

Jörg Redmann, Raphael Schmillenkamp

# Post-KHZG

## Warum Krankenhäuser ihre IT-Organisation jetzt strategisch neu ausrichten müssen

Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) hat mit einem Fördervolumen von 4,3 Mrd. € eine bislang beispiellose Digitalisierungsdynamik angestoßen. Patientenportale, digitale Aufnahme- und Aufklärungsprozesse, klinische Entscheidungsunterstützungssysteme, digitale Kommunikation sowie erweiterte Sicherheitsinfrastrukturen haben die papiergebundene Dokumentation zurückgedrängt. Prozesse, die zuvor manuell, fragmentiert und formularbasiert abliefen, sind heute weitgehend digitalisiert, systemgestützt und teilweise automatisiert. Für Mitarbeitende bedeutet dies: weniger Medienbrüche, bessere Verfügbarkeit von Informationen und schnellere, standardisierte Abläufe entlang des Behandlungspfads. Dieser Digitalisierungsschub hat jedoch einen Preis. Mit dem Rückzug der Papierdokumentation als „Fallback“ ist die direkte Abhängigkeit von stabilen IT-Strukturen massiv gestiegen. Was früher bei Systemstörungen im Bedarfsfall durch papierbasierte Verfahren, telefonische Abstimmungen und provisorische Zwischenlösungen kompensiert werden konnte, ist heute ohne eine funktionsfähige IT vielfach nur eingeschränkt möglich. Zugleich ist die Zahl der eingesetzten Anwendungen, Module und Schnittstellen deutlich gestiegen, während die Versorgungsprozesse zunehmend eng mit IT-Services verzahnt sind. In der Folge nehmen Komplexität und Integrationsaufwand ebenso zu wie die Anforderungen an Verfügbarkeit, IT-Sicherheit und Support, während die personellen Ressourcen in den IT-Abteilungen häufig nicht im gleichen Maß gewachsen sind.

Mit dem Auslaufen der Förderphase verschiebt sich damit die zentrale Fragestellung. Nicht mehr der Aufbau neuer digitaler Funktionen steht im Vordergrund, sondern die Fähigkeit, diese erweiterte, hochvernetzte und für die Versorgung kritische IT-Landschaft dauerhaft stabil, sicher und wirtschaftlich zu betreiben. Die Post-KHZG-Phase ist damit weniger eine Schlussgerade der Projektförderung, sondern der Beginn einer Reifephase, in der sich entscheidet, ob die erzielte Digitalisierung auf einem tragfähigen organisatorischen Fundament steht. Im Zentrum steht die Frage, wie die IT-Organisation so aufgestellt wird, dass sie diese neue Komplexität beherrscht und als strukturelles Fundament der digitalen Versorgung fungiert – und sich damit

vom reaktiven Techniklieferanten zum strategischen Business Partner entwickelt.

### Vom reaktiven Kostenfaktor zum strategischen Business Partner

Lange Zeit wurde die IT in vielen Häusern vor allem als Kostenfaktor gesehen. Ihre Aufgabe bestand im Kern darin, Systeme bereitzustellen, Ausfälle zu vermeiden und Budgets einzuhalten. Investitionen erfolgten überwiegend dann, wenn Technik veraltet war oder neue regulatorische Anforderungen dies zwingend machten. Mit der KHZG-Förderung hat sich dieses Bild verändert. IT wird zunehmend als Vermögenswert (vergleiche ► **Abbildung 1**) ver-





standen. Sie unterstützt zentrale klinische und administrative Prozesse, ermöglicht durchgängige digitale Dokumentation, verbessert Transparenz und Effizienz und bildet die Grundlage für neue Versorgungs- und Geschäftsmodelle.

Aus dieser Entwicklung ergibt sich die zentrale Spannungsachse der Post-KHZG-Phase. Die technische Ausstattung vieler Häuser entspricht bereits dem Anspruch an eine leistungsfähige, eng in die Versorgung integrierte IT, während die organisatorische Verankerung der IT häufig in traditionellen Mustern verharrt. Viele IT-Abteilungen arbeiten überwiegend reaktiv, sind fachlich überlastet und strukturell unterbesetzt. Rollen und Verantwortlichkeiten sind nicht durchgängig definiert, Entscheidungswege sind komplex oder informell, die Einbindung in die strategische Steuerung ist unzureichend.

Die zentrale Frage lautet daher nicht mehr, ob die eingeführten Systeme technisch funktionieren. Entscheidend ist, ob die Organisation in der Lage ist, eine komplexe digitale Infrastruktur dauerhaft verlässlich, sicher und wirtschaftlich zu betreiben und gezielt weiterzuentwickeln. Die Post-KHZG-Phase ist damit nicht primär eine Phase des geordneten Projektabschlusses, sondern eine Reifeproofung der gesamten IT-Organisation.

