

# Krankenhaus-IT

Fakten und Perspektiven der IT im Gesundheitswesen

JOURNAL

Mit Beileger von  
ID GmbH & Co. KGaA

## KHZG: *Was zählt?*

Investitionsprojekte – heute und  
morgen gut und richtig

# Ohne eine klare Vision bleibt die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiterhin nur Stückwerk



Autor: Jürgen Flemming, Pressereferent im Vorstand des KH-IT

**Das Corona-Virus hat in Deutschland der Digitalisierung erheblichen Auftrieb gegeben. Videokonferenzen lösten Dienstreisen ab. Schulen, Hochschulen und Universitäten mussten auf Fernunterricht umstellen. Ämter bauten ihre digitalen Leistungsangebote aus. Ärzte durften zumindest zeitweise ihre Patienten nach telefonischer Beratung krank schreiben.**

Und die Gesundheitsämter schicken immer noch Meldungen per Fax. In Anbetracht der verlängerten Weihnachtsferien brach in einigen Familie die helle Panik aus – so mancher Fernunterricht verdient die Bezeichnung „Unterricht“ nicht. Und die Kinder müssen über Wochen zu Hause betreut werden.

## Finanzierungsrückstand und Nachholbedarf

Die Bundesregierung startet eine hervorragende Idee – den Krankenhäusern 3 Milliarden Euro für die Digitalisierung zur Verfügung zu stellen. Und erlässt eine Förderrichtlinie, die ein Zielbild der digitalisierten Krankenhauslandschaft ohne Bezug zur Realität vermittelt. Der Finanzierungsrückstand zum Nachholbedarf der Digitalisierung der Krankenhäuser beträgt nach einer Erhebung aus 2018 vom KH-IT e.V. mindestens 11 Milliarden Euro.

Diese Fakten vermitteln zusammen mit anderen dissonanten Entwicklungen den Gesamteindruck, dass die Digitalisierung der deutschen Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten sauber verschlafen wurde. Und den Eindruck, dass nun versucht werden soll, die aktuell kritischsten Versäumnisse auszugleichen, um gleichzeitig bei den Krankenhäusern wieder einmal Bedingungen zu schaffen, die das eine oder andere Haus in den Ruin treiben werden.

Der politische Wille, Krankenhäuser zu schließen ist seit mindestens 20 Jahren vorhanden. Bislang wurde aber kein gesellschaftlich akzeptables Konzept dafür diskutiert. Die Auswirkungen der Pandemie haben im Bewusstsein der Bevölkerung dafür gesorgt, dass diese Zielsetzung wieder viel kritischer hinterfragt wird.

## Wohin wollen wir mit der Digitalisierung im Krankenhaus?

Die Bestrebungen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen, vor allem in den Krankenhäusern, voran zu treiben sind sicher sinnvoll. Aber Digitalisierung ist stärker patientenzentriert zu fordern, so dass Daten der Wearables Eingang in die klinische Dokumentation finden. Digitalisierung ist auch weit mehr als die Vernetzung der Sektoren über Systeme, die Daten austauschen können.

Wo wollen wir denn hin mit der Digitalisierung im Krankenhaus? Was wollen wir mit der Digitalisierung der Gesellschaft erreichen? Welchen Sinn macht die Auswahl eines Reifegradmodells für die Digitalisierung der Krankenhäuser, solange das Zielbild dieser Digitalisierung noch unklar ist?

Erst wenn eine Vision, ein Zielbild, existiert können wir IT-Experten eine passende Strategie dazu ausarbeiten und bei Vorhandensein von Finanzmitteln und personellen Ressourcen dann auch umsetzen. Natürlich werden je nach Shareholder im Gesundheitssystem unterschiedliche Schwerpunkte priorisiert. Trotzdem sollten wir es schaffen, eine gemeinsame Vision zu entwerfen, der wir folgen können. Nicht gerade der Leitstern, aber doch so etwas wie ein Leuchtturm, das den Weg weisen soll.

