Teaching, Coaching und Mentoring bis zum Bilddatenmanagement in der Cloud. Die Take Home Points bildeten den inhaltlichen Abschluss der Tagung. Aus der Verbandsarbeit wurde im Rahmen der aktuellen Stunde berichtet, bevor mit dem Ausblick auf die Frühjahrstagung eine erfolgreiche Veranstaltung zu Ende ging.

Der Sieger des StartUp-Pitches auf der Herbsttagung des KH-IT in Hannover heißt: Quickticket

Wir alle kennen die unerträgliche Wartezeit in Arztpraxen und Krankenhäusern. Diese bange Frage treibt uns in kritischen Situationen fast schon existenziell um. Aber auch im etwas entspannteren Setting einer Arztpraxis, im Vorfeld eines kleinen Eingriffs, stellt sich die bange Frage: Wie lange

muss ich warten? Katharina Feiertag, die CEO des österreichischen Start-ups Quickticket, fand mit ihrem Einstieg in die Präsentation genau den Nerv, der alle aufhorchen ließ, der alle Teilnehmer:innen denken ließ: „Oh ja, das kenne ich zur Genüge!“

Der Wettbewerb der Start-ups fand natürlich auch diesesmal in Hannover

statt. Außer Quickticket präsentierten sich fünf weitere Start-ups: Felia mit einer smarten Praxisassistentin, QuickGuide – ein KI-Assistent für klinisches Wissen, SmapOne – eine No-Code-Plattform zur Erstellung klinischer Apps sowie FluintHealth – eine Integrations- und Interoperabilitätsplattform für klinische Systeme und

SmartArzt – ein KI-Tool zur Dokumentation mit Spracheingabe. Den in diesem Falle glücklichen Abschluss machte Katharina Feiertag mit Quickticket. Und wie bereits erwähnt, traf sie damit ganz offensichtlich einen wunden Punkt bei den Teilnehmer:innen der Tagung, die auch die Jury waren.

Entstanden ist die Idee für Quickticket bereits 2020 eigentlich mit einer anderen Zielrichtung: Wann wird in der Gastronomie wieder ein Tisch frei? Aber Katharina Feiertag, die seinerzeit Gesundheitsinformatik studierte, hatte sofort die Eingebung: im Gesundheitsbereich ist Warten noch viel schlimmer!

Quickticket ist seit der Gründung 2021 organisch gewachsen, so arbeiten im Entwicklerteam noch immer die gleichen Leute wie zu Beginn. Nachdem im Jahr 2022 eine Sicherheitslücke Defizite im Datenschutz und der IT-Sicherheit deutlich machte, wechselte Quickticket von der klassischen Start-up-Einstellung zu einem hochprofessionell aufgestellten jungen Unternehmen, nach wie vor ein Start-up. Inzwischen existieren zwei Produkt-schienen für Quickticket: eine für Arztpraxen und eine weitere für Krankenhäuser. Mithilfe dieser Lösungen können Patient:innen frühzeitig „eine Nummer ziehen“ und werden aktiv per z.B. SMS über Statusänderungen informiert, ebenso wie über die vor-

aussichtliche Wartezeit. Die Software ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz bereits im Einsatz. Am Rande der Tagung gab es die ersten begeisterten Rückmeldungen über den Einsatz in Schweizer Spitälern.

Die Planungen für die Zukunft von Quickticket sind klar: Das Unternehmen will beim Patientenstrom bleiben und hier weitere Funktionen zur Verfügung stellen. Dabei soll das Team nur im überschaubaren Rahmen und gemäß der Entwicklung des Business wachsen.

Im Interview mit heise (<https://kurzlinks.de/ce30>) antwortet Katharina Feiertag auf die Frage, ob ein Investor eventuell das Unternehmen aufkaufen könnte, recht deutlich: Eine Partnerschaft kommt infrage, sofern es den Kunden, also den Praxen und Krankenhäusern, nutzt.

Mit dem abschließenden Statement von Katharina Feiertag ist das Ziel von Quickticket hervorragend und recht tough beschrieben: „Es gibt Labello, es gibt Flex, es gibt Tixo ... und in einigen Jahren wird es Quickticket auch geben, keiner wird ‚Wartenummer‘ sagen. Das ist meine Vision, seit Tag 1!“

Wir wünschen Katharina Feiertag und ihrem Team weiterhin eine glückliche Hand und ganz viel Erfolg!



Katharina Feiertag,
CEO des österreichischen Start-ups Quickticket

ÜBER DEN KH-IT

Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V., kurz KH-IT, ist der Berufsverband der Krankenhaus-IT-Führungskräfte.

Mit unseren etablierten Veranstaltungen bieten wir den Mitgliedern eine werthaltige Plattform für den Austausch untereinander, die Auseinandersetzung mit stets aktuellen Themen und Perspektiven für die Entwicklung und Zukunft der Informationstechnik im Krankenhaus. Der KH-IT steht allen verantwortlichen, leitenden Mitarbeiter:innen der Krankenhaus-IT offen. Bei Interesse finden Sie weitere Informationen auf unserer Website.

www.kh-it.de



Das Start-up Quickticket ist Sieger des StartUp-Pitches auf der Herbsttagung des KH-IT.

