

# „Vernünftige Zielorientierung statt immer kleinteiligere Regelungen“

Interview mit Prof. Henriette Neumeyer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

**Die Wähler haben der Politik der „Ampel“-Koalition eine deutliche Absage erteilt. Bleibt auch unter einer schwarz-roten Bundesregierung alles beim Alten für die Krankenhäuser?**

Vor allem bleibt es bei der Unsicherheit für die Krankenhäuser. Während die Koalitionsgespräche noch laufen, bleiben wir mit einer Reihe von unfertigen Lösungen aus der alten Legislaturperiode konfrontiert. Der zukünftige Minister oder die zukünftige Ministerin wird sich daran messen lassen müssen, ob sie/er Richtungsentscheidungen trifft, die sich am Ziel einer modernen, krisenfesten Gesundheitsversorgung orientieren. Die Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit, in der Ausgestaltung eines neuen Finanzierungssystems, aber auch mit praktikablen Vorgaben für die Leistungsgruppen. Der aktuell sehr straffe

Zeitplan mit extrem engen Fristen für die entsprechende Rechtsverordnung, die die entsprechenden Vorgaben des KHVVG ersetzen soll, ist höchstens als Farce zu betrachten. Dabei liegt in der Situation, dass hier alle relevanten Stakeholder am Tisch sitzen, auch eine Chance, gemeinsam und mit Augenmaß Vorgaben und Versorgungssicherheit zu balancieren.

**Sorgen nicht der Grouper und die zu erwartende Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen für Klarheit?**

Die jetzige Gesetzgebung besteht den Praxischeck nicht. So zeigt beispielsweise das vebeto-Gutachten zum Thema Leistungsgruppen, dass es hier zu Verwerfungen bei der leistungsgerechten Darstellung von beispielsweise gastroenterologischen Leistungen kommt. Und: das betrifft Krankenhäuser aller Ver-



„Die künftige Gesundheitspolitik muss Richtungsentscheidungen treffen, die sich am Ziel einer modernen, krisenfesten Gesundheitsversorgung orientieren“, sagt die stellvertretende Vorstandsvorsitzende Prof. Henriette Neumeyer. Foto: Jens Jeske.

sorgungsklassen. Wenn wir diese Unwägbarkeiten nicht klären, weiß kein Krankenhaus mehr, was es eigentlich in zwei Jahren tun darf und was es bezahlt bekommt. Wir haben in Nordrhein-Westfalen gesehen, dass eine Krankenhausplanung, selbst wenn sie von allen Beteiligten getragen wird, Herausforderungen in der Umsetzung bietet. Auch dort gibt es Klageverfahren, und einzelne Häuser fühlen sich ungerecht behandelt. Ein Gesetz, das derart unfertig ist wie das KHVVG wird viel mehr Fragen aufwerfen und zu einem viel größeren Klagebedarf führen.

Es sind sehr wenige Ausnahmeregelungen im Gesetz vorgesehen. Wenn es bei der starken Kopplung an die Vorhaltefinanzierung bleibt, können wir im jetzigen starren Fahrplan die Planungseffekte auf die Versorgung nicht mehr absehen. Damit gibt es weiterhin Fehlanreize, je nach Situation Fälle zu machen oder zu verhindern.

Diese Effekte sind eine große Belastung in einer Situation, in der wir im Gesundheitswesen eigentlich resilienter werden müssen, krisensicher sein wollen und gleichzeitig einen demografischen Wandel bewältigen müssen. Angesichts der steigenden Unsicherheit und Unklarheit in Bezug auf einzelne Regelungen im KHVVG gibt es viele Normenkonflikte mit bestehenden Regelungen, die noch nicht aufgelöst sind. Konkret sollen die G-BA-Richtlinien bereinigt werden, aber offen bleibt, wie in der Praxis vorzugehen ist, wenn es Überschneidungen in Bezug auf die Regelungen und letztlich die Prüfregime gibt. Hier liegt die einmalige Chance, weiteren Bürokratieaufwand zu vermeiden und pragmatisch zu reduzieren.

Das betrifft auch weitere bürokratische Anforderungen des KHVVG, zum Beispiel bei den Arztmeldungen, wo wir eine faktische Unmöglichkeit sehen für die Häuser, diese Anforderungen umzusetzen. Die Politik muss sich fragen lassen, ob diese Regelung einen Beitrag für die Versorgung leistet, oder sinnfrei nur die Zeit von Fachkräften am und um den Patienten bindet.