## Akteure mit einem gemeinsamen Zielbild

Das Zielbild für die stationäre Versorgung in Deutschland sollte unter Beteiligung der Führungsebene der Krankenhäuser, der ärztlichen und pflegerischen Leitung, der IT-Organisationen, aber auch unter Beteiligung der politisch Verantwortlichen und der Kostenträger erarbeitet werden. Dabei muss auch geklärt werden, was am Ende des Tages durch die Digitalisierung für die Nutzer des Systems besser werden soll, also für Patienten, Ärzte, Pflege, Therapeuten, Dienstleister, etc.

Wenn diese Akteure gemeinsam dazu ein Zielbild entwickelt haben, können ebenso gemeinsam und auf seriöser Grundlage die nächsten Schritte priorisiert werden. Und nur dann schaffen wir es auch, mit den begrenzten Mitteln – Geld und personelle Ressourcen – wirkliche Verbesserungen zu erreichen.

# Zweites Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme (IT-Sicherheitsgesetz 2.0)

Das Gesetz sieht Regelungen zum Schutz der Bundesverwaltung, der Kritischen Infrastrukturen und weiterer Unternehmen im besonderen öffentlichen Interesse sowie zum Verbraucherschutz vor.

## Kernpunkte des Gesetzesvorhabens

### Stärkung des BSI

Das BSI wird befugt, Kontroll- und Prüfbefugnisse gegenüber der Bundesverwaltung auszuüben. Bei wesentlichen Digitalisierungsvorhaben des Bundes soll das BSI frühzeitig beteiligt werden. Zudem wird die mögliche Dauer zur Speicherung von Protokolldaten zum Zwecke der Abwehr von Gefahren für die Kommunikationstechnik des Bundes auf 12 Monate verlängert. Protokollierungsdaten werden neu in das BSI-Gesetz aufgenommen und das BSI wird befugt, diese Daten zur Abwehr von Gefahren für die Kommunikationstechnik des Bundes zu verarbeiten.

Das BSI wird befugt, Sicherheitslücken an den Schnittstellen bestimmter informationstechnischer Systeme zu öffentlichen Telekommunikations-Netzen zu detektieren (Portscans) sowie Systeme und Verfahren zur Analyse von Schadprogrammen und Angriffsmethoden einzusetzen (Honeypots). Das BSI kann zudem Maßnahmen gegenüber Telekommunikations- und Telemedienunternehmen bei bestimmten Gefahren für die Informationssicherheit anordnen.

### Auswirkung auf die Krankenhäuser:

Der Aufbau entsprechender Monitoring-, Detektions-, Analyse-, Alarmierungs- und Reaktionsprozesse wird dringlich notwendig, da im Gesundheitswesen die Patientendaten den höchsten Schutzbedarf haben. Es werden dafür entsprechende Ressourcen (Zeit, Personal, Wissen, Technik etc.) benötigt. Aus Sicht des Verbandes lässt sich das nur sinnvoll durch Providerservice-Modelle lösen. Die kritischen Netze z.B. Haustechniknetze oder Medizintechniknetze sollten selbstständig und mit Vorkündigung getestet werden. Den Behörden sollte wegen der Patientensicherheit der Zugang verwehrt, jedoch das Ergebnis in geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden.

### Stärkung des Verbraucherschutzes

Der Verbraucherschutz wird in den Aufgabenkatalog des BSI aufgenommen. Die Grundlage für ein einheitliches IT-Sicherheitskennzeichen wird eingeführt, das die IT-Sicherheitsfunktionen insbesondere von Produkten im Verbrauchersegment erstmals für Bürgerinnen und Bürger sichtbar und nachvollziehbar macht. Zum Schutz von Betroffenen und zum Zweck ihrer Benachrichtigung wird das BSI befugt, bei Anbietern von Telekommunikationsdiensten Bestandsdatenauskünfte zu verlangen. Die Befugnis des BSI zur Untersuchung von IT-Produkten wird neu gefasst. Hersteller werden bei Untersuchungen von informationstechnischen Produkten und Systemen zur notwendigen Auskunft über ihre Produkte verpflichtet.

