

kma Whitepaper

www.kma-online.de
Dezember 2025

BEWÄHRTE KONZEPTE FÜR REFORMZEITEN

Praxisnahe Medizin- und Standortstrategien, die auch unter neuen Vorgaben verlässlich funktionieren und Orientierung bieten.





FÜR ENTSCHEIDER. MIT LEIDENSCHAFT UND KLAREM FOKUS.

IHR PARTNER FÜR DAS
GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN.

- Strategie
- Finanzen
- M&A
- Sanierung
- Interim Management
- Digitalisierung





Nicht alles neu erfinden

Fusionen, Umstrukturierungen, Clusterbildung und Regionalisierung – die Transformation der Kliniklandschaft hat längst an Fahrt aufgenommen. Zwar sind die gesetzlichen Grundlagen mit KHVVG und KHAG noch nicht in jedem Detail geklärt. Doch in den Bundesländern werden die Versorgungsstrukturen neu gedacht. Es wird verhandelt, gebündelt oder neu ausgerichtet. Viele Häuser stehen dabei vor tiefgreifenden Einschnitten, manche werden Leistungsgruppen aufgeben oder ihren Versorgungsauftrag neu definieren müssen. Gleichzeitig wächst der Druck, tragfähige regionale Strukturen mit klaren Profilen, kooperativen Modellen und einer standortübergreifenden Nutzung von Ressourcen zu schaffen. Bei vielen Akteuren im Gesundheitswesen und in der Bevölkerung bleibt die Unsicherheit, wie sich diese Veränderungen am Ende auf die Leistungserbringer und Patienten auswirken werden.



Die Reform setzt Dynamiken frei für neue Versorgungsformate und Organisationsformen. Dabei müssen Konzepte nicht neu erfunden werden. Vieles, was heute trägt, basiert auf bewährten Ansätzen, die unter den neuen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und strategisch genutzt werden können. Einige davon greifen wir in diesem Whitepaper auf. In Soest zeigt der Zusammenschluss zweier Krankenhäuser, wie konsequente Planung, politischer Rückhalt und ein klar strukturierter Umsetzungsprozess eine zukunftsfähige Versorgung ermöglichen. Trotz vieler Hürden zeigt das Ergebnis eine stabile Perspektive für die Region.

Auch Baden-Württemberg liefert wichtige Impulse. Das Land nutzt seine gewachsenen Erfahrungen mit sektorenübergreifenden Modellen, um Versorgung neu zu denken. Primärversorgungszentren, Community-Health-Konzepte und regionale Netzwerke zeigen, wie bedarfsgerechte Versorgung gelingen kann – unabhängig von den bundesrechtlichen Detailvorgaben.

Nicht zuletzt rückt der Transformationsfonds in den Fokus. Der Fonds eröffnet nicht nur finanzielle Möglichkeiten, sondern stellt Träger vor die Aufgabe, ihre Vorhaben professionell vorzubereiten und konsequent umzusetzen. Die Anforderungen für die Beantragung der Fördergelder sind hoch: Eine belastbare Gesamtstrategie, eine klare Projektlogik, realistische Kosten- und Finanzierungsmodelle sowie die enge Abstimmung mit den Landesbehörden sind wichtige Voraussetzungen für eine Fördermittelbewilligung. Wer hier zu den Ersten gehört, erhöht seine Chancen, denn begrenzte Mittel und unterschiedliche Landesverfahren schaffen ein anspruchsvolles Wettbewerbsumfeld.

In diesem Whitepaper zeigen wir Beispiele, bei denen Reformimpulse in konkrete Strategien übersetzt wurden. Von Clusterorganisationen über regionale Verbünde bis hin zu neuen Versorgungseinrichtungen: Sie alle verbindet das Ziel, stabile und zukunftsfähige Klinikstrukturen zu schaffen, die die Gesundheit des Menschen in den Mittelpunkt stellen.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

–

Anna Herrschelmann
Chefredakteurin

Wissen für Entscheider – Wir lesen kma!



kma
Klinik Management aktuell

www.kma-online.de • 28 Euro
30. Jahrgang • Heft 7-8 • November / Dezember 2025

**DIE STUNDE
DER SPEZIALISTEN**

Klinikträger nutzen Interim-Manager als Joker für harte Umbrüche.



Ottobock
Erster Schritt aufs Börsenparkett

Maßregelvollzug
Desolate Klinikversorgung

 Thieme

DGIV 

Jetzt
Vorteile
sichern!

Lesen Sie eine der führenden meinungsbildenden Zeitschriften in der Gesundheitswirtschaft und bleiben Sie am Puls Ihrer Branche. Mit kma sind Sie immer aktuell über Themen im und um das Unternehmen Krankenhaus informiert: Manager und Marktpartner, Prozesse und Technologien, Best & Worst Practice werden für Sie umfassend analysiert und kommentiert.

Ihre Vorteile mit einem klinikweiten Abonnement

- ein Abo – ein Preis: nutzerunabhängiger Online-Zugang für den gesamten Standort
- unbegrenzter Zugriff auf das komplette Archiv
- 1 Printheft pro Standort
- lesen Sie auf jedem Endgerät, egal wo sie sind – auch Offline
- einfache und schnelle Suchmöglichkeit

**Vermeiden Sie lange Umlaufzeiten der Print-Ausgaben und lassen Sie Ihre KollegInnen gleich mitlesen.
Mit dem institutionellen Abonnement profitieren Sie in Ihrer gesamten Klinik von kma.**

Jetzt informieren unter
thieme.de/kma-abo

 Thieme



INHALT

Dezember 2025

3 Nicht alles neu erfinden

6 Neuordnung der Kliniklandschaft
Update und Ausblick zur
Krankenhausreform

14 Agaplesion
Clusterstrategie als Antwort auf den
Wandel

22 Region im Wandel
Fusion geschafft, Zukunft im Blick

31 SÜV, PVZ & Co.
Gestaltung von ländlichen
Versorgungsstrukturen in
Baden-Württemberg

38 Transformationsfonds
Fördermöglichkeiten im Praxistest

50 Autoren

Impressum / Anschrift



Bildnachweis Cover The image was composed by Thieme using following images:
Hintergrund © jakkapan / stock.adobe.com; Karte und Illustration © Thieme

The image was composed by Thieme using following images:
Hintergrund © jakkapan / stock.adobe.com; Karte und Illustration © Thieme



NEUORDNUNG DER KLINIKLANDSCHAFT

Update und Ausblick zur Krankenhausreform

Mit der Verabschiedung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), schien der Weg für die Neugestaltung der Krankenhauslandschaft klar vorgezeichnet. Der inhaltliche und zeitliche Rahmen für die Reform war definiert. Allerdings erweisen sich zahlreiche Regelungen des KHVVG als überwiegend konzeptionelle Vorgaben, deren praktische Umsetzbarkeit von Fachleuten der Krankenhausbranche mit erheblichen Vorbehalten beurteilt wird.

Mit dem KHVVG soll die historisch gewachsene Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft in ein stark reguliertes Rahmenwerk überführt werden. Ziel ist eine höhere Versorgungsqualität und eine stärker zentralisierte, bedarfsoorientierte Krankenhausstruktur. Eine zentrale Maßnahme ist die Vereinheitlichung der bislang unterschiedlichen Planungsgrundsätze der 16 Bundesländer. Dieser zentrale Reformschritt birgt jedoch erhebliche Herausforderungen. Zum einen kollidiert die bundesweite Standardisierung mit den föderalen Zuständigkeiten der Länder, was politischen Widerstand auslöst. Zum anderen stellen die Einführung verbindlicher Leistungsgruppen und strenger Qualitätsanforderungen nicht nur kleinere und ländliche Krankenhäuser vor große strukturelle und finanzielle Hürden. Unklar definierte Ausnahmeregelungen für versorgungsnotwendige Einrichtungen erzeugen zusätzliche Konflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgungsauftrag. Hinzu kommen offene Finanzierungsfragen sowie ein ambitionierter Zeitplan, die das Risiko von Verzögerungen und Rechtsunsicherheiten erhöhen.

Neben der Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist die Reform der Krankenhausfinanzierung ein wesentlicher Bestandteil des KHVVG. Vorgesehen ist eine Kombination aus Vorhaltefinanzierung und leistungsorientierter Vergütung – ohne zusätzliche Mittel. Ob dieses Modell die notwendigen Strukturänderungen unterstützt, hochspezialisierte Einrichtungen stärkt und gleichzeitig die Basisversorgung in ländlichen Regionen sichert, darf infrage gestellt werden. Die Mechanik der Vorhaltebudgets stärkt Krankenhäuser – zumindest übergangsweise – wirtschaftlich bei Fallzahlverlusten, benachteiligt jedoch Kliniken, die durch die gesundheitspolitischen Zentralisierungsbemühungen steigende Fallzahlen erwarten. Obwohl die Vorhaltefinanzierung zunächst positiv bewertet wurde, zeigt sich bei genauer Analyse, dass die Umstellung voraussichtlich nur wenigen Krankenhäusern Vorteile bringt. Zudem sind zahlreiche Detailfragen zur praktischen Umsetzung noch ungeklärt – etwa zur Berechnung der Budgets bei Leistungsänderungen in Folge krankenhausplanerischer Maßnahmen und zu Ausnahmeregelungen. Forderungen nach einer Verschiebung oder Anpassung dieser Regelung nehmen daher zu. Gleichwohl bleibt eine Reform dringend erforderlich, angesichts demografischer Entwicklungen, Fachkräftemangel und steigender Kosten im Gesundheitswesen.

Hinweis:

Dieser Beitrag (Stand: November 2025) knüpft an den Artikel „Erfolgsfaktoren im neuen Leistungsgruppen-System“ im kma Whitepaper „Krankenhausreform – Der neue Puls der stationären Versorgung“ an und vertieft die dort behandelten Themen.

Kostenloser Download unter <https://www.kma-online.de/mediathek/whitepaper/detail/krankenhausreform-15>



“ Die bundesweite Vereinheitlichung der Krankenhausplanung kollidiert mit föderalen Zuständigkeiten und erzeugt politischen Widerstand.



Die Reform der Reform

Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG), das am 8. Oktober vom Bundeskabinett beschlossen wurde, soll die mit dem KHVVG geregelte Reform nachjustiert werden. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen so anzupassen, dass die Bundesländer innerhalb ihres Mandats einen ausreichenden Gestaltungsspielraum erhalten, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Nachfolgend wird der aktuelle Stand (Redaktionsschluss: 21. November 2025) des noch im parlamentarischen Verfahren befindlichen KHAG dargestellt, der sich jedoch noch ändern kann.

Anpassung der Leistungsgruppen

Mit dem Start der neuen Krankenhausplanung werden bundesweit 61 Leistungsgruppen festgelegt, die neben den Leistungsgruppen aus NRW auch die zusätzliche Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ umfassen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Zuordnungslogik zu den NRW-Leistungsgruppen zum Teil deutlich von der auf Bundesebene vorgesehenen Zuordnungslogik durch den vom InEK entwickelten Leistungsgruppen-Grouper unterscheidet.

Eine zentrale Änderung betrifft die Anrechenbarkeit von Fachärzten in den Gruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“: Während das KHVVG vorsah, dass diese Fachärzte nicht in anderen Leistungsgruppen angerechnet werden dürfen, hebt das KHAG diese Beschränkung auf. Die Fachärzte dieser Basis-Leistungsgruppen dürfen jetzt in bis zu 3 Leistungsgruppen angerechnet werden – ein Vorteil insbesondere für kleinere Krankenhäuser. Darüber hinaus erfolgen verschiedene Anpassungen der Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen. Dabei wurden Empfehlungen des sogenannten Leistungsgruppenausschuss der Selbstverwaltungspartner weitgehend berücksichtigt.

Des Weiteren werden die Kriterien für Leistungsgruppen überarbeitet, Fristen verlängert und Vorgaben für Qualitätsprüfungen sowie Mindeststandards (z. B. in der Onkochirurgie) angepasst. Die bisherige 15 Prozent-Grenze für den Ausschluss von Häusern aus der onkochirurgischen „Gelegenheitsversorgung“ kann nach KHAG vom G-BA für einzelne Leistungsgruppen abgesenkt werden. Das Bezugsjahr für die Ermittlung der Fallzahlen in den noch festzulegenden onkochirurgischen Gruppen ist nach KHAG-Kabinettsentwurf das Jahr 2025. Bis zum 31. Mai 2027 soll das InEK die Häuser veröffentlichen, die ab 2028 bestimmte onkochirurgische Eingriffe nicht mehr abrechnen dürfen.

Bundesländer erhalten künftig mehr Spielraum, Ausnahmen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen und Kooperationen zwischen Krankenhäusern zuzulassen. Sie können – befristet auf bis zu drei Jahre und **im Einvernehmen mit den Kostenträgern** – von Qualitätskriterien abweichen, wenn eine Einrichtung als bedarfsnotwendig gilt. Die bislang vorgesehene Beachtung von Erreichbarkeitsvorgaben zu anderen Versorgern in der Region soll entfallen. Während diese Flexibilität von einigen Stakeholdern als notwendig zur Sicherstellung der Versorgung bewertet wird, sehen andere darin eine erhebliche Verwässerung der Reform. Kritisch ist, dass klare, rechtlich überprüfbare Kriterien für die Bedarfsfeststellung fehlen.

Vorhaltefinanzierung

Die Umstellung auf die Vorhaltefinanzierung bleibt grundsätzlich bestehen, jedoch mit Anpassungen der Fristen. Ein weiterer zentraler Punkt des KHAG ist die Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr. Damit soll mehr Zeit für die Klärung zahlreicher Detailfragen geschaffen werden.