Eine zukunftsfähige IT-Organisation muss konsequent darauf ausgerichtet sein, Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit und Compliance aktiv zu sichern und weiterzuentwickeln. Es genügt nicht, Projekte formal erfolgreich abzuschließen. Erforderlich ist eine strukturelle und strategische Neuaufstellung entlang klar definierter Gestaltungsfelder, die die IT von der technischen Unterstützungsfunktion zu einer strategischen Schlüsselressource und zu einem Business Partner weiterentwickelt.

Der vorliegende Beitrag versteht die Post-KHZG-Phase als kritische Reife- und Transformationsphase der IT-Organisation in Krankenhäusern und identifiziert vier konstitutive Gestaltungsfelder:

1. IT-Governance als strategisches Steuerungsinstrument,
2. IT-Service-Management als Professionalisierungsansatz,
3. Portfolio- und Anforderungsmanagement als Priorisierungsmechanismus sowie
4. Betriebs- und Sourcingmodelle als Antwort auf strukturelle Ressourcenrestriktionen und zunehmende Systemkomplexität.

### Gestaltungsfeld 1: IT-Governance verankern

Eine leistungsfähige IT-Organisation entsteht nicht durch die Summe einzelner Applikationen, sondern durch klare Verantwortlichkeiten, definierte Rollen und verbindliche Entscheidungsstrukturen. Fehlen diese Grundlagen, bleiben Digitalisierungsinvestitionen fragmentiert und erhöhen operative Risiken. Den notwendigen Ordnungsrahmen liefert eine wirksame IT-Governance.

Zentral ist ein übergeordnetes Zielbild für die digitale Versorgungsarchitektur. Dieses Zielbild definiert Leitlinien für Prozesse, Applikationen, Datenstrukturen und Infrastrukturen und dient als strategischer Referenzrahmen für Entscheidungen. Es umfasst die Geschäftsarchitektur mit Abbildung der Versor-

gungs- und Unterstützungsprozesse, die Anwendungsarchitektur mit Strukturierung des Applikationsportfolios, die Datenarchitektur sowie die Sicherheitsarchitektur.

Darauf aufbauend braucht es klare Gremienstrukturen. Ein IT-Lenkungsausschuss mit Vertretung von Geschäftsführung, medizinischer und pflegerischer Leitung sowie Verwaltung priorisiert Digitalisierungsinitiativen und verantwortet die Mittelverwendung. Ein Gremium für System- und Architektursteuerung legt Architekturstandards fest und steuert das Lifecycle-Management der Systemlandschaft. Ein weiteres Gremium für IT-Sicherheit und Compliance überwacht die Umsetzung der Anforderungen an Informationssicherheit und Datenschutz.

IT-Vorhaben müssen konsequent an der medizinisch-ökonomischen Gesamtstrategie ausgerichtet werden. Kosten, Nutzen und Risiken sind strukturiert und nachvollziehbar abzubilden. IT darf nicht als abgeschotteter Funktionsbereich agieren, sondern muss entlang eines gemeinsamen Zielbildes unternehmerisch gesteuert werden.

### Gestaltungsfeld 2: IT als professioneller Serviceanbieter

Mit der durch das KHZG gewachsenen Systemlandschaft hat die Kritikalität von IT-Services zugenommen. Störungen in Patientenportalen, digitaler Dokumentation oder klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen wirken unmittelbar auf Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Erlössituation. Viele IT-Abteilungen sind jedoch weiterhin primär im Reaktionsmodus organisiert. Unter diesen Bedingungen wird ein professionelles IT-Service-Management zu einer Kernvoraussetzung für einen sicheren und stabilen Betrieb.

Ein serviceorientiertes Modell stellt nicht mehr einzelne Systeme, sondern die unterstützten Fachprozesse in den Mittelpunkt und beschreibt ein Serviceportfolio aus Anwendersicht. Standardisierte Prozesse für Incident-, Problem- und Change-Management bilden den operativen Rahmen. IT-Vorfälle werden mit klaren Eskalationswegen zeitnah behoben, wiederkehrende Störungen systematisch analysiert und adressiert, Änderungen kontrolliert und risikobewusst umgesetzt.

Verbindliche Service-Level-Agreements definieren Reaktions- und Wiederherstellungszeiten, insbesondere für versorgungskritische Anwendungen. Dadurch eröffnen sich auch neue Steuerungsoptionen. Servicequalität wird messbar, IT-Kosten lassen sich konkreten Leistungen zuordnen, und es entstehen belastbare Grundlagen für internes und externes Benchmarking.

### Gestaltungsfeld 3: Portfolio- und Anforderungsmanagement

Mit dem Auslaufen der Fördertatbestände endet die Phase, in der externe Mittel die Projektlandschaft bestimmten. Künftig sind Initiativen nach Nutzen, Risiko, Ressourcenbedarf und strategischem Beitrag zu priorisieren.