### Auswirkung auf die Krankenhäuser:

Im Kern werden IT-Systeme und IT-Software beim Thema Informationssicherheit besser. Das BSI wird bei der Normung, Regulierung und Prüfung mehr mitwirken. Dadurch werden die informationstechnischen Umsetzungen weniger am Anwendernutzen ausgelegt und sicherlich an Ergonomie verlieren. Die Herausforderung liegt hierbei darin, den Anwendern die Regelungen zu erklären, begreiflich und nachvollziehbar zu machen, damit die Anwender am Ende das Bewusstsein für Informationssicherheit erhalten. Die Einführung von Identity Access Management (IAM)-Systemen könnte das Bewusstsein und den Mehrwert von Informationssicherheit erhöhen. Die Anwender können sich in verschiedenen Anwendungen einfach anmelden, wobei das System die Passwörter automatisch wechselt. Ebenso lassen sich schützenswerte Dienste durch einen zweiten Faktor (z.B. App auf dem Smartphone, RFID-Chip) schützen.

### Stärkung der unternehmerischen Vorsorgepflichten

Betreiber Kritischer Infrastrukturen werden verpflichtet, Systeme zur Angriffserkennung einzusetzen. Über eine Änderung im Gesetz über die Elektrizitäts- und Gasversorgung gilt diese Pflicht auch für Betreiber von Energieversorgungsnetzen und Energieanlagen.

Die bereits für Betreiber Kritischer Infrastrukturen geltenden Meldepflichten gelten künftig auch für Unternehmen, die von besonderem öffentlichen Interesse sind wie Unternehmen der Rüstungsindustrie und Verschlussachen-IT, Unternehmen, die wegen ihrer hohen Wertschöpfung eine besondere volkswirtschaftliche Bedeutung haben sowie Unternehmen, die der Regulierung durch die Störfallverordnung unterliegen.

#### Auswirkung auf die Krankenhäuser:

Das Gesundheitswesen ist sicherlich von besonderem Interesse. Daher wird das Meldewesen entsprechende Ressourcen (Zeit, Personal, Wissen, Technik etc.) benötigen. Aus Sicht des Verbandes benötigt ein gutes Meldewesen als Grundlage gutes Servicemanagement, z.B. nach ITIL oder ISO 270XX, welches alle Informationen sammelt und nach entsprechenden Regeln notwendige Entscheidungen ableitet oder empfiehlt.

### Stärkung der staatlichen Schutzfunktion

Das Gesetz enthält eine Regelung zur Untersagung des Einsatzes kritischer Komponenten, für die eine Zertifizierungspflicht besteht. Zudem werden die Bußgeldvorschriften neu gefasst. Im Telekommunikationsgesetz wird erstmals eine Zertifizierungspflicht für kritische Komponenten in Telekommunikationsnetzen eingefügt.

Die Änderung der Außenwirtschaftsverordnung trägt der Einführung der kritischen Komponenten im BSI-Gesetz Rechnung.

#### Auswirkung auf die Krankenhäuser.

Das Bußgeld orientiert sich in Zukunft an europäischen Rahmenbedingungen. Damit ändert sich das Strafmaß von heute 100 T€ auf mehrere Millionen €, wie bei der DSGVO.

Weiterhin kann das BSI bestimmen, dass der Einsatz bestimmter Hersteller als kritisch gesehen wird. In diesen Fall muss die Auswirkung auf die kritische Dienstleistung der medizinischen Versorgung betrachtet werden. Sicherlich empfiehlt sich in solchen Fällen ein Wechsel des Herstellers, was im Falle eines KIS erhebliche Ressourcen benötigen dürfte.