UNTERNEHMEN	ANSCHRIFT	KURZPORTRÄT	LEISTUNGSÜBERSICHT
	AMC Holding GmbH Ballindamm 5 20095 Hamburg Tel.: +49-(0)40-2442 27-0 E-Mail: info@amc-gmbh.com www.amc-gmbh.com	Auf dem Markt für Krankenhausinformationssysteme hat die AMC Holding GmbH aus Hamburg mit dem webbasierten System CLINIXX® Maßstäbe gesetzt und sich durch den Einsatz flexibler und systemunabhängiger Webtechnologie als bundesweit erster Anbieter mit großem Erfolg etabliert. In der Zwischenzeit haben sich über 50 Kliniken im deutschsprachigen Raum für den Einsatz von CLINIXX® entschieden.	Krankenhausinformationssystem (KIS) – Als Lokalinstitution – Aus der Cloud (AWS, Telekom, weitere)
	AOK Systems GmbH Kortrijker Straße 1 53177 Bonn Tel.: +49-(0)228-843-0 Fax: +49-(0)228-843-1111 E-Mail: aok-systems@sys.aok.de www.aok-systems.de	Als Spezialist für integrierte IT-Komplettlösungen mit Schwerpunkt bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ist die AOK Systems Orchestrator für starke Lösungen von Kundengemeinschaften und Enabler von individuellen Digitalisierungsstrategien. Das langjährige Geschäftsprozess-Know-how in Verbindung mit GKV-Fachwissen und die enge Partnerschaft mit SAP sind einzigartig am Markt.	– Beratung – Entwicklung – Einführung – Training – Service
	BITMARCK Kruppstraße 64 45145 Essen Tel.: +49-(0)201-1766-2000 www.bitmarck.de	Als Managed Service Provider im IT-Markt der gesetzlichen Krankenversicherung treibt BITMARCK mit mehr als 1800 Mitarbeitenden die Digitalisierung in der Branche mit innovativen Produkten, Lösungen und Services voran – von denen über 30.000 GKV-Mitarbeitende und rund 25 Millionen Versicherte profitieren. Mehr als 80% der gesetzlichen Krankenkassen sind Kundinnen und Kunden der Unternehmensgruppe.	– Digitale Lösungen inkl. ePA, digitalen Identitäten und Gesundheitscockpit – Künstliche Intelligenz / Business Intelligence – GKV-Kernstandard – Betrieb & Services
	CGM Clinical – ein Unternehmen der CompuGroup Medical SE & Co. KGaA Maria Trost 21 56070 Koblenz Tel.: +49-(0)261-8000-0 info.clinical.de@cgm.com cgm.com/krankenhaus	CompuGroup Medical ist eines der führenden E-Health Unternehmen weltweit und erwirtschaftete im Jahr 2023 einen Jahresumsatz von EUR 1,19 Mrd. Die Softwareprodukte der CGM zur Unterstützung aller ärztlichen und organisatorischen Tätigkeiten in Arztpraxen, Apotheken, Laboren, Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen, die Informationsdienstleistungen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen und die webbasierten persönlichen Gesundheitsakten dienen einem sichereren und effizienteren Gesundheitswesen.	– KIS-Systeme: CGM CLINICAL & CGM MEDICO – Dienst- und Personaleinsatzplanung – Künstliche Intelligenz (KI) – Telematikinfrastruktur (ePA, E-Rezept etc.) – Patientenportal – Managementinformationssysteme
	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 – Dokumentenmanagementsystem
	Dedalus Labor GmbH Konrad-Zuse-Platz 1-3 53227 Bonn Tel.: +49-(0)201-89 55-5 Fax: +49-(0)201-89 55-400 E-Mail: martina.goetz@dedalus.com www.dedalusgroup.de	Die Dedalus Labor GmbH , Teil der Dedalus Group, bietet ein durchgängiges Portfolio leistungsstarker Softwarelösungen für die Labormedizin. Das Software-Portfolio erstreckt sich von einem ganzheitlichen und integrativen Labormanagement über die klinische Kommunikation und Vernetzung für Krankenhäuser, Laboratorien, Universitätskliniken, Arztpraxen und MVZ bis hin zur Point-of-Care-Diagnostik (POCT) und darüber hinaus.	– Labor-Informationssystem – Labor-Kommunikationssystem Klinik – Labor-Kommunikationssystem Praxis – Labor-Systemintegration, Kommunikationsserver – POCT-Managementsystem
	DGN Deutsches Gesundheitsnetz Service GmbH (DGN) Hüngert 15 41564 Kaarst Tel.: +49-(0)211-99 33 98-90 (Mo.-Fr. 8:00-18:00 Uhr) www.dgn.de	Der qualifizierte Vertrauensdiensteanbieter (VDA) nach eIDAS entwickelt Lösungen für den sicheren Datenaustausch zwischen Praxen, Kliniken sowie Laboren und produziert in seinem Trustcenter qualifizierte Signaturkarten und Zeitstempel. Das DGN bietet Praxen Ausstattungspakete zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), den E-Mail-Dienst KIM sowie den Kommunikationsrouter DGN GUSbox an. Für den stationären Sektor hat das DGN die DGN KIM Klinik Appliance umgesetzt.	– Produktion von qualifizierten elektronischen Signaturkarten und Zeitstempeln – DGN TI Paket, DGN KIM & DGN KIM Klinik Appliance – DGN GUSbox für die digitale Laborbeauftragung & andere Anwendungen
	GMC Systems – Gesellschaft für medizinische Computersysteme mbH Albert-Einstein-Str. 3 98693 Ilmenau Tel.: +49-(0)3677-46 76-00 Fax: +49-(0)3677-46 76-02 E-Mail: info@gmc-systems.de www.gmc-systems.de	GMC Systems bietet mit der Entwicklung und Betreuung von plattform- und systemübergreifenden Informations- und Kommunikationssystemen für das Gesundheitswesen modulare Lösungen für die Vernetzung ihrer IT-Infrastruktur. Mit den E-Health-Lösungen für Telematikinfrastruktur, eDokumentation, Abrechnung und sektorübergreifender Kommunikation liefern wir interoperable Softwarekomponenten zur Ergänzung und Erweiterung bestehender IT-Systeme. Unsere Expertise der Telematikinfrastruktur ermöglicht innovative Umsetzungskonzepte in komplexen medizinischen Einrichtungen.	– TI- und KV-Anwendungen mit QES – eAU-Komplettlösung und medizinische Formulare – KIM für E-Mail-Infrastrukturen (KIM2Mail) – TI-Komponenten für B2B (VSDM, KIM, NFDM, ePA etc.)