„ Das KHAG gibt den Ländern mehr Spielraum, doch es verwässert aus Sicht vieler Akteure zentrale Elemente der Reform.

„ Nur wenige Krankenhäuser profitieren von der neuen Vorhaltefinanzierung, obwohl sie zunächst als Entlastung gedacht war.



Hybrid-DRG

Die von Krankenhausseite geforderte Änderung der KHVVG-Regelungen zu Hybrid-DRGs wurde im KHAG nicht umgesetzt. Krankenhäuser müssen sich daher intensiv mit den Auswirkungen auf ihre Standorte auseinandersetzen. Der Anteil bisher vollstationär behandelter Fälle, die ab 2026 und in den Folgejahren in den auf 69 Hybrid-DRGs ausgeweiteten Katalog überführt werden, wird deutlich steigen. Auch bei den Leistungsplanungen und den Budgetverhandlungen ist dies zu beachten, insbesondere auch um unnötige Fixkostendegressionsabschläge oder Mehrerlösausgleiche zu vermeiden und die wirtschaftlichen Auswirkungen der Erlösdifferenzen zu berücksichtigen.

Fachkliniken

Das BMG ist den Ländern im KHAG-Entwurf bei der Definition von Fachkliniken entgegengekommen. Die bisher im KHVVG verankerte Definition galt als praxisfern. Nach den geplanten Regelungen können Fachkrankenhäuser künftig von den Ländern der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet werden (§ 135d Abs. 4 Satz 3). Diese Zuordnung muss begründet und dem InEK zur Evaluation gemeldet werden. Die Länder sollen dabei eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung anhand geeigneter Kriterien anstreben – insbesondere hinsichtlich Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung. Grundlage für die Einstufung als Fachkrankenhaus ist eine Spezialisierung nach Erkrankungen (z. B. onkologische Erkrankungen), Krankheitsgruppen (z. B. Endoprothetik, Kardiologie), Personengruppen (z. B. Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung) oder Leistungsspektrum (z. B. Schmerzmedizin, naturheilkundliche Verfahren). Auch Einrichtungen mit mehreren Spezialisierungen, wie z. B. Herz- und Diabeteszentren, können „Level F“ erhalten. Voraussetzung ist ein relevanter Versorgungsanteil im jeweiligen Bereich. Ein Rechtsanspruch auf die Ausweisung als Fachkrankenhaus besteht jedoch nicht. Fachkrankenhäuser („Level F“) dürfen bestimmte Qualitätskriterien in den Bereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ durch Kooperationen oder Verbünde mit anderen Krankenhäusern oder vertragsärztlichen Leistungserbringern erfüllen (schriftliche Kooperationsvereinbarung erforderlich). Die Anpassungen für die Definition von Fachkrankenhäusern schafft mehr Flexibilität für hochspezialisierte Einrichtungen und erleichtert die Integration in regionale Versorgungsstrukturen. Sie stärkt Kompetenzzentren und sichert die Versorgung komplexer Krankheitsbilder. Allerdings löst die geplante Regelung nicht alle Probleme: Fachkrankenhäuser müssen weiterhin Fälle in allgemeinen Leistungsgruppen wie „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ abbilden. Die hierfür definierten fachlichen Anforderungen, insbesondere die geforderten Fachärzte, entsprechen jedoch häufig nicht den tatsächlichen Versorgungsanforderungen dieser Häuser und den spezifischen Patientenbedarfen. Damit bleibt die Herausforderung bestehen, Qualitätskriterien so anzupassen, dass sie die Besonderheiten von Fachkliniken realistisch berücksichtigen, ohne die Reformziele zu unterlaufen.

Lex „NRW“

Für Bundesländer, die ihre Leistungsgruppen bereits bis zum 31. Dezember 2024 verteilt haben, sieht das KHAG eine Ausnahmeregelung vor, faktisch betrifft dies nur Nordrhein-Westfalen (NRW), das die bundesweiten Vorgaben (Leistungsgruppen, Vorhaltefinanzierung, Mindestvorhaltezahlen) bis 2030 nicht anwenden muss. Ausgenommen hiervon ist die Begrenzung der onkochirurgischen „Gelegenheitsversorgung“ gemäß KHVVG in Krankenhäusern. Stattdessen kann das Land seine Versorgungsaufträge weiterhin auf Basis der bereits eingeführten



landesrechtlichen Leistungsgruppen planen und vergeben. Dabei gelten weder die bundesweiten Leistungsgruppen noch die entsprechenden Qualitätskriterien. Auch die Einführung der Vorhaltefinanzierung ist vor 2030 nicht verpflichtend, kann aber freiwillig vorgezogen werden. Im Ergebnis geht NRW damit einen eigenen Weg, während die übrigen 15 Bundesländer nach den bundesweiten Regelungen agieren müssen. Wie der Übergang von der Landeslösung zur Bundeslösung spätestens 2030 erfolgen soll, ist derzeit offen.

Eine Aufweichung der Regelung zur Standortdefinition für Krankenhausstandorte, die weiter als 2000 Meter auseinander liegen (2000 Meter Luftlinie-Regelung), wurde im Vorfeld des KHAG diskutiert, jedoch zumindest mit dem vom Kabinett beschlossenen Entwurf nicht umgesetzt. Es wäre auch schwer zu begründen, wenn ein Krankenhaus mit verschiedenen Krankenhausstandorten, die beispielsweise 5 Kilometer auseinanderliegen, die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nur im Verbund erfüllen müsste, während zwei eigenständige Krankenhäuser, die lediglich drei Kilometer auseinanderliegen, jeweils alle Anforderungen separat erfüllen müssten. Allerdings wird aktuell von Ländern in der parlamentarischen Bearbeitung des KHAG gefordert, diesen Abstand auf 5000 Meter zu erweitern.

Das nun laufende parlamentarische Verfahren zum KHAG wird im Ergebnis zeigen, welche weiteren Änderungen im Laufe der Beratungen erfolgen und wie stark die ursprünglichen Vorgaben des KHVVG tatsächlich modifiziert werden.

Krankenhäuser und Länder stehen unter Druck zur Restrukturierung

Die Reform verbessert die Finanzierung von Krankenhäusern nur dann, wenn freiwerdende Mittel aus Kapazitätsabbau auf verbleibende Einrichtungen umverteilt werden. Bleibt die Krankenhauslandschaft eines Bundeslandes unverändert, werden nahezu alle Häuser weiterhin strukturell unterfinanziert sein. Das KHVVG ist hier strategisch angelegt: Es verteilt zunächst lediglich die bisher in einem Bundesland eingesetzten Krankenhausfinanzierungsmittel leistungsgruppenbezogen zwischen den Krankenhäusern um. Damit zwingt es die Landesregierungen, ihre Krankenhausplanung neu auszurichten – mit Konzentrationen von Leistungen bis hin zu Schließungen von Standorten. Ohne solche Maßnahmen würde der Unmut der weiterhin unterfinanzierten Häuser wahrscheinlich direkt die Länder treffen, die diesen Unmut nicht an den Bund weitergeben könnten. Die Logik der Reform setzt damit klare Anreize für Strukturveränderungen und stärkt die Konzentration von Leistungen. Dies kann langfristig die Qualität und Effizienz der Versorgung verbessern. Gleichzeitig birgt der Ansatz erhebliche politische Risiken: Schließungen sind unpopulär und stoßen auf Widerstand in der Bevölkerung und bei lokalen Akteuren. Zudem besteht die Gefahr, dass Länder den Umbau verzögern, um Konflikte zu vermeiden, was die Reformziele gefährdet. Entscheidend wird sein, ob die Länder den notwendigen Transformationsprozess aktiv gestalten und dabei Transparenz sowie Ausgleichsmaßnahmen für betroffene Regionen sicherstellen.

Transformation finanzieren

In den kommenden zehn Jahren wird ein bundesweiter Krankenhaustransformationsfonds von 50 Milliarden Euro die Umstrukturierung unterstützen, indem er beispielsweise Mittel zur Verfügung stellen wird, um aus zwei bis drei Krankenhäusern in einem Landkreis oder einer Stadt ein zukunftsfähiges Zentralklinikum zu schaffen. Der Verzicht auf redundante Leistungsangebote ermöglicht es, mit weniger Personal die gleiche Zahl an Patientinnen und Patienten zu versorgen wie zuvor in parallelen

„ Ohne Strukturveränderungen bleiben fast alle Krankenhäuser unterfinanziert, weil das KHVVG lediglich bestehende Mittel neu verteilt.



Strukturen. Bei Entscheidungen, die die Förderung aus dem Transformationsfonds betreffen, ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben (§ 13 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG). Zusätzlich wurde ein Teil der Fördertatbestände auf Hochschulkliniken ausgedehnt. Schwerpunkte der acht Fördertatbestände werden sicher Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten (einschließlich der erforderlichen Angleichung der digitalen Infrastruktur) sein sowie die Schaffung von Notfallstrukturen (Integrierte Notfallzentren) und die Bildung von regionalen Verbünden. Weitere Fördertatbestände sind die Bildung von sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Aufbau telemedizinischer Strukturen, Bildung von Kompetenzzentren, Schaffung von Ausbildungskapazitäten und auch die Schließung von Krankenhäusern. Die Umsetzung von zu fördernden Vorhaben darf nicht vor Juli 2025 begonnen haben. Die Förderung ist von den Ländern beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zu beantragen. Erste Auszahlungen könnten ab April 2026 erfolgen. Die Länder werden sicher Förderaufrufe vorschalten und hierbei zum Teil auch ihre bisherigen Strukturen nach Landesrecht nutzen. Die im KHAG vorgesehene Korrektur, nach der der Bund mit 29 Milliarden Euro 58 Prozent der vorgesehenen 50 Milliarden Euro finanziert, ist sachgerecht. Ursprünglich sollten 50 Prozent von der GKV getragen werden – eine systemfremde Lösung, die den Beitragszahlern nicht zuzumuten gewesen wäre. Die Mittel des Transformationsfonds werden jedoch voraussichtlich nicht ausreichen, um die gesamte Umstrukturierung zu finanzieren, können den Prozess jedoch erheblich beschleunigen.

Was können die Krankenhaussträger daraus ableiten?

Jedes Krankenhaus sollte seine Systemrelevanz selbstkritisch hinterfragen. Das Leistungsangebot, zusammen mit Erreichbarkeitskriterien und redundanten Angeboten von Wettbewerbern, ist dabei von zentraler Bedeutung. Insbesondere Krankenhäuser, die Dienstleistungen anbieten, die auch von Wettbewerbern in der Region bereitgestellt werden, sollten sich mit diesen Wettbewerbern abstimmen, um gemeinsame und wirtschaftlich tragfähige Angebote zu schaffen. Ein intensiver Wettbewerb um Patienten, gefördert durch ein „Wettrüsten zwischen den Krankenhäusern“ einer Region, ist in Zukunft nicht mehr sinnvoll. Die Umsetzung der Vorhaltefinanzierung, wie sie im KHVVG geregelt ist, wird dazu führen, dass Leistungssteigerungen im Vergleich zur bisherigen Krankenhausfinanzierung schlechter vergütet werden.

Die Gesundheitsministerien haben keine rechtliche Grundlage, um Krankenhäuser zu schließen. Durch krankenhausplanerische Maßnahmen können sie jedoch im Rahmen der Reform selbst Rahmenbedingungen für einzelne Krankenhäuser schaffen, die dazu führen, dass Träger gezwungen sind, ihr Krankenhaus ganz oder teilweise zu schließen oder umfassend umzustrukturen, weil sie es in der aktuellen Form mit den zugewiesenen Versorgungsaufträgen nicht mehr wirtschaftlich betreiben können. Ein Teil der Krankenhaussträger hat dies bereits erkannt und stellt seinen Krankenhausbetrieb ganz oder teilweise ein oder verlagert ihn an andere Krankenhausstandorte innerhalb der gleichen Krankenhausgruppe oder sogar an andere Träger, um dort die Versorgung in optimierten Strukturen zukunftssicher fortzusetzen. Es sprechen bereits einige Krankenhaussträger miteinander darüber, ob sie ihre Krankenhausunternehmen zu größeren regionalen oder sogar überregionalen Krankenhausgruppen fusionieren. Die Bildung regionaler Krankenhausgruppen und die Optimierung

„Nicht jedes Krankenhaus wird die Zukunft meistern – die Reform stärkt große Einrichtungen und setzt kleinere Häuser spürbar unter Druck.



der Versorgungsstruktur innerhalb des neuen Krankenhausunternehmens sind wichtige Fördertatbestände des Transformationsfonds.

Reform der Notfallversorgung

Die angekündigte Reform des Rettungswesens und der Notfallversorgung sollte ebenfalls bei der strategischen Zukunftsausrichtung berücksichtigt werden. Die Einführung von integrierten Notfallzentren (INZ) in der die stationäre Notfallversorgung des Krankenhauses und die ambulante Notfallversorgung des vertragsärztlichen Bereichs zusammengeführt werden, ist angedacht. Es ist sehr wahrscheinlich, dass nicht jedes Haus, das derzeit eine G-BA-Notfallstufe (circa 1000) hat, ein INZ werden kann, u. a. weil es dafür bei weitem nicht genügend Kassenärzte gibt. Die nach Analyse der GKV circa 550 bestehenden Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in deutschen Krankenhäusern könnten eine Grundlage für Interdisziplinäre Notfallzentren bilden, sodass noch knapp 200 zusätzliche Praxen an Krankenhäusern anzusiedeln wären. Es wird für Krankenhausstandorte ohne KV-Notdienstpraxen wahrscheinlich schwierig, solche Strukturen noch zu etablieren. Es ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser ohne INZ insgesamt weniger Notfälle – und diese zudem selektiver – verzeichnen werden. Auch die Anzahl der stationären Aufnahmen von Notfällen aus den INZ dürfte sinken. Unabhängig vom Status eines INZ müssen alle Krankenhäuser weiterhin Notfälle behandeln. Folglich ist es erforderlich, den eigenen Krankenhausstandort strategisch auch im Hinblick auf die Notfallversorgung zu bewerten.