Quelle: [www.bmi.bund.de/SharedDocs/gesetzgebungsverfahren/DE/entwurf-zweites-it-sicherheitsgesetz.html](http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/gesetzgebungsverfahren/DE/entwurf-zweites-it-sicherheitsgesetz.html)

[www.kh.it.de](http://www.kh.it.de)

Autoren: Vorstände des Bundesverbandes der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V.:



Horst-Dieter Beha, Vorsitzender



Reimar Engelhardt,  
Stellvertretender Vorsitzender



Lars Forchheim, Beisitzer



Helmut Schlegel,  
Kooperationsbeauftragter

## 2. Clubabend des KH-IT-Leiterverbands wieder ein voller Erfolg!

**Der KH-IT-Leiterverband hatte im Dezember 2020 erstmals ein gemütliches Zusammentreffen in einer Web-Session, als Clubabend bezeichnet, veranstaltet. Bereits bei diesem ersten Termin, der kaum beworben wurde, kamen immerhin knapp 20 Teilnehmer zusammen. Die Themen dieses Abends reichten vom Jahresabschluss über Corona zum derzeit alles beherrschenden Thema der Krankenhaus-IT: dem Krankenhaus-Zukunfts-Gesetz.**

Nun, am 13. Januar 2021, zum 2. Clubabend luden Reimar Engelhardt und Andreas Lockau im Namen des Vorstands erneut in lockerer Runde ein. Und es kamen deutlich über 20 Teilnehmer zusammen, um engagiert die Herausforderungen aus dem KHZG zu diskutieren.

Lars Forchheim leitete die Runde mit einem launigen Impuls ein, auf dieser Grundlage sich eine muntere Diskussion über die jeweiligen Erfahrungen in der Vorbereitung auf das KHZG entspannte. Tipps zum Verständnis der Förderrichtlinie, zur Herangehensweise des Hauses, aber auch der Blick über den zeitlichen Tellerrand – so der Hinweis auf die Messung des digitalen Reifegrades in 2021 und 2023. Eine Überraschung für so manches Haus.

Die Rückmeldung der Teilnehmer war sehr positiv, das Format der Veranstaltung wird sicher weitergeführt. Gerade der Abendtermin, nach dem üblichen Stress des Tages in einer angenehmen Umgebung, mit Vesper, Abendessen, auch einem anregenden Getränk kommt gut an bei den Teilnehmern.

Angedacht ist nun ein monatlicher Turnus, als Thema für den Februar hat Lars Forchheim schon eine Herausforderung des KHZG angekündigt: mit welchen IT-Sicherheitsmaßnahmen bekomme ich die 15% der Fördersumme zusammen?



# Stellungnahme des Bundesverbandes der Krankenhaus-IT-Leiterinnen und -Leiter KH-IT e.V. zur finalen Fassung der Förderrichtlinie zum KHZG

**Für die kurze Zeit zwischen Kommentierung und Veröffentlichung der finalen Fassung der Förderrichtlinie wurden erfreulich viele Änderungswünsche aufgenommen und berücksichtigt.**

Der tiefere Blick in die Förderrichtlinie zeigt aber leider nach wie vor, dass zahlreiche der MUSS-Anforderungen aus der Förderrichtlinie für eine beträchtliche Anzahl an Krankenhäuser schlichtweg nicht erfüllbar sind, bzw. derzeit keine technische Lösung zur Verfügung steht.

Nach wie vor gilt - die geforderte vernetzte schöne digitale Welt existiert bei uns in der jetzigen Zeit im Krankenhaus leider nur sehr selten.

Und ausgerechnet die KRITIS-Häuser sind bei Maßnahmen zur IT-Sicherheit nach wie vor von der Förderung im Rahmen des KHZG ausgeschlossen.

Die deutschen Krankenhäuser leiden seit Jahren unter Unterfinanzierung, worauf wir bereits im Kommentar zum Entwurf hingewiesen haben. Die umfangreiche Expertenbefragung unseres Bundesverbands aus dem Jahr 2018 hat aufgezeigt, dass den IT-Abteilungen in den damals kommenden fünf Jahren (2019 – 2023) mindestens 11,6 Mrd. € fehlen, empfehlen wir den Verantwortlichen immer noch zur Lektüre.

Auch wenn viele Formulierungen angepasst und klarer gestaltet wurden, bleibt der Eindruck bestehen, dass nach wie vor nur bereits stark digitalisierte Häuser gefördert werden sollen.

In der finalen Fassung wird deutlicher als bisher, dass während der Projektlaufzeit für einen Zeitraum von längstens drei Jahren auch Betriebskosten finanziert werden können. Auch Lizenzen, die nur gemietet werden können, sind darüber im Projektzeitraum finanzierbar, ebenso

etwaige höhere Personalkosten und Aufwände für externe Beratung.