UNTERNEHMEN	ANSCHRIFT	KURZPORTRÄT	LEISTUNGSÜBERSICHT
	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. Der Schutz digitaler Daten und Identitäten für eine durchgängige Digitalisierung in Deutschland. Seit 25 Jahren sorgen über 300 engagierte Governikus-Mitarbeitende für den Schutz personenbezogener Daten. Dabei sind sichere Identitäten, rechtssichere Kommunikation und der Schutz sensibler Daten zentrale Aspekte unserer Lösungen.	– Beweiswerterhaltung von Patient*innendaten sowie medizinischen Dokumenten (z.B. eRezepte) – Authentifizierung für die ePA mit der Online Ausweisfunktion (eID)
	InterSystems GmbH Robert-Bosch-Straße 16 a 64293 Darmstadt Tel.: +49-(0)6151-17 47-0 Fax: +49-(0)6151-17 47-11 E-Mail: info@InterSystems.de www.InterSystems.de	InterSystems , ein Anbieter kreativer Datentechnologien, liefert seit Gründung 1978 eine einheitliche Grundlage für Anwendungen der nächsten Generation für Kunden in mehr als 80 Ländern im Gesundheitswesen und anderen Branchen. Unser Ansatz basiert auf einer Cloud-first-Datenplattform, die leistungsstarkes Datenbankmanagement, intelligente Datenservices und Analysefunktionen integriert.	– Digitale Gesundheitslösungen, Gesundheitsnetze – Interoperabilitätsplattform, Clinical Data Repository – FHIR-fähiger Kommunikationsserver – Master Patient Index – Klinische Clouds, Analytics – KI-basierte administrative und klinische Anwendungen
	medatixx 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 ein führender Anbieter von Software und IT-Dienstleistungen für niedergelassene Humanmediziner. Mehr als 47 300 Ärzte und Psychotherapeuten setzen die Lösungen medatixx, psyx, x.comfort, x.concept, x.isynet, EL sowie die Ambulanz-/MVZ-Lösungen x.vianova und x.concept-Edition Ambulanz/MVZ 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
	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 14 500 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 zuhause – mediDOK eTerminal: Der clevere Self-Check-In für Patienten
	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 Ärzt:innen, 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 AG Einsteinring 30 85609 Aschheim Tel.: +49-(0)89-44 23 16-0 Fax: +49-(0)89-44 23 16-666 E-Mail: info@meierhofer.com www.meierhofer.com	Meierhofer ist ein führender Anbieter von Lösungen für die digitale Patientenversorgung in Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum. Seit über 35 Jahren unterstützt das inhabergeführte Unternehmen Gesundheitseinrichtungen bei der Steuerung und Digitalisierung medizinischer, pflegerischer und administrativer Prozesse. Das Unternehmen beschäftigt rund 400 Mitarbeitende an neun Standorten in DACH.	– Sektorübergreifende Kommunikation – Krankenhausinformationssystem plus Fachlösungen – Migrationskonzepte
	Mesalvo 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.	– KIS, KAS, RIS, LIS, AIMS, PDMS & ERP-System – MC³ Ambulatory Care, MC³ Curve/General Ward, MC³ Medication, MC³ Oncology – MC³ Psychiatry, MC³ Neonatology, MC³ Surgery, MC³ Emergency Care E.care ED