Krankenhäuser übernehmen neue Rollen

Die Funktion der Krankenhäuser wird sich wandeln. Die sektorübergreifenden Versorgungsleistungen durch Krankenhäuser nehmen durch die zunehmende Ambulantisierung und Hybridisierung immer mehr zu. In ländlichen Gebieten wird dies wahrscheinlich deutlicher zu spüren sein, wenn die vertragsärztliche Versorgung wegbricht, als in städtischen Gebieten. Krankenhäuser sollten sich darauf vorbereiten, diese ambulanten Leistungen kostengünstig, aber auch in guter Qualität und wettbewerbsfähig zu erbringen, indem sie entsprechende Strukturen und Prozesse mit geeignetem Personal schaffen.

Eine Erweiterung des Fokus über die stationären Leistungen hinaus mit Blick auf ambulante und zum Teil digitale Leistungen ist erforderlich, wie beispielsweise die telemedizinische Unterstützung zwischen Krankenhäusern oder zwischen Krankenhäusern und Patienten. Nichtstationäre Behandlungsformen, einschließlich der aufsuchenden Behandlung von Patienten im häuslichen Umfeld (Hospital at home), werden zunehmend an Bedeutung gewinnen. Unter „Hospital at Home“ fallen Leistungen wie mobile Geriatrie, pflegerische Angebote, poststationäre Betreuung durch Krankenhauspersonal oder sogar die vollständige Verlagerung von Diagnostik und Therapie in die Wohnung des Patienten. Diese Ansätze vermeiden ressourcenintensive Krankenhausaufnahmen und sind daher auch für Sozialleistungsträger interessant.

Trägerwechsel

Die Belastung durch die Restrukturierung könnte dazu führen, dass wieder mehr Krankenhäuser die Trägerschaft wechseln. Eine weitere Welle der Privatisierung von Krankenhäusern, die in kommunaler oder freigemeinnütziger Trägerschaft sind, ist nicht auszuschließen. Viele Kommunen sind entweder nicht mehr bereit oder können es sich nicht mehr leisten, die jährlichen



Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen und gleichzeitig Finanzmittel für Investitionsunterstützungen bereitzustellen. Die kommunalen Pflichtaufgaben reduzieren die Möglichkeiten hierzu immer mehr. Private Träger könnten in diesem Umfeld versuchen, ihre Marktpräsenz zu verbessern, um dadurch auch ihre Position für Verhandlungen mit dem Gesetzgeber und den Kostenträgern zu stärken.

Was kommt als Nächstes?

Ein großer Teil des KHVVG wird voraussichtlich umgesetzt werden. Das KHAG wird Nachbesserungen und Ausnahmeregelungen enthalten, die jedoch die grundsätzliche Ausrichtung des KHVVG nicht verändern werden. Der vom Kabinett beschlossene KHAG-Entwurf wird voraussichtlich im parlamentarischen Verfahren noch Anpassungen erfahren. Unabhängig vom Ausgang des Verfahrens wird das endgültige KHAG aber nicht die letzte gesetzliche Reparatur des KHVVG sein. Mit seiner am 21. November beschlossenen 55 Seiten langen Stellungnahme (Bundesrat Drs. 554/25) fordert der Bundesrat umfassende Nachbesserungen des KHAG im weiteren Gesetzgebungsverfahren. Diese Stellungnahme greift eine Vielzahl von Punkten des KHVVG und des KHAG auf. Es bleibt abzuwarten, was davon nach dem parlamentarischen Verfahren umgesetzt wird. Die Umsetzung der neuen Krankenhausplanung in den Bundesländern und die damit verbundene Anpassung der Krankenhausfinanzierung stehen vor der Herausforderung, dass sie auf eine historisch gewachsene Versorgungsrealität der deutschen Krankenhausstrukturen treffen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass im Laufe der Umsetzung weitere Probleme identifiziert werden, die durch zusätzliche Anpassungsgesetze gelöst werden müssen, um die Reform letztlich erfolgreich zu machen. Mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen sollte die politische Strategie darin bestehen, die Krankenhausversorgung mit den bisher verausgabten Mitteln zu verbessern, ohne dass die Kosten für das Sozialsystem weiter steigen. Damit wird noch mehr Effizienz vom Gesundheitssystem eingefordert. Sollte dies nicht gelingen, werden die Bürger wahrscheinlich Leistungsreduzierungen hinnehmen müssen, weil das derzeitige stationäre Versorgungsangebot in Zukunft voraussichtlich nicht mehr finanziert werden kann.

Es ist für jede Trägerschaft von Krankenhäusern wichtig, sich intensiv mit der Zukunftsfähigkeit und den Leistungsangeboten seiner Einrichtungen auseinanderzusetzen. Nicht jedes Krankenhaus in Deutschland wird die Zukunft meistern. Die Reform begünstigt vor allem größere Krankenhäuser, wodurch es für kleinere Einrichtungen mit Basisversorgung und einzelnen Schwerpunkten in einem Wettbewerb mit größeren Häusern besonders schwierig wird.

Die Behandlungsfelder der Zukunft werden schon jetzt besetzt. Entscheider in Krankenhäusern, die meinen, dass sie sich nicht in den oben dargestellten außerstationären Sektoren engagieren müssen, sind schlecht beraten. Der Zugang zu stationären Patienten wird in Zukunft zunehmend anders gestaltet sein, als in der Vergangenheit und zum Teil auch digital erfolgen. Der raumgreifende Slogan „Digital VOR ambulant VOR stationär“ wird mit Inhalten zu füllen sein. Um die durch die Leistungsgruppen und viele andere Regelungen geforderte Personalvorhaltung für die stationäre Leistungserbringung zu refinanzieren, brauchen Krankenhäuser den Erlösmix aus allen Sektoren.



Fazit

Eine Reform ist aus den genannten Gründen unausweichlich. Die gesundheitspolitisch intendierte umfassende Neustrukturierung der deutschen Krankenhausversorgung bietet nicht nur Risiken, sondern auch Chancen, die wir in unseren Krankenhäusern proaktiv und zukunftsweisend nutzen sollten. Die Neustrukturierung der Versorgungsangebote der Krankenhäuser über Leistungsgruppen und die geplante Reform der Krankenhausfinanzierung sind nur der Rahmen. Die Akteure müssen diesen Rahmen selbst ausfüllen, was bereits auf vielfältige Weise geschieht. Innovative Krankenhausgeschäftsführungen und Träger haben den Schritt gewagt, die Versorgungsstrukturen in ihrer Region zu überprüfen und, wo es ihnen möglich ist, zukunftsorientiert anzupassen. Obwohl die Krankenhausplanung in NRW über Leistungsgruppen und die Konzentration spezifischer Leistungsangebote umgesetzt wurde, führte dies nicht direkt dazu, dass Krankenhäuser aus der Versorgung genommen wurden. Dennoch hat die Umsetzung viele Aktivitäten ausgelöst. Die Anzahl der Klinikfusionen, die Bildung regionaler Krankenhausgruppen oder auch die Zusammenlegung von Krankenhausgruppen zu größeren Einheiten nimmt immer mehr zu. Ein Teil der Krankenhausgeschäftsführungen und der Aufsichtsgremien nimmt proaktiv Veränderungen an der eigenen Organisation vor. Regionale Krankenhausgruppen haben einen klaren Vorteil, da sie zwischen ihren Standorten Leistungen verschieben oder sogar auf einige Standorte verzichten können, um mit den verbleibenden Einrichtungen in wirtschaftlich optimierten Strukturen weiterhin qualitativ hochwertige Versorgungsleistungen zu schaffen.

Prof. Dr. med. Norbert Roeder,
Dr. Holger Bunzemeier
Geschäftsführende Partner bei Roeder & Partner – Ärzte PartG

► Quelle

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1703296.jsp?utm_source=perplexity



AGAPLESION

Clusterstrategie als Antwort auf den Wandel

Mit rund 140 Einrichtungen und 24.000 Beschäftigten ist Agaplesion der größte diakonische Gesundheitskonzern in Deutschland. Zur effizienten Strukturierung hat der Konzern insgesamt vier Cluster gebildet.

Gesundheitseinrichtungen leben derzeit in Zeiten von Extremen. Veränderungen finden nicht langsam und strukturiert, sondern schnell und damit schlecht planbar statt. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHSVG) sollte die Krankenhauslandschaft reformiert werden, hinter vorgehaltener Hand sogar der Markt „bereinigt“ werden. Was übriggeblieben ist, sind viele offene Fragen. Auch nach dem eingebrochenen Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) sind viele Dinge unklar z. B. wie die sogenannte Vorhaltefinanzierung funktionieren soll. Oder die Entscheidungen sind in die Beliebigkeit der Länder gestellt – was gar nicht schlecht sein muss. Trotzdem: Handlungssicherheit sieht anders aus.

Das alles passiert, während sich eine wichtige Ressource zwischen verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten aufteilen muss: Geld. Geld als gesellschaftliches Mittel, das von der Politik zumindest im Gesundheitswesen immer noch mit der Gießkanne verteilt wird, wird auch andernorts dringend benötigt. Soziale Leistungen geraten so stark wie selten zuvor in die Diskussion – hinsichtlich ihres Sinns, ihres Nutzens und insbesondere ihrer finanziellen Ausstattung. Was bleibt: Zahlungslücken, fehlender Mehrkostenausgleich und ein Gesundheitssystem, in dem mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser rote Zahlen schreiben – bedingt durch überbordende Bürokratie, unsinnige Vorgaben und zu geringe Finanzierung, trotz gesetzlicher Verpflichtung.

Die Umstände sind also denkbar schlecht. Jetzt könnte man sich fragen: Wer kann unter diesen Voraussetzungen überhaupt noch im Gesundheitswesen wirkungsvoll agieren? Die Antwort: Wir bei Agaplesion. Und das ohne jegliche Subventionen aus Steuergeldern. Möglich macht dies die konzerneigene Clusterstrategie.

Das „Clustern“ im Gesundheitswesen gilt nicht umsonst als nächste Evolutionsstufe der Krankenhausorganisation. Es wird aber von Organisation zu Organisation verschieden definiert und gelebt. Die Clusterstrategie bei Agaplesion hebt sich von den bekannten Clusterstrategien privater Klinikkonzerne ab. Diese fassen mehrere Klinikstandorte, die sich regional ergänzen, zu einem Cluster zusammen. Was offiziell Patientenströme effizient leiten soll, ist primär ein Mittel zur Senkung der Personalkosten. Folge dessen ist vor allem eine fehlende Regionalität am eigentlichen Standort. Eine Reaktion anderer Konzerne, die auf Fachkräftemangel und Kostendruck zurückzuführen ist, die wir bei Agaplesion aber bewusst in dieser Form nicht gehen.

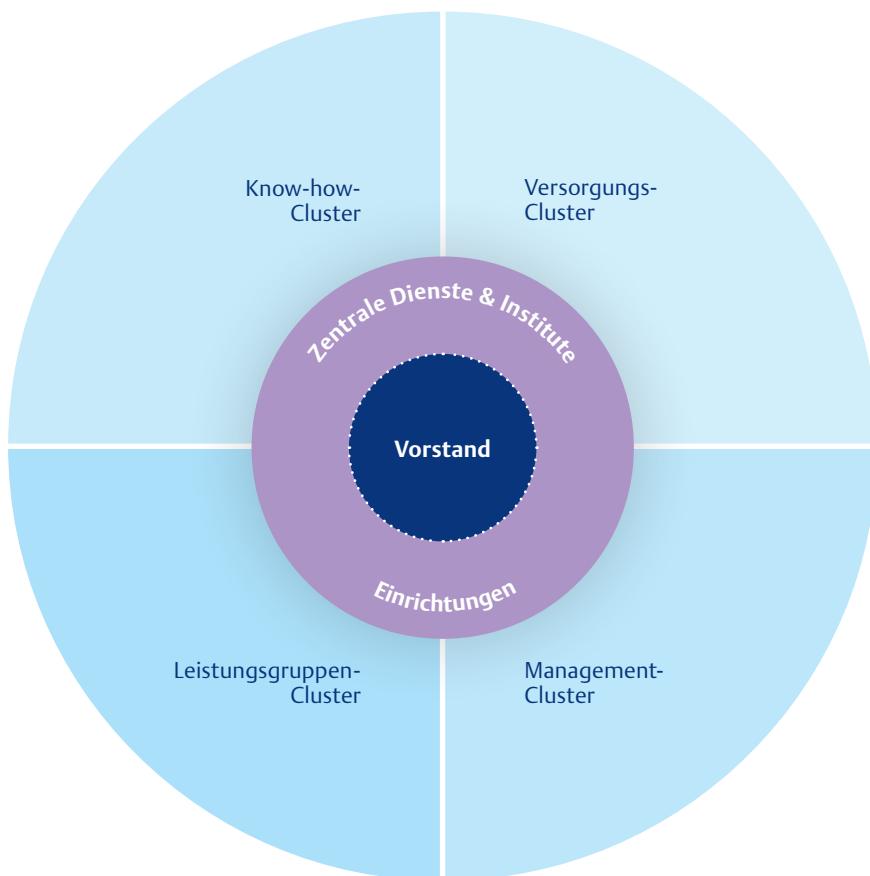
„Eine große Konzernstruktur mit der Anpassungs geschwindigkeit eines Start-Ups.“



Wir sorgen dafür, dass wir den regionalen Charakter der Häuser durch eine vor Ort präsente Geschäftsführung oder Einrichtungsleitung erhalten. Zugleich verbinden wir die lokalen Entscheidungsträger mit dem gebündelten Wissen aus über 140 eigenverantwortlichen, regional verankerten Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet. Wir stellen sicher, dass das Know-how zur richtigen Zeit am richtigen Ort ist und dass wir als Agaplesion schnell und agil auf Veränderungen der Politik oder im Markt reagieren können.