### Ist der Leistungsgruppen-Grouper für die Krankenhausplanung also unbrauchbar?

Es ist die im Grunde unmögliche Aufgabe entstanden, Patienten uneindeutig in eine Leistungsgruppe einzusortieren. Die Medizin und das Krankenhaus arbeiten aber nicht nach der Maßgabe der Leistungsgruppe, sondern nach den Erfordernissen der Krankheitsbilder der Patienten. Es geht um die Frage, welche interprofessionelle Versorgung er braucht. Dort steht nicht die Einsortierung des Patienten in eine Leistungsgruppe im Fokus. Der Algorithmus, der hinter der Zuordnung in eine Leistungsgruppe steht, muss demnach große Unschärfen bzw. Überschneidungsbereiche in der realen Versorgung abschließend und eindeutig zuordnen. Ob ein Patient mit einer Bauch-OP einer intensivmedizinischen, notfallmedizinischen oder allgemeinmedizinischen Leistungsgruppe zugeordnet wird, ist eine regelbasierte, wenn nicht willkürliche Schlüsselung in der Hoffnung, dass die Zuordnung sachgerecht ist und dass damit grob Versorgung gesteuert werden kann. Denn: der Einsortierung in

eine Leistungsgruppe folgt künftig ein Teil der Finanzierung. Das bedeutet noch mehr Komplexität und Bürokratie, verbessert aber Behandlung und Versorgung nicht. Diese kann besser durch eine gezielte Krankenhausplanung ohne Vorhaltefinanzierung gelingen, die diese Unschärfen mit einbezieht. Sollte die Vorhaltefinanzierung kommen, braucht es dringlich Übergangszeiträume, um zu einem gewissen Anteil immer zu erwartende ungeeignete und damit fehlerhafte Zuordnungen zu stoppen, bevor es zu Versorgungsausfällen und nicht sachgerechter Vergütung für an Patienten geleisteter Arbeit kommt.

### Kann eine neue Bundesregierung hier „nachjustieren“?

Eigentlich müssen wir einen Schritt zurücktreten und uns fragen, was wir eigentlich regeln wollen. Es besteht Konsens, dass die Strukturen der Krankenhausversorgung geändert werden müssen. Die Reform muss Standorte zusammenführen, Kooperationen zwischen ihnen fördern und dort, wo es nötig ist, sie auch reduzieren. Mit dem Instrument Vorhaltefinanzierung und einer unfertigen Leistungsgruppenausgestaltung jetzt so viel Veränderungsdruck zu erzeugen, kann Effekte hervorrufen, die niemand will.

Statt immer kleinteiligere Regelungen zu entwerfen, müssen wir zu einer vernünftigen Zielorientierung kommen. Die Gesundheitspolitik sollte klare, zielorientierte Rahmen setzen, die es ermöglichen, ein funktionstüchtiges System zu schaffen – und den kundigen Menschen vor Ort Freiräume lassen, es zu gestalten.

### Mit den Leistungsgruppen sind auch festzulegende Personalanforderungen verbunden. Welche Ziele hat die DKG hierzu?

Eigene Untersuchungen, aber zunehmend auch Rückmeldungen aus den Fachgesellschaften zeigen uns, dass wir diese Menge an Fachkräften in Deutschland gar nicht haben. Tatsächlich hat niemand wirklich berechnet, ob die Personalanforderungen, die an die Leistungsgruppen gekoppelt sind, überhaupt realistisch erfüllbar sind. Hier wird also ein nicht erreichbarer Standard gesetzt, der letztlich die Versorgung der Patienten durch die Hintertür einschränkt – ohne nach einer Lösung zu suchen, was dann passieren soll.