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

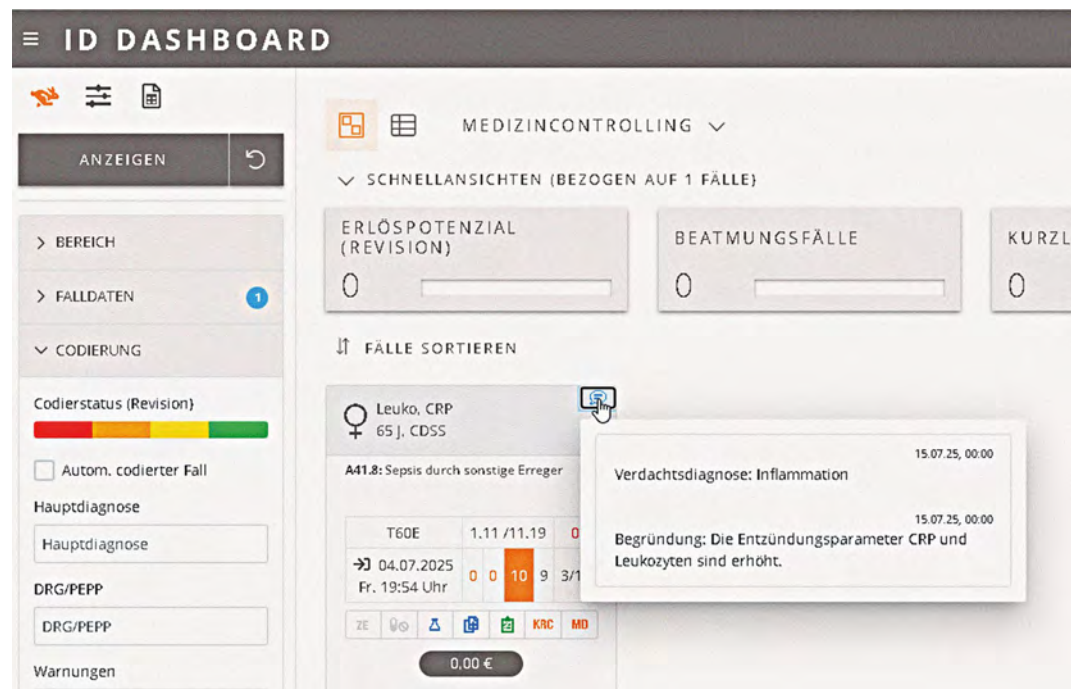
ID CLINICAL CONTEXT CODING – PRAXISTAUGLICHE ENTSCHEIDUNGSUNTERSTÜTZUNG DURCH KI UND REGELN

ID BERLIN Die Gesundheits-IT steht vor der Herausforderung, die Komplexität der medizinischen Dokumentation und Abrechnung zu bewältigen. Mit ID clinical context coding (ID CCC) steht ein innovatives Werkzeug zur Verfügung, das die fallbegleitende Kodierung revolutioniert. Durch die automatisierte Auswertung sämtlicher digitaler und digitalisierter Dokumente eines Patientenfalls – von Arztbriefen über OP-Berichte bis hin zu Pflegeverläufen und strukturierten Daten wie Laborwerte und Vitalparameter – unterstützt ID CCC das medizinische Fachpersonal in Krankenhäusern bei der präzisen und effizienten Codierung nach ICD-10, OPS, CHOP, ORPHA und weiteren relevanten Klassifikationen.

In einem Gesundheitssystem, das durch eine hohe Anzahl an Behandlungen gekennzeichnet ist, sind Präzision und Effizienz von entscheidender Bedeutung. Eine IT-basierte Entscheidungsunterstützung, wie ein Clinical Decision Support System (CDSS), kann hier bereits in der Primärversorgung einen wesentlichen Beitrag leisten. Hier setzt ID CCC an. Durch den Einsatz von Machine Learning, das sowohl strukturierte als auch unstrukturierte Daten berücksichtigt, wie auch durch die Integration nutzerindividueller Regeln, ist das System in der Lage, prädiktiv Ereignisse zu erkennen und somit proaktive Maßnahmen zu ermöglichen.

Ein wesentlicher Vorteil von ID CCC besteht darin, dass die Kombination von klinischer Entscheidungsunterstützung und ökonomischen Faktoren eben nicht zu qualitativen Einbußen für den Patienten führen muss. Im Gegenteil: Durch die Analyse und Kontextualisierung patientenbezogener Daten (demografische Faktoren, Diagnosen, Behandlungen, Laborwerte, Medikamente), die über eine standardisierte FHIR-Schnittstelle abgerufen werden, kann das System wertvolle Informationen für die Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung liefern.

ID CCC wird stetig anhand der Daten des jeweiligen Krankenhauses optimiert und verbessert somit seine



Ergebnisse fortlaufend. In Kombination mit individuellen datengetriebenen Regeln (z.B. bedingt durch pathologische Laborwerte oder konkrete Belege in der Dokumentation) wird eine hohe Treffsicherheit bei der Erkennung medizinischer Zusammenhänge erzielt und es können automatisiert Hinweise auf mögliche Maßnahmen abgeleitet werden.