Das Ergebnis: Eine große Konzernstruktur – mit der Anpassungsgeschwindigkeit eines Start-Ups. Diese Geschwindigkeit wird in der aktuellen, volatilen Zeit, entsprechend vorausgesetzt. Denn: Nur wer sich mit der Geschwindigkeit des Marktes verändert, kann auch weiterhin erfolgreich an ihm partizipieren. Möglich machen dies unsere vier Konzerncluster.

Konzerncluster bei Agaplesion



Quelle: Agaplesion

Agaplesion Cluster im Überblick

Seit der Gründung im Jahr 2002 wächst Agaplesion kontinuierlich. Zum Beteiligungsportfolio zählen inzwischen 140 Einrichtungen in den Geschäftsbereichen Krankenhaus, Wohnen und Pflegen sowie Ambulante Medizin und Service und Logistik. Agaplesion hat in den vergangenen Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet, sowohl in Bezug auf die Anzahl der Mitarbeitenden als auch auf den Umsatz. Durch den Zusammenschluss und die Integration neuer Unternehmen sind zunehmend ausdifferenzierte und wirksame Konzernstrukturen nicht nur wirtschaftlich sinnvoll, sondern vor allem



auch notwendig, um eine erfolgreiche Integration in den Konzern und anschließend eine partnerschaftliche, maßgeschneiderte Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Know-how-Cluster

Die bestehenden Strukturen müssen sicherstellen, dass die verschiedenen Einrichtungen zusammengehalten werden können. Organisieren bedeutet immer: differenzieren und integrieren, also den Zusammenhalt organisieren. Es erfordert sowohl eine optimale Arbeitsteilung als auch eine erfolgreiche Integration – ein Zusammenbinden – und eine effektive Ausrichtung der verschiedenen Unternehmensbereiche. Agaplesion lebt von einer kontinuierlichen Vernetzung und versteht sich als Wissensorganisation. Wir stellen erforderliches Know-how optimal zur richtigen Zeit am richtigen Ort bereit.

Ein solches „Know-how-Cluster“ ist im sich schnell wandelnden Gesundheitssystem zwingend notwendig und sorgt für einen effizienten Ressourcen-Einsatz. So wurden Gremienstrukturen angepasst und Netzwerkteams gebildet. „Man muss nicht alles wissen – man muss nur wissen, wer es weiß“: Kollaboratives Arbeiten wird bei Agaplesion inzwischen durchgängig gelebt. Diese Strukturen werden fortlaufend ausgebaut und optimiert, um die verfügbaren (personellen) Ressourcen und das vorhandene Know-how mit maximaler Effizienz effektiv einzusetzen. Diese „Hands-on“-Mentalität und ein ausgeklügelter Wissenstransfer sorgen dafür, dass wir konzernweit immer „up-to-date“ sind.

Deswegen haben wir aktuelle Entwicklungen immer im Blick. Experten verfolgen Gesetzesinitiativen wie das KHVVG oder Neuerungen im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) und bewerten deren Auswirkungen auf unsere Einrichtungen. Diese Informationen werden direkt an die relevanten Entscheidungsträger, beispielsweise die Klinikgeschäftsführer, kommuniziert, sodass sie sich nicht selbst durch komplexe Gesetzestexte arbeiten müssen. Konzern und Einrichtungen entscheiden anschließend gemeinsam, wie angemessen darauf zu reagieren ist – etwa durch die Ambulantisierung bestimmter Leistungen – und wie man sich auf zukünftige Entwicklungen frühzeitig vorbereitet, um Risiken zu minimieren und Chancen zu nutzen.

Auch wenn jede Einrichtung eigenständig agiert, entsteht durch den Austausch ein starkes Konzernnetzwerk. Dieses bezieht alle Experten mit ein, nicht nur in leitender Position. Hierzu haben wir Gremienstrukturen angepasst und Netzwerkteams gebildet. Dazu gehören Teams, die beispielsweise im medizinischen oder auch im fachlich-organisatorischen Bereich tätig sind und in regelmäßigen Expertenboards zusammenkommen.

Indem wir Best Practices teilen, können erfolgreiche Ansätze in anderen Häusern adaptiert und multipliziert werden. Ein Beispiel sind Projekte zur Entwicklung von Stellenanzeigen, die bewusst vom Standard abweichen, um die Aufmerksamkeit potenzieller Bewerber zu gewinnen und die Arbeitgebermarke zu stärken. Solche innovativen Ansätze werden konzernweit geteilt, damit sie in weiteren Einrichtungen Anwendung finden und den Recruiting-Erfolg steigern.

Ausgewählte Beispiele aus unserem Know-how-Cluster:

- Aktuelle Informationen: Fachexperten beobachten Entwicklungen im u. a. gesundheitspolitischen Bereich und geben diese strukturiert weiter, bspw. durch Vorträge in Entscheidungsgremien



- Fachgesellschaften: Kolleginnen und Kollegen bringen Wissen aus Mitgliedschaften in Fachgesellschaften ein und teilen relevante Erkenntnisse
- Direkter Austausch: Besuche in anderen Einrichtungen zu spezifischen Themen und Fragestellungen fördern praxisnahen Wissenstransfer
- Zentrale Projektorganisation: Koordinierte Projekte wie das Fördermittelmanagement sorgen für konzernweite Transparenz und Umsetzung

Management-Cluster

Wir bringen regelmäßig alle Führungskräfte und Manager von Agaplesion im Rahmen unseres „Management-Clusters“ in verschiedenen Konferenzen und mehrtägigen Workshops zusammen. Kontinuierlich werden die Aufbauorganisationen der unterschiedlichen Geschäftsfelder analysiert und Anpassungsbedarfe identifiziert. Beispielsweise im Wohnen & Pflegen Bereich, aber auch bei verwaltungsbezogenen Aufgaben gilt es, die bestehenden Strukturen zu festigen und die Holdingsstrukturen auszubauen.

Beispielsweise sind inzwischen nahezu alle Einrichtungen im Bereich Wohnen & Pflegen unter einer gemeinsamen Holding organisiert und nicht mehr gesellschaftsrechtlich den Krankenhäusern zugeordnet. Dadurch wird Expertise in diesem Konstrukt gebündelt, was sich positiv auf die Qualität und Kontinuität der Versorgung unserer Bewohner auswirkt.

Das Gesundheitswesen verfügt über eine große Innovationskraft. Doch wenn der Markt zum dauerhaft kurativen Handeln gezwungen ist, kann diese Innovationskraft nicht ausreichend gelebt werden. Durch den effizienten Aufbau unserer Organisationseinheit soll eine notwendige Ambidextrie, ein „sowohl als auch“ ermöglicht werden. Wir erfüllen unseren Versorgungsauftrag und investieren gleichzeitig in Spezialisierung: Das verschafft uns den Raum für die notwendige Kreativität. Wir lassen uns und unseren Einrichtungen die Luft zum Atmen, indem wir Innovation nicht der ökonomischen Rendite opfern. Dabei wird beispielsweise der Bereich Künstliche Intelligenz (KI) intensiv mitgedacht, u. a. durch einen eigenen zentralen Dienst. Die Organisationseinheit wurde so ausgebaut, dass neue Technologien und digitale Lösungen frühzeitig bewertet und konkrete Handlungsvorschläge entwickelt werden. Eine Vorstellung potenzieller KI-Lösungen erfolgt im Rahmen des Management-Clusters. Einrichtungen müssen sich nicht selbst durch komplexe Themen arbeiten, sondern erhalten praxisnahe Empfehlungen, die direkt umsetzbar sind. Auch die Integrierung von neuen KI-Anwendungen wird durch den Zentralen Dienst unterstützt.

Leistungsgruppen-Cluster

Gerade in Zeiten, in denen die Bürokratie den Handlungsspielraum der einzelnen Akteure immer weiter begrenzt, braucht es neue, kreative Lösungen und einen Fokus auf den eigenen Gestaltungsspielraum. Diesen nutzen wir z. B. in Darmstadt, wo wir unsere christlich-diakonische Einrichtung mit dem städtischen Klinikum zusammenbringen möchten. Dabei entwickeln wir gemeinsame Versorgungspfade, bündeln medizinische Expertise und koordinieren die Leistungserbringung so, dass Doppelstrukturen vermieden und Patienten nahtlos und bestmöglich versorgt werden. Durch die enge Abstimmung entstehen Synergien in Diagnostik und Therapie, die sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Am Beispiel in Darmstadt wird deutlich: Wir legen Leistungsgruppen im Rahmen von „Leistungsgruppen-Clustern“ sinnvoll zusammen.



Warum machen wir das alles? Warum engagieren wir uns in diesem herausfordern-den Feld des Gesundheitswesens? Die Grundlage dafür liegt in unserer christlich-diakonischen Identität. Diese legt den Grundstein für unser Versorgungscluster und unsere 360-Grad-Versorgung, die über die eigentliche medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgeht.

Versorgungscluster

Ziel dieser 360-Grad-Versorgung ist eine vollumfassende Begleitung von der Geburt bis zum Lebensabend. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, müssen wir an einem Standort sektorenübergreifende Angebote vorhalten oder Kooperationen eingehen und gute Kontakte zu Mitversorgern pflegen. Demnach sind die Geschäftsbereiche Krankenhaus, Wohnen und Pflegen und Ambulante Medizin an einem Ort kein „nice to have“, sondern unser Beitrag für eine 360-Grad-Versorgung in allen Lebensphasen.

Lebensphasen lassen sich jedoch schlecht in definierte Zeitsegmente zergliedern. Allein das „hohe Alter“ ist in seiner Definition extrem vielfältig und permanent „im Fluss“. Servicewohnen, Betreutes Wohnen, stationäre Langzeitpflege, Palliativangebote sowie die medizinisch-geriatrische Anbindung – all diese Angebote sind passgenau auf eine sich womöglich schnell verändernde individuelle Lebenswirklichkeit abgestimmt. Sie zeigen, wie weitreichend und vielfältig eine 360-Grad-Versorgung ist, und wie gut die Organisation dahinter verzahnt sein muss. Exakt hier greifen unsere „Management- und Experten-Cluster“ und der gute Austausch zwischen unseren Einrichtungen.

Das Gesundheitssystem ist derart komplex, dass der Laie schnell den Überblick verliert. Starre Sektorenengrenzen, überbordende Bürokratie und das vielfältige medizinische Angebot stellen im Akutfall eine große Belastung und Überforderung dar. Patienten, Bewohner und deren Angehörige müssen sich mit immer neuen Gesundheitsdienstleistern und immer neuen Arbeitsprozessen auseinandersetzen, die Krankengeschichte immer wieder neu erzählen und die immergleichen Fragen beantworten.

Bei der 360-Grad-Versorgung geht es nicht allein um eine nahtlose Versorgung und Behandlung, sondern auch um Transparenz, gute Kommunikation und einen zuverlässigen Informationsfluss. Unseren Patienten, Bewohnern und deren Angehörigen wollen wir eine Odyssee ersparen. Während ihrer „Customer Journey“ in unseren Einrichtungen wollen wir sie verlässlich begleiten und ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Selbst wenn sie die Sektoren, unsere Geschäftsbereiche oder unsere Standorte wechseln, sorgen wir für die größtmögliche Konstanz an Qualität, Transparenz und reibungslosen Prozessen. Beispielsweise durch die Weitervermittlung zu Nachsorge-Angeboten oder Unterstützung mit Hilfe unseres Patientenportals.

Exkurs Customer Journey bei Agaplesion:

Die Customer Journey (Kundenreise) bei Agaplesion verfolgt das Ziel, Bewohner, Patienten, Hospizgäste und Angehörige in allen Lebensphasen bestmöglich zu begleiten. Im Krankenhaus z.B. von der ersten Kontaktaufnahme über Diagnostik und Behandlung bis zur Entlassung und Nachsorge. Die Maßnahmen reichen von baulichen (klare Beschilderungen, attraktive Wartebereiche etc.) bis hin zu organisatorischen Anpassungen. Diese beinhalten u.a. eine gute Kommunikation, die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Verbesserung von Kernprozessen sowie die Einbeziehung von digitalen Tools und Künstlicher Intelligenz.

„Unsere christlich-diakonische Identität legt den Grundstein für unser Versorgungscluster und unsere 360-Grad-Versorgung, die über die eigentliche medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgeht.



Bei Agaplesion kommt ein weiterer nicht mehr weg zu denkender Geschäftsbe- reich hinzu: Service und Logistik. In den vergangenen Jahren hat dieser Bereich enorm an Bedeutung gewonnen. Der Markt hat sich stark verändert und ist ex- trem anfällig für den plötzlichen Ausfall von Servicedienstleistungen geworden. Unsere Servicegesellschaften in den Bereichen Einkauf, Informationstechnologie, Medizintechnik, Catering, Reinigung und Logistik haben wir frühzeitig in die eigene Hand genommen. Das verschafft uns die größtmögliche Marktunabhängigkeit und unmittelbaren Einfluss auf die Qualität. Das ist relevant, weil auch diese vermeintliche „Unterstützungsarbeit“ ein wesentlicher und unabdingbarer Be- standteil unserer 360-Grad-Versorgung ist. So waren wir in der Corona-Pandemie durch den Zentraleinkauf und unser Logistikzentrum jederzeit mit ausreichend Schutzmaterial versorgt. Und wir gehören dank unserer IT zu den Vorreitern bei digitaler Transformation und KI.