Nach dem Förderzeitraum hat dann die Digitalisierung das Krankenhaus so stark in seiner Effizienz verbessert, dass die deutlich höheren Betriebskosten locker getragen werden können? Das wird wohl kaum Realität werden. Natürlich bedeutet die stärkere IT-Unterstützung der Prozesse im Krankenhaus auch höhere Effizienz – aber das Einsparpotenzial besteht meist zunächst in der Reduktion des Personals, was oft nicht machbar ist. Im Ergebnis führt die Digitalisierung dann meist zu gleichbleibenden Personalkosten bei gleichzeitig steigenden IT-Kosten.

Die Vision, die hinter dem KHZG und der Förderrichtlinie steckt ist absolut begrüßenswert. Allerdings fehlt jeder Ansatz, der es den sehr unterschiedlichen Häusern ermöglichen würde eine Strategie aus dem jetzigen wenig digitalen Zustand hin zu einer sinnvollen Digitalisierung zu entwickeln, dessen Zielsetzung vollem die Steigerung von Effektivität und Effizienz und dem Outcome der Krankenversorgung ist und nicht nur der Selbstzweck einer Digitalisierung.

Für die Anbieter von Lösungen für die Krankenhäuser ist das KHZG eine wunderbare Fördermaßnahme. Ob es das am Ende des Tages auch für die Krankenhäuser sein wird, muss sich noch zeigen.

## Der Förderrichtlinie fehlt der Bezug zur realen IT-Welt der Krankenhäuser

Der hohe Anspruch des KHZG den Einsatz von digitalen Lösungen im Gesundheitswesen, insbesondere in den Krankenhäusern durch ein Gesamtbudget von 4,3 Mrd. € spürbar und nachhaltig zu fördern, wird in Teilen durch die Förderrichtlinie konterkariert.

Wünschenswert ist, wenn in der Förderrichtlinie konkreter beschrieben worden wäre, nach welchen Kriterien die Entscheidung über die Anträge erfolgen soll. Dies wäre eine Chance gewesen, die im Gesetz recht widersprüchlich formulierten Meilensteine klar darzustellen.

In dem Zusammenhang ist auch der Zeitplan zur Vorbereitung fundierter Anträge sehr eng. Die notwendigen Meilensteine eigene Bedarfsanalyse, Marktanalyse für verfügbare Lösungen, Kostenschätzung bis hin zur eigentlichen Antragsformulierung können nur rudimentär durchlaufen werden. Hier wäre eine Klarstellung über die Auswahlkriterien zur Bewilligung von Anträgen wichtig gewesen.

Im Gesamtverfahren ist auch der zeitliche Aufwand für Ausschreibungs- und Vergabeverfahren (VOL) nicht berücksichtigt. Hier hätte es in der Ausgestaltung der Förderrichtlinie die Möglichkeit gegeben, einfache Vergabeverfahren zuzulassen.

Weiterhin sind einerseits die je Fördertatbestand beschriebenen MUSS-Kriterien in ihrer Zielrichtung und ihrem Zweck nachvollziehbar, andererseits engen die Vorgaben die freie Ausgestaltung im Sinne einer Krankenhaus-individuellen Umsetzung erheblich ein. Es ist nicht zielführend und nicht sachdienlich, wenn neben der Zielbeschreibung auch bereits der Weg sowie konkrete Werkzeuge vorgegeben sind.

Unabhängig davon stellt sich die Frage, ob die geforderten Funktionalitäten auch bereits am breiten Markt verfügbar sind. Es dürften noch einige Module in den genutzten Standardsoftwarelösungen fehlen. Ergänzende alternative Softwarelösungen sind meist nur schwer und mit Brüchen im Datenfluss einsetzbar und somit oft nicht praxistauglich.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass sich in den MUSS-Kriterien Anforderungen wiederfinden, die in der Theorie durchaus Sinn ergeben, die in kleinerem Umfang in Pilotprojekten oder auch als Prototyp umgesetzt wurden, die aber bisher in der Praxis keine oder noch keine Rolle spielen. Meist sind die Lösungsanbieter selbst noch nicht in der Lage, diese Funktionen als Teil ihrer Standard-SW zu liefern.