Die Art der Therapie hat einen erheblichen Einfluss auf den Behandlungserfolg, die Dauer und die Kosten. ID CCC visualisiert all diese Faktoren

und unterstützt somit Ärzte und Pflegepersonal im klinischen Alltag bei ihren Entscheidungen.

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

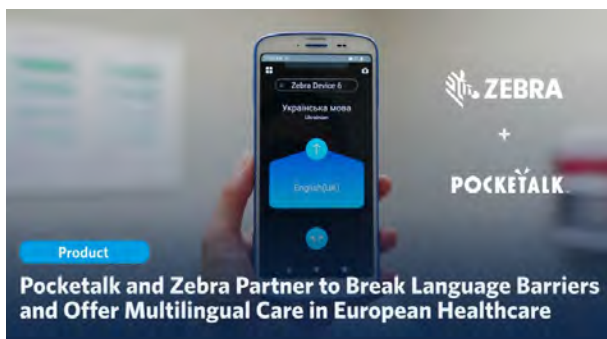


ID GmbH & Co. KGaA

Platz vor dem Neuen Tor 2, 10115 Berlin
www.id-berlin.de

POCKETALK GIBT PARTNERSCHAFT MIT ZEBRA ZUR ÜBERWINDUNG VON SPRACHBARRIEREN BEKANNT

POCKETALK Seit September 2025 ist die Enterprise App von Pocketalk, ein führender Anbieter von Übersetzungslösungen, auf den sicheren Geräten von Zebra Technologies verfügbar. Die Zusammenarbeit markiert einen bedeutenden Fortschritt in der mehrsprachigen Kommunikation im Gesundheitswesen, denn sie vereint sichere, präzise Echtzeitübersetzung für die Patientenversorgung und Telemedizin in einem Ökosystem.



Zebra ist ein weltweit führender Anbieter von Lösungen zur Digitalisierung und Automatisierung von Arbeitsabläufen. Das Unternehmen wird von medizinischen Einrichtungen weltweit für seine sichere Enterprise-Plattform geschätzt. Durch die Partnerschaft mit Pocketalk, einer marktführenden Übersetzungsplattform, erhalten medizinische Fachkräfte eine nahtlose und sichere Lösung für Kommunikation in Echtzeit, die in Krankenhäusern, Kliniken und im Gemeindebereich eingesetzt werden kann.



„Wir freuen uns sehr über die enge Zusammenarbeit mit Zebra“, so **Christoph Janeba**, General Manager

Germany bei Pocketalk. „Das gemeinsame Angebot an hochwertigen und unkomplizierten Übersetzungslösungen baut sprachliche Brücken für verschiedensprachige Gesprächspartnerinnen und -partner. So werden Sprachbarrieren überwunden, und die Effizienz in Organisationen und Institutionen wird gesteigert. Hierdurch werden Kosteneinsparungen ermöglicht und die Arbeitssicherheit maximiert. Dank der Grundlage für intelligente Betriebsabläufe, die Zebra bietet, und unserer sicheren und smarten Übersetzungstechnologie werden Menschen zusammengebracht und Mitarbeitende in Unternehmen bestmöglich unterstützt.“

EINE IDEALE ÜBERSETZUNGSLÖSUNG FÜR DEN EINSATZ IM GESUNDHEITSWESEN

Eine von Pocketalk durchgeführte Untersuchung unter Gesundheitsfachkräften in UK zur Auswirkung von Sprachbarrieren im Gesundheitssektor zeigt: Mehr als ein Drittel der Befragten hat Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit aufgrund von Sprachunterschieden. Jeder Zehnte gab an, täglich mit Sprachbarrieren konfrontiert zu sein – der daraus entstehende Zeitaufwand summiert sich auf mehr als einen halben Arbeitstag pro Monat. Die Zusammenarbeit von Zebra und Pocketalk beugt diesem Mehraufwand vor.

Durch die strategische Partnerschaft können Nutzerinnen und Nutzer

von Zebra-Mobilgeräten Gespräche und Dokumente sofort per Kamera-Funktion in über 92 Sprachen übersetzen.

WICHTIGE VORTEILE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUF EINEN BLICK

Pocketalk wird bereits in zahlreichen europäischen Krankenhäusern und Primärversorgungsnetzwerken eingesetzt und bietet dort zahlreiche Vorteile:

- Echtzeit-Übersetzungen während Visiten und Arztkonsultationen
- Unterstützung in der Gemeindepflege und bei Hausbesuchen
- Verbesserung von Patientenversorgung und Vertrauensbildung
- Steigerung der Effizienz von Behandlungen und Unterstützung des stark beanspruchten Pflege- und medizinischen Personals

Weitere Informationen finden Sie unter:

https://www.pocketalk.com/de_de/ oder Sie besuchen Pocketalk auf der MEDICA in Halle 12, Stand A14.