Portfoliomanagement

Clusterbildung ist bei Agaplesion kein abstraktes Management-Schlagwort. Sie ist notwendig, da nachhaltige Versorgung nur durch intelligente Vernetzung und konsequente Weiterentwicklung gelingt.

Das bedeutet konkret

Wir setzen auf

- klare Strukturen zwischen Vorstand, Zentrale und unseren Einrichtungen,
- gezielte Integration von Einrichtungen und damit Erweiterung unserer medi- zinischen Leistungen vor Ort und
- eine konsequente Differenzierung unserer Angebote.

Wir überprüfen regelmäßig: Welche unserer Einrichtungen bleibt Teil von Agaplesion, und welche kann sich in anderen Strukturen besser entfalten? Dieses „zukunfts- gerichtete Portfoliomangement“ ist das strategische Steuerungsinstrument, das uns ermöglicht, nicht nur zu reagieren, sondern aktiv die Zukunft der Versorgung zu gestalten – bevor es zu spät ist.

Beim „zukunftsgerichteten Portfoliomangement“ wird keine reine Bestandsaufnah- me betrieben und weit mehr als der „Ist-Zustand“ analysiert. Es ist ein dynamischer Prozess, der systematische Planung, gezielten Ausbau und laufende Optimierung unseres Beteiligungsportfolios umfasst.

Grundlage unserer strategischen Planung ist ein strukturierter Analyseprozess, der sowohl interne Leistungsdaten als auch externe Markt-, Umwelt- und Umfeldentwick- lungen einbezieht. Unter Umweltfaktoren verstehen wir solche, die sich außerhalb des betrachteten „Agaplesion“-Systems befinden, z. B. Wissenschaft, Technische Entwicklung, Gesellschaftlicher Wandel. Umweltfaktoren hingegen wirken direkt und unmittelbar auf das System ein. Sie sind als die im jeweiligen Betrachtungskontext entscheidungsrelevanten Umweltfaktoren zu verstehen. So erkennen wir frühzeitig Trends, minimieren Risiken und nutzen Chancen gezielt – immer mit dem Ziel, die Versorgungsqualität und das medizinische Leistungsangebot nicht nur zu sichern, sondern kontinuierlich auszubauen und zukunftsfähig weiterzuentwickeln.

Ein zentrales Element unseres Portfoliomagements ist die strategische Ausrich- tung entlang definierter Versorgungsziele, wie wir sie beispielsweise in unserer 360-Grad-Versorgung definiert haben. Wir analysieren fortlaufend, welche

Folgende Kriterien beziehen wir ein, um unser Portfolio zu bewerten:

• **Medizinische Aspekte:**

Wir optimieren kontinuierlich un- ser bestehendes Leistungsangebot und bauen es stetig aus und um. Medizin wird immer komplexer, die Ansprüche an die Versorgung steigen. Bedarfe von Patienten und Bewohnern innerhalb der je- weiligen Region zu kennen und zu erfüllen, hat für uns höchste Priorität. Nicht nur heute, sondern gerade auch in der Zukunft.

• **Wirtschaftliche Aspekte:**

Als gemeinnütziges Unternehmen ist es nicht unser Ziel maximalen Profit zu erzielen. Aber wir müssen eine angemessene Rentabilität erreichen, um investitions- und wettbewerbsfähig zu bleiben. Viele Innovationen finanzieren wir selbst, gewährleisten dadurch einen hohen medizinischen Stan- dard und bleiben wirtschaftlich stabil.

• **Strategische Aspekte:**

Unsere Strategie- und Zielplanung beinhaltet sowohl langfristige, mittelfristige als auch kurzfris- tige Ziele. So behalten wir das große Ganze im Blick und bleiben gleichzeitig flexibel, um auf neue Entwicklungen schnell reagieren zu können. Wir sind bereit, Be- stehendes zu hinterfragen und auch einmal völlig neue Wege zu gehen – selbst wenn das bedeutet, Risiken einzugehen.



medizinischen Fachbereiche, Versorgungskonzepte und Standortstrukturen langfristig notwendig sind, um Menschen individuell und ganzheitlich durch alle Lebensphasen zu begleiten. Gesellschaftliche Megatrends, wie der demografische Wandel, die digitale Transformation, der Einsatz künstlicher Intelligenz und die zunehmende Ambulantisierung fließen dabei ebenso ein wie regionale Besonderheiten und lokale Bedarfe. Im Rahmen dieser Portfolio-Optimierung führen wir bewusst Transaktionen durch – sowohl zur Akquisition neuer Einrichtungen mit anschließender Integration in unseren Konzern als auch zur Veräußerung von Einrichtungen, die sich mit anderen Partnern erfolgreicher entwickeln können. Dabei ist unser Anspruch klar definiert: Jede Veränderung muss fair sein und einen echten Mehrwert für das Netzwerk und die Menschen vor Ort schaffen.

Wachstum durch regionale Cluster

Unsere Wachstumsstrategie basiert auf der Bildung regionaler Versorgungscluster. Wir denken Versorgung nicht in starren Sektoren, sondern in flexiblen, sich ergänzenden Strukturen, beispielsweise in der geriatrischen Versorgung. Wir stärken gezielt die Zusammenarbeit und Abstimmung innerhalb unseres Netzwerks und über die von der Krankenhauspolitik vorgegebenen – aus Versorgungssicht unsinnigen – Sektorengrenzen hinweg.

Im Krankenhausbereich stimmen wir unsere Leistungsgruppen gezielt aufeinander ab und entwickeln standortübergreifend unsere Leistungsgruppen-Cluster. Diese Cluster sind ein zentrales Element unserer Strategie. Sie ermöglichen uns, medizinische Leistungen gezielt zu bündeln und standortübergreifend zu organisieren. Anders als klassische Abteilungsstrukturen, die oft an einzelne Häuser gebunden sind, denken wir in Leistungsgruppen, die sich an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen der Region orientieren.

Das bedeutet konkret:

- Wir bauen Leistungsgruppen dort aus, wo beispielsweise spezialisierte Angebote auch wirklich gebraucht werden. Dazu zählen u. a. Geriatrie, Endoprothetik oder Onkologie. Damit vermeiden wir Doppelstrukturen. Gleichzeitig fördern diese Leistungsgruppen-Cluster die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten aus verschiedenen Einrichtungen arbeiten in gemeinsamen Teams, tauschen Wissen aus und entwickeln gemeinsam innovative Versorgungskonzepte. Das Ergebnis ist eine höhere Versorgungsqualität, mehr Effizienz und eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen.
- Auf der Makroebene denken wir über die sektorale Versorgung hinaus und gestalten die regionalen Rahmenbedingungen für eine transsektorale Vollversorgung. Die räumliche Nähe zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinheiten spielt dabei eine zentrale Rolle: Kurze Wege ermöglichen eine bessere Abstimmung, stärken die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und erhöhen die Versorgungsqualität für unsere Patienten. Darüber hinaus fördern wir digitale Schnittstellen und gemeinsame IT-Plattformen, um die Kommunikation und Dokumentation zwischen den Sektoren zu verbessern.
- Der Fokus unseres Wachstums liegt insbesondere auf Regionen, in denen Agaplesion bereits über ein starkes und gut funktionierendes Leistungsangebot und Netzwerk verfügt. Ein Beispiel dafür ist der Zusammenschluss der Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel mit dem Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar. Mit diesem Schritt haben wir nicht nur die stationäre Versorgung in der Region gesichert, sondern auch die Grundlage geschaffen, um medizinische Leistungen stärker zu vernetzen und Synergien zwischen den Fachbereichen



zu nutzen. Durch die Integration in unsere Konzernstruktur können Prozesse optimiert, Ressourcen gebündelt und die Qualität der Versorgung weiter gesteigert werden. So können wir bestehende Strukturen gezielt ausbauen und das regionale Versorgungsangebot nachhaltig stärken. Gleichzeitig evaluieren wir kontinuierlich neue Regionen mit hohem Versorgungsbedarf und prüfen, ob eine Expansion dort sinnvoll und strategisch zielführend ist.

Innovative Lösungen in herausfordernden Zeiten

Angesichts der zunehmend angespannten wirtschaftlichen Lage im Krankenhaussektor setzen wir auf innovative und kreative Lösungen bei der Clusterbildung. Ein herausragendes Beispiel ist die geplante Erweiterung unseres Gesundheitscampus in Darmstadt durch einen Zusammenschluss mit dem Klinikum Darmstadt. Dieses Projekt ist in seiner Größenordnung bislang einzigartig: Ein diakonischer und ein kommunaler Träger bündeln ihre Kräfte, um gemeinsam eine sichere und bessere Gesundheitsversorgung in Darmstadt zu gewährleisten. Hier zeigt sich einmal mehr, wie Clusterbildung in der Praxis funktioniert – als partnerschaftliche, sektorenübergreifende und zukunftsorientierte Strategie.

Was unsere Clusterstrategie auszeichnet: Regional handeln – überregional denken

Unsere Stärke liegt in der Verbindung von regionaler Präsenz und überregionaler Steuerung. Wir denken nicht nur in Gebäuden und Standorten, sondern vor allem in Versorgungs-, Management-, Know-how- und Leistungsgruppen-Clustern, die eng miteinander verbunden sind und ineinander greifen. Diese überregionalen Strukturen ermöglichen es uns, flexibel auf regionale Bedürfnisse zu reagieren und gleichzeitig strategisch zu agieren – für eine Versorgung, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Durch die überregionale Bündelung von Expertise und Ressourcen schaffen wir Synergien, die weit über die einzelnen Standorte hinauswirken. So können wir spezialisierte medizinische Leistungen zentral koordinieren und gleichzeitig lokal verfügbar machen.

Dr. Markus Horneber

Vorstandsvorsitzender bei Agaplesion

Kathrin Nicolai

Leiterin Strategie & Portfoliomanagement bei Agaplesion

Jakob Mähler

Pressesprecher bei Agaplesion



© Katholischer Hospitalverband Hellweg

REGION IM WANDEL

Fusion geschafft, Zukunft im Blick

Die Klinikfusion in Soest zeigt, wie konsequente Strukturentwicklung gelingen kann, wenn politischer Wille, klare Planung und ein verbindlicher Prozess zusammenwirken. Der Zusammenschluss schafft die Grundlage für ein leistungsfähiges Klinikum, das medizinische Angebote bündelt und den Standort langfristig stabilisiert.

Frühjahr 2025: Führungskräfte aus Stadt, Hospitalverband und beiden Häusern zeigen im den neuen Namen des Christlichen Klinikums Soest – ein sichtbares Zeichen für den gemeinsamen Weg nach einer langen Phase getrennten Wettbewerbs. Abgebildet sind: (v.l.) Christian Schug (Geschäftsführer Klinikum Stadt Soest), Tobias Franke (Kfm. Direktor Marienkrankenhaus Soest), Dr. Eckhard Ruthemeyer (ehem. Bürgermeister Stadt Soest), Christian Larisch (Geschäftsführer Hospitalverband), Guido Ponto (Vorsitzender Verwaltungsrat Hospitalverband), Thorsten Roy (Geschäftsführer Christliches Klinikum Unna) und Sabine Boschert (Kaufmännische Direktorin Klinikum Stadt Soest).

© Katholischer Hospitalverband Hellweg

Nach insgesamt zwölf Sitzungen der für die Fusion einberufenen Verhandlungskommission und beratungsintensiven 13 Monaten der Analyse, Planung und Verhandlung ist die Fusion des ehemaligen Klinikums Stadt Soest (KSS) und des Marienkrankenhauses Soest (MKS) am 12. Juni 2025 rechtlich beurkundet und die gemeinnützige Gesellschaft „Christliches Klinikum Soest (CKS)“ gegründet worden. Insgesamt versorgen nun rund 1800 Mitarbeitende jährlich etwa 74.000 ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten in 24 Fachkliniken an derzeit noch zwei Standorten. Die Bürgerinnen und Bürger der Kreisstadt Soest und der



Region profitieren durch die Bündelung des Leistungsangebotes von einer noch stärkeren und umfassenderen Gesundheitsversorgung.

Ein zweiter Anlauf mit klarem Ziel

In den vergangenen 25 Jahren hat sich die Wettbewerbssituation der beiden Krankenhäuser in Soest intensiviert – von einer eher arbeitsteiligen Vorhaltung und Versorgung zu Beginn der 2000er Jahre durch das DRG-System ab 2006 und nochmals deutlich durch die Aufhebung der Subdisziplinenplanung in NRW ab 2008. Zum Höhepunkt der Konkurrenzsituation gab es im Jahr 2016 in Soest doppelte Versorgungsangebote in allen Bereichen mit Ausnahme der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Kinderheilkunde. Bereits Mitte der 2000er Jahre wurden erste Gespräche zwischen den damaligen Gesellschaftern geführt, um die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit auszuloten. In diesem Zeitfenster wiesen beide Krankenhäuser noch stabile wirtschaftliche Ergebnisse auf. Diese führten im Umkehrschluss aus der jeweiligen Gesellschafterperspektive nicht die zwingende Notwendigkeit herbei, die Gesellschaften aus den verschiedenen Trägerschaften zusammenzuführen. Das KSS verblieb in der Solitärstruktur, das MKS schloss sich kurz darauf dem Katholischen Hospitalverbund Hellweg an.