Weiterhin werden in den MUSS-Kriterien Funktionen gefordert, bei denen bereits heute klar ist, dass es hierfür Verfahren und Funktionen auf Basis der Telematikinfrastruktur geben wird.

Es ist zu befürchten, dass sich kleine und mittlere Häuser wenig bis gar nicht an der Beantragung der Fördermittel beteiligen wollen oder können, obwohl sie meist aufgrund der fehlenden Investitionsmittelbereitstellung in den letzten Jahren den größten Bedarf an Unterstützung in der Digitalisierung haben dürften.

In der Folge werden diese Häuser durch die bereits angekündigten Malus-Regelungen in weiter schwierige wirtschaftliche Fahrwasser geraten, ihnen wird die Insolvenz und ggf. Schließung drohen. Oder bedeutet KHZG nur Zukunft für die mittleren und großen Häuser?

Auch lässt sich vermuten, dass die Krankenhäuser offensichtlich Druck auf ihre jeweiligen Anbieter aufbauen sollen, damit diese ihre Produkte weiter entwickeln. Dies dürfte allerdings nur von mäßigem Erfolg sein, da der KIS-Markt und somit die Anbieter überschaubar sind. In der Konsequenz kann es bedeuten, dass jeweils bereits genutzte KIS in Frage zu stellen und sich mit einem Wechsel der Lösung zu beschäftigen, was aber zeitlich und auch finanziell den Rahmen des KHZG sprengt.

Die Rolle der zu beauftragenden IT-Dienstleister sehen wir kritisch. Ihnen wird im Rahmen der Nachweispflicht eine entscheidende Rolle eingeräumt. Damit steuern sie wesentlich mehr die Inhalte der Förderanträge als es dem Krankenhaus möglich ist. Aufgrund der

Schulung der Dienstleister ab Anfang 2021 verzögert sich die Antragstellung um einen weiteren Zeitraum.

## Kritisch-konstruktive Betrachtung

Auf einige Aspekte soll in der kritischen und konstruktiven Betrachtung nachfolgend näher eingegangen werden.

Der Großteil der MUSS-Kriterien für die geforderten Patientenportale könnte die Überschrift „Telematikinfrastruktur“ tragen. Warum sollen hier Redundanzen aufgebaut werden? Das ist nicht nur organisatorisch und technisch widersinnig, sondern auch wirtschaftlich nicht sinnvoll. Dazu zählen beispielsweise das Hochladen sowie die Bereitstellung von Dokumenten vom / für den Patienten. Dies wird die TI-ePA künftig abbilden. Deshalb sollte hier eher auf deren Integration in die Portale verwiesen werden.

Weiterhin werden digitale Aufklärungsbögen und -filme gefordert. Hier sollte bekannt sein, dass die Abrechnungsmodelle überwiegend nach einem on-demand-Bezahlverfahren laufen, also pro Bogen und Film zu zahlen ist. Diese Kosten sind nach der Projektzeit nicht mehr über die Fördermittel refinanziert, können sich aber bei einem Haus mittlerer Größe auf einen jährlichen 6-stelligen Betrag summieren. Dieser Grund könnte ebenfalls dazu führen, dass für Portale nur wenige Anträge gestellt werden.

## Fragen zu Validität und Relevanz der Nutzung im medizinischen Prozess

Ein weiterer Punkt. Warum soll zwingend in der Pflegedokumentation mittels Spracherkennung gearbeitet werden?

Das Ziel einer unmittelbaren und ortsunabhängigen Dokumentation kann auch über innovative, app-basierte Lösungen auf Tablets oder Smartphones realisiert werden.

Die Spracherkennung wird eher weitere Konsequenzen nach sich ziehen.