POCKETALK™

Pocketalk B.v

Keizersgracht 482, 1017EG Amsterdam, NL

Tel.: 0170 57 922 76

E-Mail: b2b-europe@pocketalk.com

www.pocketalk.com/de_de/

CLOSED LOOP MEDICATION MANAGEMENT FÜR HÖCHSTE PATIENTENSICHERHEIT

MESALVO Digital, mobil und sicher: Mit Mesalvo HealthCentre | Reach und der Medanets App wird der Medikationsprozess durchgängig digitalisiert.

Mit HealthCentre | Reach und der Medanets App wird der gesamte Medikationsprozess digital abgebildet – von der ärztlichen Verordnung bis zur Verabreichung am Patientenbett. Das Closed Loop Medication Management (CLMM) minimiert Risiken, erhöht die Arzneimitteltherapiesicherheit und gewährleistet maximale Transparenz. Scanning for Safety und die konsequente Anwendung der 6R-Regel unterstützen dabei eine sichere, nachvollziehbare Medikamentengabe.

Pflegekräfte dokumentieren direkt am Patientenbett per Smartphone oder Tablet. Die Synchronisation mit aktu-

ellen Patientendaten reduziert Medienbrüche, beschleunigt Abläufe und ermöglicht einen papierlosen Workflow. Durch die Integration der Medanets Mobile App werden Vitaldaten, Medikation und Wunddokumentation intelligent verknüpft – für effiziente und patientenzentrierte Prozesse.

Das integrierte Clinical Decision Support System (CDSS) mit über 30 Validatoren bietet fundierte Entscheidungsunterstützung, vermeidet Fehler und sorgt für eine lückenlose Betreuung vom Aufnahme- bis zum Entlassungsprozess.

HealthCentre MC³ Medication und MC³ Curve/General Ward schaffen

durchgängige Datentransparenz, entlasten das Pflegepersonal und verbessern nachhaltig die Versorgungsqualität – für mehr Sicherheit, Effizienz und Zeit am Patienten.



Mesalvo GmbH

Heinrich-von-Stephan-Straße 25
79100 Freiburg

Tel.: +49-(0)761-29 28 99-0

www.mesalvo.com

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

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

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

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

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

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

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

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



Auvaria Technology GmbH

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

Ihr Ansprechpartner:

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

TERMINE Kongresse und Messen

Health & Law Summit Forschung, Entwicklung & Recht: Datennutzung im Gesundheitsdatenraum 27. November 2025 Berlin	Auf dem zweiten Health & Law Summit 2025 werden unter dem Leitthema „Forschung, Entwicklung & Recht: Datennutzung im Gesundheitsdatenraum“ die praktischen und rechtlichen Auswirkungen der neuen Rechtsakte wie dem Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten sowie der Verordnung zur Schaffung eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (European Health Data Space, EHDS) auf die Datennutzung beleuchtet.	Restaurant Reinhard Bär www.srd-rechtsanwaelte.de
6. Digital Health Leadership Summit 2025 1. – 3. Dezember 2025 Basel	Der Gründerverband der ENTSCHEIDERFABRIK, die Association of Health Information Management Executives, lädt zum 6. Digital Health Leadership Summit 2025 im Universitätsspital Basel ein. Programm-Highlights sind u. a.: Wettbewerb um StartUp-/ Digitalisierungspreis 2025; Ergebnisse zu den 5 Digitalisierungsthemen des Entscheider-Zyklus – Inkubator-Durchlauf 2025; Auszeichnungen zum eHealth Inkubator 2025.	Universitätsspital Basel https://entscheiderfabrik.com/veranstaltung/2025-digital-health-leadership-summit
Partnerkongress der Gesundheitsforen – Die Zukunft gestalten 2. – 3. Dezember 2025 Leipzig	Auch in diesem Jahr wollen die Gesundheitsforen Leipzig ihre mehr als 80 namhaften Partnerunternehmen zusammenbringen. Gemeinsam mit ihnen wird auf das vergangene Jahr zurückgeblickt und über zukünftige Entwicklungen und Herausforderungen diskutiert.	Salles de Pologne Events & Konferenzen www.gesundheitsforen.net
BMC-Kongress 2026 27. – 28. Januar 2026 Berlin	Lösungen, Strategien, Partnerschaften. Mit diesem Anspruch setzt der BMC-Kongress den Startpunkt für das gesundheitspolitische Jahr 2026 und liefert Antrieb für die Transformation des Gesundheitswesens. Dabei werden Impulse aus dem In- und Ausland geboten, aber vor allem auf den intensiven Austausch zwischen Entscheidungsträger:innen, Expert:innen aus Wissenschaft und Versorgung sowie weiteren Partnern aus der Gesundheitsbranche fokussiert.	Langenbeck-Virchow-Haus www.bmckongress.de
DACH Healthcare Innovation Summit 28. Januar 2026 Berlin	Zentrale Themen des Kongresses sind die Optimierung von Gesundheitssystemen, Interoperabilität im europäischen, nationalen und regionalen Gesundheitswesen, Genomdaten, KI in der medizinischen Praxis, Digitalisierung und Cybersicherheit, digitale Transformation, therapeutische Innovation und Zugang sowie Regulierung und Kooperationen.	Meliá Berlin Hotel https://bamberghealth.com/event/dach-healthcare-innovation-summit-2026
18. DVMD-Fachtagung 23. – 24. Februar 2026 Leipzig	Unter dem Motto „Von der Masse zur Klasse: Anwendungsfälle für Smart Data in der Medizin“ bietet die DVMD-Fachtagung 2026 eine Plattform, um innovative Lösungen, spannende Forschungsergebnisse und Best-Practice-Beispiele zu präsentieren.	Penta Hotel Leipzig www.dvmd.de