Seither haben sich in der deutschen Krankenhauslandschaft erhebliche Veränderungen ergeben: Stärkere Regulierung, sinkende Fallzahlen nach der Covid-19-Pandemie, steigende Anforderungen an Strukturvorgaben und Mindestfallzahlen und damit größerer Druck auf kleinere Häuser. Der stetige Kampf um Fallzahlen führte in ländlichen Regionen wie Gütersloh, Lippstadt und Soest, in denen jeweils mehrere Häuser vertreten sind, zu einem – für die Themen Personal, ärztliche Weiterbildung, Etablierung von Zentren und bauliche Investitionen – nicht sinnvollen Wettbewerb. Entgegen der Auffassung bspw. des Bundeskartellamtes führte diese Form des Wettbewerbes nicht zu einer Verbesserung aus Konsumentensicht, sondern in vielen Fällen lediglich zu einer weiteren Ressourcenauskehr auf Leistungserbringerseite.

Nach dem Scheitern der ersten Gespräche in Soest schloss sich das MKS bereits im Jahr 2007 der Verbundstruktur des Katholischen Hospitalverbunds Hellweg an und konnte sich so innerhalb des steigenden Drucks gut positionieren. Bereits seit dem Jahr 2015 führte der Katholische Hospitalverbund Hellweg (für das damalige Katharinen-Hospital) in Unna Fusionsgespräche mit dem dortigen Evangelischen Krankenhaus Unna. Zwar waren in der Stadt die Abteilungsstrukturen der beiden Krankenhäuser gut abgestimmt, sodass nur noch wenige Doppelvorhaltungen existierten, dennoch waren die Geschäftsführung und der Verwaltungsrat des Hospitalverbundes überzeugt davon, dass in der Kreisstadt der Zusammenschluss der dort bestehenden beiden Krankenhäuser für die medizinische Versorgung sowie die ökonomische Stabilität absolut sinnvoll und zukunftsorientiert ist und sich nur so eine Positionierung für mögliche Förderszenarien ergeben kann. Im Frühjahr 2020 signalisierte das Bundeskartellamt der gestellten Voranfrage eine positive Prognose und im September 2020 konnte der Fusionsvertrag unterschrieben werden. So entstand aus den beiden früheren Krankenhäusern das gemeinsame Christliche Klinikum Unna mit zwei Standorten.

Zwischen 2010 und 2019 befand sich das KSS in einer zunehmend angespannten wirtschaftlichen Situation. Bereits zu Beginn des Jahrzehnts zeigten sich strukturelle Herausforderungen in der Finanzierung und Organisation, die sich zu einer deutlichen wirtschaftlichen Krise weiterentwickelten. Spätestens ab 2018 wurde

Die Anfänge

2000 – 2008

Wettbewerb verschärft sich, Aufhebung der Subdisziplinenplanung, erste Gespräche ohne Ergebnis

2007

MKS tritt dem Katholischen Hospitalverbund Hellweg bei

2010 – 2019

Wirtschaftliche Lage des KSS verschlechtert sich spürbar
Steigende Anforderungen und strukturelle Herausforderungen

2015 – 2020

(Unna als Referenzprozess)
Fusion in Unna vorbereitet, positives Signal des Bundeskartellamts 2020
Dient später als Modell für Soest

2018

KSS in wirtschaftlich kritischer Lage
Stadt beauftragt Kommission zu Gesprächen mit dem Verbund

2019

Zusammenschluss politisch beschlossen
Rahmenbedingungen aufgrund kommunaler Strukturen komplex

2020

Bundeskartellamt lehnt Fusion in Soest ab
Prozess wird zunächst gestoppt



deutlich, dass das KSS ohne strukturelle Neuaufstellung und ohne Unterstützung der Stadt Soest, kaum eine wirtschaftlich gute Perspektive erzielen kann.

Parallel dazu rückte die Landeskrankenhausplanung NRW zunehmend in den Fokus, die mit der geplanten Leistungsgruppenbildung eine stärkere Konzentration und Spezialisierung der Krankenhauslandschaft vorsah. Für das KSS bedeutete dies zusätzlichen Anpassungsdruck: Ohne tiefgreifende strukturelle Veränderungen und Kooperationen wäre die Erfüllung der künftigen Leistungsanforderungen nicht realisierbar gewesen. Im Juli 2018 beauftragte der Rat der Stadt eine Kommission mit der Aufnahme von Gesprächen mit dem Hospitalverbund. Mit gleicher Überzeugung wie in Unna hatte der Hospitalverbund zuvor den Gesellschaftern des städtischen Klinikums signalisiert, den in jeder Hinsicht sinnvollen Zusammenschluss beider Krankenhäuser in der Stadt erreichen zu wollen.

Im Mai 2019 wurde der Zusammenschluss der Häuser beschlossen, um auch hier die Chance auf Fördergelder durch Bund und Land perspektivisch zu schaffen. Die Rahmenbedingungen zeigten sich hierbei komplexer als in Unna. Die Ursache dafür lag in der kommunalen KSS zugrunde liegenden Vielfalt innerhalb der Gesellschafterstruktur, die naturgemäß die im Rat der Stadt Soest vertretenen Parteien widerspiegelte. Im umfangreichen Arbeitsprozess und trotz des Mehrheitsbeschlusses im Rat (pro Zusammenschluss der beiden Häuser) war die Gesprächskultur in den Sitzungen der Kommission, des Rates sowie in der ebenfalls über die Medien öffentlich geführten Diskussion immer wieder von Skepsis und Vorbehalten gegenüber einem Gelingen geprägt. Am häufigsten stand seitens der Politik in der Kritik, dass die Fusion mit einem katholischen Träger der Bürgerschaft nicht vermittelbar sei und die Selbstbestimmung des bisher kommunalen Hauses aufgegeben werde. Ebenso bestanden deutliche Vorbehalte zu den unterschiedlichen Tarifwerken zwischen Kirche und Kommune. Beendet wurde diese Phase der Kooperationsgespräche im Frühjahr 2020 durch die negative Rückmeldung des Bundeskartellamtes zu der für Soest gestellten Voranfrage bezüglich einer Fusion.

In der lokalen und regionalen Öffentlichkeit war der breit diskutierte Weg des möglichen Zusammenschlusses beider Soester Krankenhäuser grundsätzlich eher positiv konnotiert. Patientinnen und Patienten sowie insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte spiegelten zurück, dass sie ein Zusammengehen beider Soester Krankenhäuser ganz unabhängig von strategischen Fragen der Trägerschaft als positiv für die Patientenversorgung unterstützen würden. Ebenso wurde sowohl durch die Bezirksregierung, die Krankenkassen und das Land NRW an zahlreichen Stellen deutlich formuliert, dass ein Zusammenflussverfahren in Soest eine gute Entscheidung für die Zukunft sei, die Unterstützung erfahren sollte.

Ein strukturierter Weg zum Fusionserfolg

Das Jahr 2024 war geprägt von intensiven gesundheitspolitischen Rahmenentwicklungen. In Nordrhein-Westfalen zeigte sich deutlich, dass das Land und die Regierungsbezirke stärker als in den ersten Voten in die Leistungsplanung der Krankenhäuser eingreifen und die Konzentration von Leistungen gezielt vorantreiben.

Bereits frühzeitig führten Vertreter beider Kliniken Gespräche mit dem Ministerium und den Regionalkonferenzen, sodass die Steuerung des Fusionsprozesses eine neue Dynamik entfaltete: Das erste Votum des Ministeriums vom 14. Juni 2024 konkretisierte bereits Veränderungen auch für die Region Soest. Auch wenn

Neuer Anlauf

2023 / 2024

Landeskrankenhausplanung NRW forciert Konzentration
Gespräche mit Ministerium und Regionalkonferenzen starten

2024

Externe Beratung beginnt
Bestandsanalyse, Zielbild, Workshops, Risikoanalysen
Gemeinsamer Förderantrag für Standortkonzentration

12. Juni 2025

Rechtliche Beurkundung der Fusion
Gründung des Christlichen Klinikums Soest (CKS)
Start der Phase 1: gemeinsame Organisation und medizinische Verzahnung

Sommer / Herbst 2025

Schwerpunktbildung an beiden Standorten beginnt
Zusammenlegung der Chirurgie am CKS Mitte



noch eine Anhörungsphase folgte, zeichnet sich schon zu diesem Zeitpunkt ab, dass für Nordrhein-Westfalen an dem hohen Reformtempo festgehalten werden sollte. Neue Feststellungsbescheide sollten bis zum Jahresende 2024 erteilt werden.

Im Fall von Soest war der Schritt zur Fusion auch eine Reaktion auf die unterschiedlichen Vorschläge zur Umsetzung der Landeskrankenhausplanung. Die Notwendigkeit zur Anpassung an die Leistungsgruppenbildung und die damit verbundenen Vorgaben zur Spezialisierung und Effizienzsteigerung hätten die Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen Häuser gefährdet, wohingegen eine Kooperation unter einem gesellschaftsrechtlichen Dach Chancen zum Erhalt von Versorgungsangeboten ermöglichte. Dementsprechend war der politische Rückenwind in dieser Angelegenheit ein entscheidender Faktor. Sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene gab es breite Unterstützung für die Fusion, da die politisch Verantwortlichen die Notwendigkeit erkannten, eine robuste und leistungsfähige Krankenhausstruktur für die Bevölkerung zu schaffen beziehungsweise zu sichern. Diese politische Unterstützung hat den Prozess der Fusion beschleunigt und zu einer schnellen und reibungslosen Umsetzung beigetragen.

Von diesen Rahmenbedingungen waren auch die nun beginnenden Kooperations- und Fusionsgespräche in Soest geprägt. Der politische und zeitliche Druck, tragfähige Entscheidungen herbeizuführen, stieg zu diesem Zeitpunkt spürbar. So stand das Jahr 2024 nicht nur im Zeichen gesetzlicher Veränderungen, sondern auch einer spürbaren Neuorientierung in der regionalen Krankenhausplanung – mit Soest als Beispiel für konstruktive Umsetzung unter anspruchsvollen Rahmenbedingungen. Von Beginn an war klar: Eine erfolgreiche Fusion entsteht nicht nur am Verhandlungstisch, sondern wird in erster Linie durch einen strukturierten, transparenten und moderierten Prozess geführt. Unter Begleitung einer externen Managementberatung wurde zunächst eine umfassende Bestandsanalyse erstellt – organisatorisch, medizinisch und finanziell. Die Versorgungsleistungen beider Häuser sollten so zusammengeführt werden, dass Synergien entstehen, ohne Versorgungslücken zu riskieren.

Das Ergebnis sollte sein: Eine gemeinsame Gesellschaftsstruktur, die sowohl die wirtschaftliche Stabilität des Verbundes als auch die Verankerung in der kommunalen Daseinsvorsorge sicherstellt.

Dieser Ansatz erwies sich als entscheidend, um die Vielzahl an Themen – von Trägerfragen über medizinische Leistungsplanung bis hin zu Personal- und Finanzfragen – parallel und geordnet zu bearbeiten. So konnte trotz komplexer Interessenlagen ein gemeinsamer Fahrplan entstehen, der von allen Beteiligten mitgetragen wurde. In mehreren Workshops mit Führungskräften, Mitarbeitenden und politischen Vertreterinnen und Vertretern wurden verschiedene Zielbilder sowie ein tragbares Zukunftskonzept erarbeitet. Entscheidend war dabei die Frage, wie sich kommunale Verantwortung und konfessionelle Trägerschaft in einem zukunftsfähigen Modell verbinden lassen.

Zentrales Gremium war die Verhandlungskommission, in der die inhaltlichen Abstimmungen und Verhandlungen stattfanden und in der die Partner gemeinsame (Zwischen-)Entscheidungen zu wesentlichen Ergebnissen trafen. Durch die Besetzung der Verhandlungskommission mit den Gesellschaftervertretern konnten alle wesentlichen Gesellschafterthemen von grundsätzlicher Bedeutung zielgerichtet

Ausblick

2026

Konzentration der Kardiologie am CKS Mitte

Anpassung der Infrastruktur zur Unterstützung neuer Strukturen

2030

Vollständige medizinische und organisatorische Integration

Zusammenführung aller Leistungen am neuen Zielstandort CKS West

Einbettung in das Plankrankenhaus des Hospitalverbundes



geklärt werden. Unterhalb der Verhandlungskommission wurden Teilprojekte spezifischer Themenfeldern bearbeitet. Hier wurden – auch unter Einbindung interner und externer Expertinnen und Experten – Entscheidungsvorlagen und Handlungsoptionen für die Verhandlungskommission und die übergeordneten Gremien vorbereitet. Die wöchentliche Geschäftsführungs runde koordinierte die operative Arbeit der Teilprojekte, stimmte Prioritäten und Meilensteine ab und stellte den fachlichen Fortschritt sowie erste vorbereitende operative Umsetzungsschritte sicher.

Gemeinsame Eckpunkte und Zielbild der Fusion

Eine erste wichtige Richtungsentscheidung fiel mit dem gemeinsamen Förderantrag zur Gesundheitsversorgung in der Region Soest. Ziel der Partner war es, durch eine abgestimmte Antragstellung eine umfassende finanzielle Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen für die anstehende zukunftsfähige räumliche Konzentration der klinischen Angebote zur langfristigen Sicherstellung der Versorgung zu erreichen. Grundlage des Antrags war ein abgestimmtes Medizinkonzept, das sich an der Landeskrankenhausplanung orientiert und die Bündelung der stationären Leistungen zukünftig an einem Standort vorsieht.