Denn es geht nicht nur um Qualität, es geht auch um Leistungsfähigkeit. Die basiert auf Qualität, aber auch auf dem Zugang zu Versorgungsmöglichkeiten. Für einen kleiner werdenden Teil der Patienten hohe Qualität zu bieten, aber vielleicht nicht mehr alle Patienten versorgen zu können, kann keine politische Antwort sein. Wir brauchen eine ganzheitliche Perspektive in der Versorgung, die allen Patienten gerecht wird und die Pole hochspezialisierte Versorgung und flächendeckende, erreichbare Versorgung ausbalancieren kann. Dazu gehört auch, dass wir uns so manchen Realitäten stellen müssen, etwa in Bezug auf die Verfügbarkeit von Fachkräften und auch im Hinblick auf die Sicherung einer Gesamtversorgung in der Fläche. Wir können jetzt den Moment nutzen, die Medizin für die Zukunft aufzustellen und Innovationen, etwa in Bezug auf den effizienten,

standortübergreifenden Fachkräfteeinsatz, auch telemedizinisch möglich zu machen.

### Wie könnte eine zukunftsfähige Personalpolitik für das Gesundheitswesen aussehen?

Es gibt mehrere Stellschrauben, mit denen der Fachkräftemangel angegangen werden kann: Wir verschwenden rund ein Drittel der Arbeitszeit der Gesundheitsfachkräfte mit häufig unnützer Bürokratie und Dokumentation. Allein durch eine Stunde weniger Dokumentationsaufgaben pro Tag und Arbeitskraft stünden auf einen Schlag rund 21 000 Ärztinnen und Ärzte und 47 000 Pflegekräfte mehr für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten zur Verfügung. Dieser Aspekt ist aktuell völlig aus dem Blick geraten in der Politik. In der konkreten gesetzlichen Umsetzung der Krankenhausreform sehen wir nur eine stetige Zunahme bürokratischer Anforderungen. Sogar aus der Entbürokratisierungsoffensive des Bundesjustizministeriums ist das Bundesgesundheitsministerium ausgestiegen. Die überbordende Bürokratie endlich abzubauen ist eine der dringendsten Forderungen der Krankenhäuser. Statt immer neue Dokumentationsverpflichtungen zu kreieren, müssen wir das Vertrauen stärken. Wir alle arbeiten für ein gemeinsames Ziel, nämlich die beste Versorgung für die Patientinnen und Patienten und sollten uns dafür einsetzen, den Fachkräften vor Ort zeitlich den Rücken freizuhalten.

### Und die allseits angestrebte Ambulantisierung – ist die vorangekommen mit der Krankenhausreform?

Wir müssen uns nur anschauen, wie viele Buchstaben der Paragraph 115 SGB V hat. Auch hier müssen wir uns auf das Grundprinzip besinnen: Was ist das Ziel, wie erreichen wir es? Die Strukturen müssen so gestaltet sein, dass Patienten ambulant betreut werden können. Dafür müssen die Kliniken beispielsweise auch Nachsorgeangebote strukturieren können. Und es braucht eine auskömmliche Finanzierung, die auch die Transformation in Richtung dieser neuen ambulanten Versorgung erlaubt.

Die DKG hat hier Vorschläge für eine kostenneutrale Transformation entwickelt und dargelegt, wie es funktionieren könnten. Dabei würde bei zunächst gleichbleibender Vergütungshöhe sukzessive ein sachgerechter Wert kalkuliert, der niedriger ist als die Ausgangshöhe. Damit würde genug Anreiz geschaffen, in diese Transformation auch zu investieren, weil sie ein verlässliches Zielbild für die Kliniken bedeutet. Das Konzept wäre bürokratiearm und effektiv.

### Ist die sektorenübergreifende Versorgung mit der aktuellen Krankenhausreform ein Stückchen vorangekommen? Was muss getan werden?

Es gibt in der Tat eine neue Denkrichtung, was ein Krankenhaus auch sein könnte - hin zu einer stärkeren Überwindung der Sektorengrenzen. Die Krankenhäuser werden mit der Öffnung für mehr ambulante Leistungen neue Chancen bekommen. Viele betrachten diese sektorenübergreifenden Versorger

als ein Element, das wirklich ein Game Changer sein könnte. Wir müssen aber aufpassen, dass wir uns in diesem Gebiet nicht in noch mehr Bürokratie und kleinteiliger SGB-bezogener Abrechnung verzetteln. Wir können eine wirkliche Veränderung mit neuen Konzepten schaffen mit weniger Bürokratie, weniger Verwaltung und trotzdem auskömmlicher Finanzierung. Wir müssen neue Strukturen schaffen um die ambulanten Strukturen am Krankenhaus zu öffnen, wie wir das im internationalen Kontext bereits kennen. Das darf aber kein Selbstzweck sein: Wir müssen patientenorientiert in Versorgungsketten denken - vom Onboarding eines Patienten über die Versorgung vor Ort bis zur Nachsorge - die wir ganzheitlich gestalten können. Ansonsten wird der Patient weiter an den Sollbruchstellen des Übergangs zu häufig in die Koordinatorenrolle gedrängt. Das ist nicht nur ein großes Problem für die Versorgung, es ist auch ein Kostenrisiko für das Gesamtsystem. Wir brauchen mehr Versorgung aus einer Hand.