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

FINDEX

NAMEN

Alscher, Mark Dominik	36
Bader, Maro	65
Bangert Semb, Rita	37
Benning, Nils	54
Berger, Carmen	10
Brandenstein, Dagmar	10, 56
Braune, Katarina	10
Broich, Karl	9
Bursig, Hans-Peter	65
Calmer, Bernhard	24
Codjo, Bérengère	6
Crimi, Claudia	10
Eckhardt, Thordis	66
Engelke, Merlin	12
Esdar, Moritz	8
Feiertag, Katharina	68
Gaß, Gerald	61
Genuneit, Jon	10
Gladkov, Natalie	60
Grey, Eric	54
Grothe, Philipp	10
Heß, Steffen	44
Janeba, Christoph	78
Kleske, Johannes	58
Klose, Christian	7
Levita, Bogdan	12
Lummer, Eckart	11
Lyell, David	12
MacDonald-Laurs, Emma	8
Meierhofer, Matthias	55
Möller, Torsten	64
Opitz, Oliver	35
Paleczek, Anna	12
Pardey, Kai	22
Pfitzer, Constanze	10
Redders, Luise	24
Schroeder, Guido	10
Selig, Peter	65
Soesanto, Daniel	10, 56
Steutel, Han	9
Stoff-Ahnis, Stefanie	9
Talbot, Morgan	12
Thun, Sylvia	50, 65
Wendling, Melanie	56
Weyhe, Dirk	10
Yuan, Xiaohan	12

FIRMEN & ORGANISATIONEN

AOK Nordost	7
Auvaria	79
Averbis	35
BARMER	6, 11
Berlin Institute of Health	50
BfArM	9, 44
Bosch Digital Innovation	35
BSI	32
bviti	10, 24
BVMed	60
Charité Berlin	12
CompuGroup Medical	10
Dedalus	12
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	8, 61
DGBMT	50, 62
DGfT	64
DGTeled	61
Elsevier	29
E-Rezept-Enthusiasten	7
Europäische Gesellschaft für Lungenmedizin (ERS)	10
FINSOZ	66
Forschungsdatenzentrum Gesundheit	9, 44
GKV-Spitzenverband	9
Goethe-Universität Frankfurt	10
Hasso-Plattner-Institut (HPI)	10, 31
Hausarzt-Zentrum Wiesloch	37
Heraeus Medevio	10
ID Berlin	73
KH-IT	68
Klinikum Rheine	35
Kompetenznetz Angeborene Herzfehler	10
KV Niedersachsen	11
medatixx	54
Mesalvo	79
myneva	24
Pius-Hospital Oldenburg	10
Pocketalk	78
Quickticket	68
Robert Bosch Krankenhaus	35
SPECTARIS	63
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH)	20
Universitätsmedizin Frankfurt	29
Zebra Technologies	78
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)	11
Zentrum für Telemedizin, Bad Kissingen	7
ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin	61
ZVEI	65

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 – bviti 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:

Bernhard Calmer, Andreas Diensthuber, Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Claudia Dirks, Thordis Eckhardt, Volker Ernst, Dr. Manuel Iserloh, Prof. Dr. Claudia Kemper, Dr. Torsten Möller, Patrick Oestinger, Dr. med. Christoph Polkowski, Luise Redders, Laura Zwack

BVITG MONITOR (S. 54-59):

v. i. S. d. P.: Melanie Wendling
Bundesverband Gesundheits-IT e.V.
Markgrafenstraße 56
10117 Berlin
Tel.: +49-(0)30-2062258-20
Fax: +49-(0)30-2062258-69
E-Mail: info@bviti.de
www.bviti.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 57,60 Euro/CHF 95 plus 6,- Euro Porto (Deutschland) bzw. 11,- 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. 1/2025

DRUCK:

Buch- und Offsetdruckerei
H. Heenemann GmbH & Co. KG
Bessemersstraße 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

COMMUNITY HEALTH NURSING: DEUTSCHLAND MUSS ENDLICH HANDELN

Deutschland steht im Gesundheitswesen vor massiven Herausforderungen: der Ärztemangel, besonders in ländlichen Regionen, die steigende Zahl chronisch Erkrankter, eine alternde Bevölkerung und ein überlastetes System, das mehr auf „Reparatur“ als auf Prävention setzt. Ein Teil der Lösung liegt seit Jahren auf dem Tisch, wird jedoch kaum genutzt: Community Health Nursing (CHN).