Für die Umsetzung dieses Konzepts war eine gesellschaftsrechtliche Verbindung der Partner notwendig – sie bildet die Grundlage für die heutige Standortstruktur des CKS. Parallel zur Vertragsgestaltung wurde eine umfassende Risikoanalyse in Form von Due Diligence Analysen für jeden Partner erstellt. Diese dienten als Entscheidungsgrundlage und zur Identifizierung von Entwicklungspotenzialen. Sowohl die Verhandlungskommission als auch mehrere fachliche Arbeitsgruppen bearbeiteten operative und rechtliche Detailfragen. Nach ersten intensiven Verhandlungen und inhaltlichen Abstimmungen einigten sich die Gesellschafter auf zentrale Eckpunkte für die Neugestaltung der Krankenhausversorgung in Soest. Der Weg war somit klar: Ab 2025 werden der Katholische Hospitalverbund Hellweg und die Stadt Soest die stationäre Versorgung in der Region gemeinsam verantworten und ihre beiden Kliniken in einer gemeinsamen Organisationsstruktur zusammenführen.

Zwei Phasen als Weg zur vollständigen Integration

Im Vorfeld des konkreten Zusammenschlussverfahrens haben sich die Gesellschafter des Katholischen Hospitalverbundes Hellweg sehr intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, ob die bestehende Holdingstruktur nach nahezu 25 Jahren noch die optimale Zukunftsstruktur widerspiegelt. Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses war, die auf zehn GmbHs angewachsene Holding hinsichtlich der Gesellschaften zu verschlanken und alle Krankenhausleistungen zunächst in einer GmbH zusammenzufassen. Diese Schritte wurden vor dem Hintergrund der Soester Fusion bewusst von den Gesellschaftern in ein zweistufiges Verfahren übergeleitet, um die Fusion geordnet, rechtssicher und mit Blick auf die langfristige Versorgungsstruktur umzusetzen.

In der **ersten Phase**, ab 2025, werden die beiden Soester Krankenhäuser unter einem gemeinsamen Rechtsträger geführt und medizinisch sowie organisatorisch Schritt für Schritt enger verzahnt. Damit werden die Grundlagen geschaffen, um medizinische Leistungen, Prozesse und Personalstrukturen zu harmonisieren, Synergien zu heben und die Versorgung aus einer Hand zu steuern. Parallel laufen die Planungen und Anträge zur Erlangung geförderter Baumaßnahmen am Zielstandort, zur vollständigen Konzentration der stationären Leistungen.



Die **zweite Phase** – perspektivisch bis 2030 – zielt auf die vollständige Zusammenführung der klinischen Leistungen am Zielstandort und die vorstehende beschriebene gesellschaftsrechtliche Fusion der Krankenhausgesellschaften ab. Nach Abschluss dieser Phase wird das CKS in das gemeinsame Plankrankenhaus des Katholischen Hospitalverbundes Hellweg mit dann nunmehr drei Betriebsstätten in einer gemeinsamen Gesellschaft eingebunden sein. Mit diesem schrittweisen Vorgehen schaffen die Gesellschafter die Voraussetzung für eine nachhaltige, moderne und leistungsfähige Krankenhausstruktur – ein integrierter Klinikstandort mit christlicher Prägung, der die Gesundheitsversorgung in Soest und im Umland bündelt und stärkt.

Transparente Kommunikation mit Mitarbeitenden und Öffentlichkeit

Ein zentraler Bestandteil der Fusion war die kontinuierliche und offene Kommunikation mit den Mitarbeitenden und der Öffentlichkeit. Beschäftigte wurden durch parallel an beiden Standorten abgehaltene Informationsveranstaltungen, Mitarbeiterbriefe und regelmäßige Austauschrunden eingebunden, um Unsicherheiten zu minimieren und die Abläufe nachvollziehbar zu machen.

Parallel informierten die Kliniken über Pressemitteilungen, Webseiten, lokale und soziale Medien, etwa über die Namensgebung des CKS, Vertragsunterzeichnungen oder Umzüge von Fachabteilungen. Auch die politische Kommunikation der politischen Vertreter aus der Verhandlungskommission trug wesentlich dazu bei, die Fusion als gemeinsamen Schritt für die regionale Versorgung zu vermitteln. So wurde Transparenz geschaffen, Vertrauen gestärkt und die Fusion sowohl intern als auch extern als konstruktiver, gemeinsamer Prozess begleitet.

Die Bewährungsprobe nach der Fusion (Und was kommt jetzt?)

Grundsätzlich gilt: In einem sich weiter so rasant wandelnden Krankenhauswesen ist klar, dass für Konkurrenz kein Raum mehr bleibt, da die Ressourcen schlicht zu knapp werden dürften. Die derzeitigen regulatorischen Regelungen stehen allerdings an einigen Stellen den politischen Zielen der Zentralisierung entgegen. Beispielsweise stellt sich am Beispiel Soest deutlich dar, dass die Anforderungen für die Zusammenlegung von Standorten an kleinen Details oder auch einigen Entfernungsmetern zu scheitern drohen.

Klar ist schon jetzt, dass die Förderung von Fusionsvorhaben überdacht werden muss. Bei immer knapper werdenden Kassen in den Einrichtungen bleibt immer weniger übrig, um die Kosten einer Fusion – auf Seiten der Träger – schultern zu können. Wenn politisch der Wille zum Umbau der Versorgung erfolgreich vollzogen werden soll, sind hier weitere Aspekte zu berücksichtigen. Angesichts der schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor und der notwendigen strukturellen Anpassungen wird die Fusion der beiden Soester Krankenhäuser schrittweise bereits sehr konkret. Dabei lauten die Hauptziele, die medizinische Versorgung langfristig zu sichern, Doppelvorhaltungen abzubauen und Synergien zu nutzen, bis ein gemeinsamer Neubau den Zusammenschluss an einem Standort ermöglicht.

In der Übergangsphase zu einem gemeinsamen Neubau erfolgt aktuell die Schwerpunktbildung an den bestehenden Standorten: Am heutigen CKS Mitte (ehem. Marienkrankenhaus Soest) wurden bereits im Sommer und Herbst 2025 die Gefäßchirurgie sowie die Allgemein- und Viszeralchirurgie zusammengeführt. Das

‘‘Getragen wurde der gesamte Prozess von einem gemeinsamen christlichen Werteverständnis, das Verantwortung, Respekt und Zusammenhalt in den Mittelpunkt stellte.



CKS West (ehem. Klinikum Stadt Soest) konzentriert die Bereiche Unfallchirurgie und Orthopädie einschließlich Endoprothetik. Im Verlauf des Jahres 2026 wird zudem die Kardiologie am CKS Mitte konzentriert werden.

Die Investitionsplanung konzentriert sich in der Übergangszeit auf notwendige Anpassungen der Infrastruktur zur Unterstützung der neuen Schwerpunktstrukturen. Größere Investitionen erfolgen stets mit Blick auf den beantragten Neubau, um Doppelinvestitionen zu vermeiden und vorhandene Ressourcen gezielt einzusetzen. Langfristig soll der Zusammenschluss in einen Neubau am Standort CKS West münden, der alle Strukturen an einem Standort vereint und eine moderne, zukunftsfähige Patientenversorgung ermöglicht. Dazu stehen die Geschäftsführungen im fortlaufenden Austausch mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Ein umfassender Förderantrag wurde gestellt. Mit dieser abgestuften Vorgehensweise werden die organisatorischen, personellen und baulichen Voraussetzungen geschaffen, den Übergang bis zum Neubau wirtschaftlich und strukturell erfolgreich zu gestalten.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit im Entscheidergremium

Die Zusammenarbeit der Gesellschafter manifestiert sich insbesondere im neu gegründeten Aufsichtsrat der Gesellschaft. Die Stadt Soest ist weiterhin durch die Beteiligung als Gesellschafter am CKS mit rund 39 Prozent in die Struktur eingebunden. Neben dem Bürgermeister sind weitere drei Mitglieder des Rates der Stadt Soest in den Aufsichtsrat der CKS berufen worden, sodass ein kontinuierlicher Austausch über die Strukturen und Entwicklungen gesichert ist. Für den Hospitalverbund beziehungsweise dessen Gesellschafter sind sechs Personen in das Gremium entsandt. Das im Fusionsprozess gewachsene Vertrauen und die gute Zusammenarbeit mit dem kommunalen Partner hat auch in der Post-Fusionsphase weiterhin Bestand. Die bisherigen und auch geplanten strukturellen Entwicklungen des CKS werden gemeinsam betrachtet, möglichst im Konsens getragen und auch mit den weiteren Entwicklungen der Einrichtungen des Hospitalverbundes abgeglichen.

Über die formalen Schritte hinaus begannen die internen strukturellen Themen bereits mehrere Monate vor der Unterzeichnung des Fusionsvertrags. So initiierte und unterstützte die Geschäftsführung den Austausch und die persönliche Kontaktaufnahme zwischen Abteilungsleitungen, Teams beider Häuser sowie insbesondere zwischen der Mitarbeitervertretung des MKS und dem damaligen Betriebsrat des Klinikums Stadt Soest. Es fanden gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Fortbildungen sowie eine abgestimmte interne Kommunikation über die bestehenden Kanäle – Mitarbeiter-App, Intranet, E-Mailings – sowie Mitarbeiterversammlungen statt.

Dieses frühzeitige persönliche und digitale Kennenlernen trug entscheidend dazu bei, die unterschiedlichen Arbeits- und Unternehmenskulturen erlebbar zu machen. Viele bestehende Vorurteile und Barrieren konnten so unmittelbar abgebaut werden. Natürlich lassen sich Unternehmenskulturen, die sich über Jahrzehnte entwickelt haben, nicht durch einen Fusionsvertrag aufheben oder schlagartig verändern – jede ist auf ihre Weise wertvoll und verdient Wertschätzung. Deshalb wird die Integration konsequent über persönliche Kontakte, Hospitationen und Fortbildungen als stetiger Prozess weitergeführt. Und: Es wurde bereits mehrfach gemeinsam gefeiert so beispielsweise nach den gelungenen ersten Abteilungsumzügen, beim gemeinsamen Betriebsfest, einer ersten gemeinsamen PR- Aktion im Rahmen eines Frühstücks in der Stadt oder bei der traditionellen Soester Allerheiligenkirmes.



Gelungene Integration bei Personal und IT

Die Erweiterung des Hospitalverbundes wirkt sich gegenseitig auf alle Einrichtungen aber insbesondere für das heutige CKS West positiv aus, vor allem im Hinblick auf den Fachkräftemangel. Eine größere Personaldecke, das erweiterte medizinische Spektrum und die gestiegene Attraktivität eines starken, gemeinsamen Klinikums und Verbundes erhöhen die Sichtbarkeit im Recruiting. Unterstützt wird dies zusätzlich durch die gebündelte Kompetenz des zentralen Personalmanagements und eines spezialisierten Recruiting-Teams.

Ein weiteres Beispiel für gelebte Zusammenarbeit ist die Einführung eines einheitlichen Krankenhausinformationssystems im gesamten Hospitalverbund. Dabei unterstützen Key-User aus dem Verbund das CKS West aktiv vor Ort – ein greifbares Zeichen dafür, wie Fusion im Alltag Wirklichkeit wird. Die Fusion von Krankenhäusern stellt gerade die IT-Abteilungen vor immense Herausforderungen. Die Integration und Harmonisierung von (oftmals sehr verschiedenen) IT-Infrastrukturen und medizinischer Softwaresysteme (wie KIS – Krankenhausinformationssysteme, PACS – Bildarchivierungssysteme, etc.) ist eine der komplexesten und finanziell herausforderndsten Aufgaben der Post-Fusionsphase. Eine erfolgreiche Digitalisierung und Systemzusammenführung bildet jedoch das unverzichtbare Fundament für effiziente Prozesse, eine reibungslose Patientenversorgung und die Realisierung von Synergieeffekten. Im Fusionsprozess Unna konnten diesbezüglich schon sehr gute Erfahrungen gesammelt werden. Das gleiche Prinzip wird auch in der Fusion in Soest angewandt.

Breite öffentliche Zustimmung

Die erfolgreiche Fusion zum neuen CKS stieß in der Öffentlichkeit nahezu ausschließlich auf positive Resonanz. Lokale und regionale Medien berichteten ausführlich und durchweg wohlwollend über den gesamten Fusionsprozess – von den ersten Fortschritten bis hin zur Vertragsunterzeichnung. Neben der Geschäftsführung und den Gesellschaftern kamen dabei auch Mitarbeitende zu Wort. Eine aktive Öffentlichkeitsarbeit des Hospitalverbundes trug zu diesem positiven Bild bei: Sowohl über die eigenen Online-Kanäle und sozialen Netzwerke als auch durch Anzeigen in der lokalen Presse sowie durch besondere Aktionen – etwa das eigens organisierte „Fusionsfrühstück“ in der Soester Innenstadt – wurde der Zusammenschluss transparent begleitet und erlebbar gemacht. Vereinzelte kritische Stimmen, die noch vor Abschluss der Fusion in wenigen Leserbriefen oder Social-Media-Kommentaren geäußert wurden, sind seit der tatsächlichen Umsetzung verhällt.