### Wie kann dabei die Qualität der Versorgung gemessen und gesichert werden?

Es wird noch immer behauptet, dass Outcomes nicht messbar seien. Auch bei der aktuellen Krankenhausreform bleiben sie außen vor. Die Idee einer Outcome-bezogenen Betrachtung muss sein, das Vertrauen zurückzugewinnen. Wer gut versorgt, wird belohnt und geschützt, und wo Schwierigkeiten auftreten, werden Chancen gegeben, sich zu verbessern. Gegenüber Versorgungsangeboten, die nicht dem Standard genügen, heißt es nach sorgfältiger risikoadjustierter Betrachtung aber, klare Kante zu zeigen.

Diese Transparenz zu schaffen, kann im ersten Schritt Zweifel schüren, insbesondere wenn bisherige Strukturvorgaben weiter parallel bestehen blieben, aber immer mehr aus dem Krankenhausbereich fordern diese Transparenz trotzdem. Denn die erstickende Bürokratie, die versucht, mit Strukturvorgaben Qualität zu erzeugen, ist in eine Sachgasse geraten. Diese Strukturvorgaben überfordern das System immer mehr, und auch die Motivation der Mitarbeitenden in den Kliniken wird damit zunehmend untergraben. Sie sehen sich einem System ausgesetzt, das ihnen misstraut.

### Gibt es Hoffnung auf bessere Finanzierung für die Kliniken – etwa durch das Sondervermögen Infrastruktur?

Im Falle von Krisen und möglicherweise auch Konflikten brauchen wir Infrastruktur, die es schafft, eine deutlich größere Zahl an Patienten zu versorgen. Wir brauchen aber auch weiterhin Strukturen, die die Zivilbevölkerung in der Regelversorgung behandeln kann. Es wird im Rahmen der Verteidigungsfähigkeit sogar diskutiert, wie im Ernstfall ein Patientenaufkommen von 1 000 zusätzlichen Patienten täglich bewältigt werden kann. Dazu gehört auch die Resilienz, für die Normalbevölkerung die Versorgung aufrechtzuerhalten. Mit einer über Vorhaltefinanzierung und Leistungsgruppen gesteuerten Reform allein können wir die den zusätzlichen Bedarf für den Ernstfall und die notwendige Resilienz nicht erreichen. ▶

Es wird dabei nicht reichen, sich nur auf die Häuser der kritischen Infrastruktur zu konzentrieren. Wenn wir Resilienz ganzheitlich denken, müssen wir alle Versorgungsstufen und auch die ambulanten Strukturen einbeziehen und organisieren können. Die gesamte Struktur der Gesundheitsversorgung muss halten.

Diese Betrachtungsweise müssen wir auch im Kontext der gegenwärtigen Pläne zur Krankenhausreform und zur Krankenhausplanung zugrunde legen. Den Pragmatismus, den wir uns für den Krisen- oder Kriegsfall notwendigerweise zu eigen machen, wo wir im Zweifel unter Zeitdruck und mit wenig Ressourcen viele Ergebnisse bringen müssen, sollten wir auch in die Krankenhausplanung als Orientierung übernehmen. Lernerfahrungen aus der Corona-Zeit, in denen bürokratiearm, pragmatisch, regional und alle Stakeholder solidarisch einbeziehend gearbeitet wurde, sollten hier der prozessuale Maßstab sein.

Aber natürlich gibt das Sondervermögen Hoffnung. Damit können die Mittel für den Transformationsfonds bereitgestellt werden. Zusätzlich können auch die dringend benötigten Mittel für die Klimaneutralität der Krankenhäuser bereitgestellt werden. Wir dürfen aber auch nicht vergessen, dass wir weiterhin einen Inflationsausgleich brauchen. Und hier setzen wir große Hoffnungen in die Koalitionsverhandlungen, da dieser ja schon lange Forderung der Länder war, sich nur Minister Lauterbach verweigert hat.