Community Health Nurses sind akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die präventiv, beratend und versorgend in Gemeinden arbeiten. Ihr Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und vor allem dort, wo Versorgungslücken bestehen, direkte Ansprechpartner zu sein. Sie beraten, erkennen frühzeitig Risiken, koordinieren Leistungen und übernehmen fallbezogenes Case Management. Ihr Arbeitsplatz ist nicht nur das Krankenhaus, sondern die Lebenswelt der Menschen: Hausbesuche, Gesundheitszentren, Schulen oder kommunale Präventionsprogramme. Damit stärken sie die Primärversorgung direkt vor Ort.

Das Potenzial ist enorm, denn CHNs verhindern vermeidbare Krankenhausaufenthalte, unterstützen chronisch Kranke im Alltag, verbessern die Gesundheitskompetenz und sorgen für niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe gerade für besonders vulnerable Gruppen. Sie entlasten Ärztinnen und Ärzte, indem sie Aufgaben übernehmen, die nicht zwingend ärztliche Kompetenz erfordern, und arbeiten als Bindeglied in multiprofessionellen Teams. In Zeiten akuten Ärztemangels, besonders im ländlichen Raum, sind sie in vielfältiger Weise ein entscheidender Faktor, denn CHNs besuchen immobile Patient:innen, übernehmen Medikamentenmanagement, leisten Gesundheitsberatung und Prävention. Sie sichern also Versorgung, wo sonst niemand mehr hinkommt.

Während in vielen Ländern Community Health Nursing längst etabliert ist, steckt Deutschland noch immer in den Startlöchern. Rechtliche Grundlagen fehlen, Zuständigkeiten sind unklar, Modellprojekte laufen, doch der Schritt in die Regelversorgung bleibt aus. Damit verschenken wir nicht nur die Chance auf Entlastung, sondern auch auf eine patientenzentrierte,

zukunftsfähige Gesundheitsversorgung, die Versorgungsverantwortung auf mehr Schultern verteilt.

Was es jetzt braucht:

- Rechtliche Verankerung: CHNs brauchen ein klar definiertes Berufsbild mit festgeschriebenen Aufgaben, Kompetenzen und heilkundlichen Befugnissen im abgesteckten Rahmen.
- Ausbau der Studiengänge: Akademische Ausbildung muss langfristig gesichert sein – praxisnah und bestenfalls einheitlich.

» Während in vielen Ländern Community Health Nursing längst etabliert ist, steckt Deutschland noch immer in den Startlöchern. «

- Gesicherte Finanzierung: CHN-Leistungen gehören in die Regelversorgung und müssen von Krankenkassen vergütet werden. Modellprojekte dürfen nicht im Pilotstatus verharren.
- Integration ins System: CHNs müssen in Primärversorgungszentren, Gemeindezentren und multiprofessionellen Teams mitarbeiten, unterstützt durch digitale Lösungen und Telemedizin.
- Mehr Sichtbarkeit: Öffentlichkeitsarbeit und Forschung sind entscheidend, um Akzeptanz und Vertrauen zu schaffen – bei der Bevölkerung ebenso wie bei anderen Professionen.

Deutschland hat weder Zeit noch Ressourcen, weiter zu zögern. Die Grundlagen sind da, das Potenzial ist belegt, und die Notwendigkeit ist dringlicher denn je. Community Health Nursing ist kein Experiment, sondern ein erprobtes Konzept, das international funktioniert. Jetzt muss es auch hierzulande konsequent umgesetzt werden – als fester Bestandteil einer modernen, wohnortnahen und patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. ■



■ PROF. DR. CLAUDIA KEMPER

ist Dekanin des Fachbereichs Pflege, Soziales & Therapie

APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen

Kontakt: claudia.kemper@apollon-hochschule.de



HOSPITAL OF THE
FUTURE
by *DGTelemed*

Krankenhäuser im digitalen Wandel

17.-20. November 2025
Halle 10, Stand C16

**Partnerausstellung
des Deutschen
Krankenhaustages**

PROGRAMM-HIGHLIGHTS UND THEMENSPECIALS

Dienstag, 18.11.2025

Pressegespräch zur Vorstellung des DGTelemed-Positionspapiers
„Bedarfsorientierte Krankenhausversorgung mit Telemedizin“

... in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
und der Sektion eCardiology

... in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie
und Intensivmedizin (DGAI)

THEMENSPECIALS...

Mittwoch, 19.11.2025

... in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung
und -medizin und dem Industrieverband Spectaris



An alle, die wissen, dass für jeden
Klick auf eine Checkbox irgendwo ein

Einhorn

leise weint.

Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens funktioniert nur gemeinsam, intersektoral und im Dialog. Treffen Sie auf der DMEA 2026 alle Akteure aus Politik, Gesundheitswirtschaft, Selbstverwaltung und Versorgung für drei Tage Austausch, Netzwerken und aktive Gestaltung. Wir sehen uns in Berlin.



**Jetzt schon
Ticket sichern!**

Organisation durch



Veranstaltung von