Zum einen sind die in der Regel hohen Lizenzkosten für die entsprechenden Module zu nennen, da sich eine internet-basierte Erkennung via Internetdiensten von Apple, Google, Amazon usw. aus Datenschutzgründen verbieten sollte. Bei der Nutzung von Spracherkennung, vor allem wenn im Mehrbett-

zimmer oder auf dem Flur die Dokumentation erstellt wird, ist der Datenschutz sehr kritisch zu sehen.

Mehrfach wird in den Fördertatbeständen auf die Übernahme und sogar die Bereitstellung von Daten der Smart-Devices und Wearables der Patienten verwiesen.

Dies ist kritisch zu sehen. Hier ist generell die Validität und somit die Relevanz hinsichtlich der Nutzung im weiteren medizinischen Prozess in Frage zu stellen. Nur MDR-/MPG-zertifizierte Lösungen mit standardisierten Schnittstellen dürften hier die nötige Sicherheit für den Arzt geben, sich auf diese Daten verlassen zu können.

Damit einher geht auch ein gravierendes IT-Sicherheitsproblem, das sich nur schwerlich lösen lässt: Fremde Geräte müssen an die Infrastruktur des Krankenhauses angeschlossen werden. Das birgt, auch weil kein Zugriff auf die Geräte selbst möglich ist, erhebliche Gefahren und Risiken bzgl. Schadsoftwarebefall der Krankenhaus-IT. Hier wird der Weg über die TI und die ePA der sichere Weg sein, wenn auch der medizinische Nutzen in Frage zu stellen ist.

Zusammengefasst sind die Förder Richtlinien nur bedingt dazu geeignet, den Krankenhäusern den notwendigen Gestaltungsraum zu geben, den es braucht, um sinnhaft Prozesse zu digitalisieren und die medizinische Versorgung spürbar qualitativ voranzubringen.



**Autoren: Vorstände des Bundesverbandes der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V.: Reimar Engelhardt, Stellvertretender Vorsitzender; Jürgen Flemming, Pressereferent, Helmut Schlegel, Kooperationsbeauftragter**

## Verbandstermine 2021

**05.05.2021–06.05.2021** Frühjahrstagung – Projektmanagement im Krankenhaus, als Präsenztagung im Bodensee Forum Konstanz oder als Online-Tagung im Internet

**05.03.2021 und 12.03.2021:** Webinar zum Thema MDR, exklusiv für Mitglieder des KH-IT

Health-IT-Talk in Berlin-Brandenburg

**15.03.2021** Aktueller Stand und Ausblick zu den Medizinischen Informationsobjekten (MIOs)

**12.04.2021:** MedInfo Update + Datenplattform Covid

Health-IT in Baden-Württemberg (nach Ankündigung Region Stuttgart)

Regionalveranstaltungen in Bayern (nach Ankündigung, München)

Regionalveranstaltungen in Sachsen/Sachsen-Anhalt (in Planung)

Weitere Regionalveranstaltungen in Vorbereitung

Health-IT-Talk Rhein-Main jetzt im Web: Wegen der Corona-Pandemie erfolgen die Treffen derzeit an jedem dritten Dienstag im Monat, jeweils um 20:00 Uhr, als Web-Meeting.

Alle bekannten Termine und Inhalte auf der Website des KH-IT ([www.kh-it.de](http://www.kh-it.de)), des Health-IT-Talk Berlin-Brandenburg ([www.health-it-talk.de](http://www.health-it-talk.de)) und in der XING-Gruppe. Einladungen zu den Regionalveranstaltungen erfolgen über die teilnehmenden Verbände und Mailinglisten. Die Kooperationen sind regional unterschiedlich ausgeprägt.

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

### Jürgen Flemming

Vorstandsmitglied/Pressereferent

[www.kh-it.de](http://www.kh-it.de) – [flemming@kh-it.de](mailto:flemming@kh-it.de)

Die Inhalte der Verbandsseiten werden redaktionell erstellt und betreut vom BV KH-IT. Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V. kurz KH-IT ist der führende Berufsverband der Krankenhaus-IT-Führungskräfte. Der KH-IT steht allen leitenden und/oder verantwortlichen Mitarbeitern der Krankenhaus-IT offen.