### Wie sieht die Zukunft für die Kliniken in 20, 25 Jahren aus? Die DKG hat unlängst ein Buch herausgegeben mit eher optimistischen Blicken auf die etwas fernere Zukunft. Ist Ihr Blick noch zuversichtlich?

Ich bin durchaus optimistisch. Wir haben eine starke Ausgangssituation, die wir nicht durch Finanzierungs- und Planungsunsicherheit und Misstrauen verspielen dürfen. Für die nahe Zukunft sollten wir uns die Frage stellen, auf welches Ziel wir in der Gesundheitsversorgung zusteuern wollen. Es geht darum, am Patienten orientiert zu handeln und Outcomes zu verbessern. Wir müssen die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Attraktivität der Arbeitsplätze im KH stärken, um der demografischen Krise etwas entgegenzusetzen. Wenn wir diese Punkte zusammendenken, dann können wir ein Leitprinzip entwickeln, wie wir Gesundheitsversorgung bestmöglich organisieren und sichern wollen. Unsere bisherigen, auf Strukturvorgaben fixierten Ideen gilt es aufzuräumen und aufzubrechen. Bevor wir daran wieder einfach herumreparieren, müssen wir uns über die Frage verständigen, welche Ziele wir verfolgen und erreichen wollen. Gesetzgebung und Regelungen, die sich in diesem Sinne nicht bewähren, gilt es zu überdenken und auszusetzen, um wieder Platz für das eigenverantwortliche und patientenorientierte Handeln vor Ort zu schaffen.

*Das Interview führte Katrin Rüter, Chefredakteurin des Krankenhaus, am 19. März 2025.*

## Bücher

**Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Prof. Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Mark Dominik Alscher: Die Gesundheit der Zukunft. Wie wir das System wieder fit machen. Verlag Hirzel 2025, Kartoniert, 208 Seiten, 17,90 €. ISBN: 978-3-7776-3499-9**



Die Reform des Gesundheitswesens: Wie soll die medizinische Versorgung in Deutschland in Zukunft aussehen? Die Gesellschaft wird älter, das Fachpersonal weniger und die Kosten höher – ein Blick auf den Zustand des Gesundheitssystems wirft viele Fragen auf. Wie soll dem demografischen Wandel begegnet und notwendige Reformen umgesetzt werden?

Mit diesen und vielen anderen drängenden Fragen rund um die Strukturen im Gesundheitswesen hat sich das Autorenteam dieses Buches auseinandergesetzt. Mit viel Sachkenntnis und Erfahrung zeigen sie gangbare Wege auf, die Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem zu meistern: wie die Finanzierung des Gesundheitswesens auch in den nächsten Jahren gesichert werden kann, wie das Gesundheitssystem der Zukunft mit Fokus auf Prävention, Bonussysteme und Gesunderziehung von der Grundschule an verbessert werden kann und welche Rolle KI

in der Medizin spielen sollte. Das Buch gibt als „Leitfaden für die Politik“ Handlungsvorschläge für wirksame Reformen im Sinne von Public Health und wie die medizinische Versorgung in Deutschland zukunftsfähig gemacht werden kann.

Von der Krankenversicherung über die hausärztliche Versorgung bis hin zur Notfallversorgung in Krankenhäusern – es gibt kaum einen Bereich im Gesundheitssystem, der nicht Reformen benötigt. Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. Mark Dominik Alscher zeigen die vielen Punkte auf, an denen Veränderungen notwendig sind. Ihre Lösungsansätze sind in der Praxis gut umsetzbar und würden die medizinische Versorgung auch in den kommenden Jahren sicherstellen.

Es wird kein Zielbild skizziert, wie schön alles aussehen könnte, stattdessen liegt der Fokus des Buches auf den großen „Game Changern“: engere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, stärkere Ausrichtung der Angebote am Patientenpfad – mit digitaler Begleitung zur besseren Navigation durch das komplexe System und Einsatzmöglichkeiten für künstliche Intelligenz – auch als intelligente und unabhängige Beraterin der Patienten, mehr Kompetenzen für Pflegefachpersonen und Möglichkeiten der Prävention.