Ein wirksames Portfoliomanagement bündelt alle Anforderungen in einem einheitlichen Prozess, bewertet Vorhaben anhand klarer Kriterien und ermöglicht transparente Priorisierung. Da-

durch werden Überlastsituationen frühzeitig sichtbar, Zielkonflikte adressiert und Investitionsentscheidungen inklusive Betriebs- und Folgekosten getroffen.

Die Bewertungskriterien umfassen: strategische Passung zur Unternehmensstrategie, medizinischer und ökonomischer Nutzen, Risikoprofil, Ressourcenbedarf sowie Abhängigkeiten zu anderen Vorhaben. Ein Scoring-Modell ermöglicht vergleichende Bewertung und schafft Transparenz. Entscheidend ist, dass Portfolio-management als kontinuierlicher Steuerungsprozess verstanden wird, der regelmäßig überprüft und angepasst werden muss.

### Gestaltungsfeld 4: Betriebs- und Sourcingmodell

Fachkräftemangel, steigende Spezialisierungsanforderungen und wachsende Komplexität machen die Gestaltung eines zukunftsfähigen Betriebs- und Sourcingmodells zur strategischen Weichenstellung. Parallel entstehen durch Verbundmodelle, spezialisierte Dienstleister und Cloud-Angebote neue Optionen. Krankenhäuser müssen entscheiden, welche Leistungen als kritische Kernkompetenz intern verbleiben und welche Services extern oder in Verbundstrukturen erbracht werden können. Leitend sind Kritikalität für Versorgung und Geschäftsmodell sowie Standardisierbarkeit der Leistung. Typischerweise lassen sich drei Kategorien unterscheiden:

1. Kritische Kernkompetenzen (zum Beispiel Steuerung versorgungskritischer Systeme) verbleiben in der Einrichtung.
2. Kooperative Leistungen (zum Beispiel spezialisierte Applikationsbetreuung) werden in Verbänden oder Partnerschaften erbracht.

3. Standardisierbare Services (zum Beispiel Infrastruktur-Basisdienste) können extern bezogen werden.

Ein solches Sourcingmodell erfordert kontinuierliche Steuerung: Monitoring von KPIs und SLAs, regelmäßige Leistungs- und Kostenreviews, Anpassung an technologische Entwicklungen sowie Risikoanalysen.

### KHZG als Startpunkt einer reifen IT-Organisation

Das KHZG hat in kurzer Zeit substanzielle digitale Infrastrukturen in deutschen Krankenhäusern ermöglicht und zugleich deutlich gemacht, wie stark die Versorgung inzwischen von stabilen IT-Strukturen, professionellen Services und klaren Entscheidungswegen abhängt. In der Post-KHZG-Phase entscheidet sich, ob diese Investitionen dauerhaft Nutzen generieren und zur nachhaltigen Verbesserung von Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit beitragen.

Die Förderinitiative erweist sich damit nicht als Endpunkt der Digitalisierung, sondern als Katalysator für eine organisational reife IT-Organisation, die Versorgungsqualität, regulatorische Compliance und wirtschaftliche Nachhaltigkeit dauerhaft in Einklang bringt. Die strategische Neuausrichtung der IT-Organisation ist keine optionale Maßnahme, sondern strukturelle Notwendigkeit für die Zukunftsfähigkeit hiesiger Häuser in einer zunehmend digitalisierten Versorgungslandschaft.

### Anschrift der Verfasser

Jörg Redmann, Geschäftsführer/Raphael Schmillenkamp, Berater, Sanovis GmbH, 81677 München. joerg.redmann@sanovis.com, raphael.schmillenkamp@sanovis.com ■

## Bücher



**Sarah Jensen: Patientenautonomie, ihre Verankerung im Behandlungsvertragsrecht und die Bedeutung der elektronischen Patientenakte.** Verlag Dr. Kovač, Hamburg 2025, 656 Seiten, 149,80 €. ISBN: 978-3-339-14516-1

Das Behandlungsvertragsrecht dient dem Schutz der Patientenautonomie und zielt darauf ab, die Transparenz der Patientenrechte zu erhöhen und die Gesundheitsversorgung verbessern.

In der Praxis zeigt sich, dass diese Ziele nicht allein durch §§ 630a ff. BGB verwirklicht werden können. Auch nach der Kodifikation der Patientenrechte bestehen bedeutsame Hürden für die Patientenautonomie. Zum anderen sind durch das Regelwerk neue Hindernisse entstanden, die ihre Verwirklichung erschweren. Die Autorin zeigt: Die ePA hat das Potenzial, die Herausforderungen, die durch das Behandlungsvertragsrecht nicht oder nur unzureichend gelöst werden, zu bewältigen. Es lässt sich aber nur dann ausschöpfen, wenn sowohl Patienten als auch Ärzte von ihrem Mehrwert überzeugt sind. ■