Auch Rückmeldungen von Kooperationspartnern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Rehakliniken zeigen große Zustimmung und Unterstützung für den gelungenen Zusammenschluss. Im Rahmen des systematischen Qualitäts- und Meinungsmanagements beider Standorte des CKS sind zudem keine negativen Rückmeldungen seitens Patientinnen und Patienten oder Angehöriger erkennbar. Das Vertrauen der Einweisenden und Patientinnen und Patienten bestätigten eindrucksvoll, dass die Fusion strategisch sorgfältig vorbereitet und erfolgreich umgesetzt wurde.

Einheitliche Unternehmenskultur fehlt noch

Die erfolgreiche Fusion von Krankenhäusern endet jedoch nicht mit dem formalen Zusammenschluss der Strukturen. Eine der größten und gleichzeitig folgenreichsten Herausforderungen in der Post-Fusionsphase ist die Integration der vormals eigenständigen Organisationskulturen zu einer gemeinsamen, tragfähigen Iden-

“ **Voneinander Lernen ist ausdrücklich erwünscht!**



tität. Hierbei gilt aber auch: Voneinander Lernen ist ausdrücklich erwünscht! Die Aufrechterhaltung der Motivation und Identifikation der Mitarbeitenden ist dabei ein kritischer Erfolgsfaktor, um die Leistungsfähigkeit und Zukunftsfähigkeit der neuen Einheit langfristig zu gewährleisten. Auch wenn ein solcher Prozess dauert, wird die Entwicklung einer gemeinsamen Unternehmenskultur CKS als eine der wichtigsten Prioritäten des Managements angesehen.

Gemeinsame Werte, klare Ziele – Erfolgsfaktoren der gelungenen Fusion

Der bisherige Erfolg der Fusion zum Christlichen Klinikum Soest beruht auf einer klaren Zielorientierung aller Beteiligten, der Überwindung institutioneller Grenzen und einer offenen Kommunikationskultur. Von Beginn an stand das gemeinsame Ziel im Mittelpunkt, die Krankenhausversorgung in Soest und Region langfristig zu sichern und zukunftsfähig zu gestalten. Kommunaler und konfessioneller Träger arbeiteten vertrauensvoll zusammen und stellten Einzelinteressen zugunsten des Gesamtprojekts zurück. Eine transparente, direkte Kommunikation auf allen Ebenen sorgte für Vertrauen, Verbindlichkeit und Akzeptanz in einer Phase großer Veränderung. Getragen wurde der gesamte Prozess von einem gemeinsamen christlichen Werteverständnis, das Verantwortung, Respekt und Zusammenhalt in den Mittelpunkt stellte – und damit das Fundament für das erfolgreiche Zusammenwachsen bildete.

Christian Larisch

Geschäftsführer Katholischer Hospitalverbund Hellweg

Matthias Borchers

Geschäftsführender Partner Borchers & Kollegen Managementberatung



SÜV, PVZ & CO.

Gestaltung von ländlichen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg

Trotz noch offener bundesweiter Vorgaben zeigt Baden-Württemberg bereits, wie sektorenübergreifende Versorgung gelingen kann. Primärversorgungszentren und regionale Netzwerke verbessern den Zugang zur medizinischen Grundversorgung und liefern wertvolle Erfahrungen für die Weiterentwicklung der neuen SÜV.

Vielfältige Herausforderungen und Chancen

Der demografische Wandel stellt das Gesundheitssystem mit zunehmendem Fachkräftemangel, knappen finanziellen Ressourcen und einer wachsenden Zahl von hochaltrigen, chronisch und multimorbide erkrankten Patientinnen und Patienten vor große Herausforderungen. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung wird die bedarfsgerechte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung immer wichtiger: Deshalb gewinnt die Zusammenarbeit von Leistungserbringern sowohl im intersektoralen Bereich (ambulant/stationär/Rehabilitation/Pflege) als auch intrasektoral (z. B. zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten) sowie mit neuen, sektorenübergreifenden Berufsbildern wie Community Health Nurses (CHN) und akademisierten Pflegefachkräften immer größere Bedeutung. Diese neuen Berufsbilder besitzen in anderen Ländern bereits erweiterte heilkundliche Kompetenzen und können somit in der medizinischen Primärversorgung auch Diagnostik und Behandlungen übernehmen. Das baden-württembergische Modell zur inter- und intrasektoralen Zusammenarbeit sind so genannte Primärversorgungszentren (PVZ) und -netzwerke. Diese wurden bislang in rund 30 vom Land geförderten Projekten erprobt. Dabei konnte gezeigt werden: Modelle der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung wie Primärversorgungszentren oder -netzwerke und Community Health Nurses sowie ein Case Management für chronisch und multimorbide erkrankte Patientinnen und Patienten tragen dazu bei, eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung auch angesichts der genannten Herausforderungen aufrecht zu erhalten. Sie tragen insbesondere auch dazu bei, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und dadurch die Qualität und Kontinuität der Versorgung insgesamt zu verbessern.

Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg engagiert sich bereits seit vielen Jahren für eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. So hat Baden-Württemberg bereits im Jahr 2011 ein Gremium nach § 90a SGB V, den sektorenübergreifenden Landesausschuss, geschaffen. Im Jahr 2022 wurde dieser zum Sektorenübergreifenden Landesausschuss für Gesundheit und Pflege (SLA) erweitert – denn eine sektorenübergreifende, zukunftsfähige Versorgung betrifft neben dem Thema Gesundheit auch die Langzeitpflege. Ziel ist mittel- und langfristig nicht nur

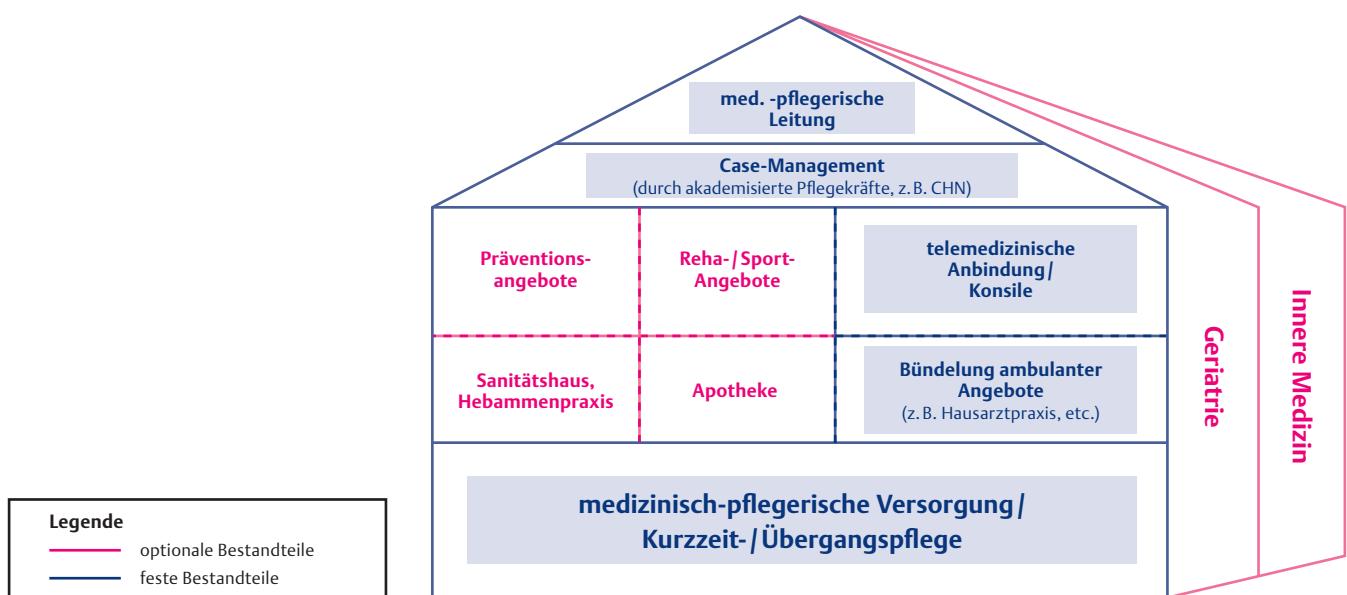


die Überwindung der Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung innerhalb der Regelungen des SGB V. Vielmehr sollen auch die Sektorengrenzen zwischen SGB V und SGB XI, also zwischen Gesundheitsversorgung und der ambulanten und stationären Langzeitpflegeversorgung, überwunden werden. Der SLA diskutiert als gemeinsames Gremium der verschiedenen Sektoren übergreifende Bedarfs- und Versorgungsfragen und entwickelt Handlungsempfehlungen für das Land.

Baden-Württemberg hat zudem von 2016 bis 2018 das Modellprojekt „Sektoren-übergreifende Versorgung in Baden-Württemberg“ initiiert und durchgeführt, das auf vielfältigen Daten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie auf Daten der Gesundheitsberichterstattung und -planung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beruhte. Im Ergebnis wurde ein sektoren- und landkreisübergreifendes Versorgungskonzept für drei Landkreise, die einer Modellregion zugeordnet wurden, entworfen. Auf dieser Grundlage wurden Handlungsempfehlungen für die verschiedenen politischen Ebenen erarbeitet.

Zusätzlich hat Baden-Württemberg in bislang drei Förderaufrufen zwischen 2019 und 2024 rund 30 Modellprojekte zur Planung, Konzeptionierung und Erprobung von Primärversorgungszentren und -netzwerken, sowie in drei Landkreisen regionale Strukturgespräche gefördert. Primärversorgungszentren oder -netzwerke stellen eine leicht zugängliche Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen dar. Im Sinne eines gemeindnahmen und quartiersbezogenen Ansatzes sollten sie gut in die örtlichen Strukturen eingebunden sein. Die Primärversorgungszentren umfassen präventive, gesundheitsfördernde, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen. Im Zentrum stehen in der Regel eine hausärztliche Praxis und ein Case-Management, etwa durch eine Community Health Nurse, das zu Untersuchungen und nächsten Behandlungsschritten berät und Menschen beim Zugang in das Gesundheitssystem unterstützt. Das folgende Modell eines Primärversorgungszentrums verdeutlicht das.

Primärversorgungszentrum nach baden-württembergischem Modell (2025)



Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg



Insbesondere für chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten werden dadurch Hürden in der Versorgung abgebaut, die Versorgung wird besser gesteuert und damit insgesamt bedarfsgerechter und effizienter. Mehrfachuntersuchungen und -behandlungen können vermieden werden, das Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung nimmt ab. Damit solche Projekte im Rahmen der Regelversorgung verstetigt werden können, bedarf es möglichst zeitnah eines gesetzlichen Rahmens, der die Wirtschaftlichkeit von Primärversorgungszentren grundsätzlich gewährleistet und bundesgesetzliche Grundlagen für neue, sektorenübergreifende Leistungen, wie ein Case Management für chronisch und mehrfach Erkrankte und sektorenübergreifende Berufsbilder wie die Community Health Nurse (CHN) legt.

Neue Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – Planungssicherheit sieht anders aus

Die Herausforderung der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im ländlichen Raum betrifft nicht nur Baden-Württemberg, sondern alle großen Flächenländer in Deutschland.

Als neue Form eines Krankenhauses wurden im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) die Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) geschaffen, die stationäre und ambulante Leistungen vereinen sollen, um die Versorgung zu sichern und niedrigschwellige bedarfsgerechte Angebote zu ermöglichen. Sie gehen wesentlich auf eine Initiative Baden-Württembergs zurück – doch die gesetzestechische Umsetzung bleibt deutlich hinter den Erwartungen zurück. Der große Wurf ist ausgeblieben. Dennoch prüfen in Baden-Württemberg einige Krankenhäuser bereits ihre Möglichkeiten für eine Umwandlung in eine SÜV. Um jedoch eine Transformation anzustoßen, bedarf es zeitnah gesetzlicher Anpassungen, z. B. die flexible Anpassung an regionale Bedarfe, Wirtschaftlichkeit sowie Antworten auf die zunehmenden pflegerischen Bedarfe.

Aktuell sind Kliniken in Hinblick auf SÜV gezwungen mit Annahmen und Mutmaßungen zu arbeiten. Welches Leistungsangebot ist möglich und passt es zum jeweiligen regionalen Bedarf? Wie flexibel ist es zu handhaben, kann auf regionale Besonderheiten eingegangen werden? Wie steht es um die Wirtschaftlichkeit einer SÜV gemäß KVVVG? Laut gesetzlicher Grundlage erfolgt die Finanzierung von SÜV über Tagespauschalen. Welche Tagespauschale werden die Kassen bei einem eingeschränkten Leistungsspektrum – wie dem einer SÜV – anbieten? Ändern sich die Personalanforderungen an SÜV (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V i. V. m § 2 Nr. 1 KHG) nicht, ist es fraglich, ob ein wirtschaftlicher Betrieb für SÜV möglich sein wird. Dabei ist aus medizinischer Sicht für eine SÜV keine ständige ärztliche Präsenz notwendig und könnte etwa durch eine Rufbereitschaft abgedeckt werden. Die hohen Personalfordernungen stehen der Wirtschaftlichkeit einer SÜV damit entgegen.

Solange der Leistungskatalog der SÜV und darauf aufbauend in einer weiteren Vereinbarung die Vergütung nicht festgelegt ist, schreitet die dringend notwendige Transformation im Gesundheitswesen nicht voran. Dies ist äußerst bedauerlich, da SÜV einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Primärversorgung, insbesondere auch in ländlichen Regionen, leisten könnten und sollten.



Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – Was es jetzt braucht

Aktuell wird das stationäre Angebot einer SÜV gemäß § 115 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V Pflichtleistungen aus der Inneren Medizin sowie der Geriatrie umfassen, mögliche und ggf. weitere stationäre Leistungen, sofern die SÜV hierbei von einem kooperierenden Krankenhaus telemedizinisch unterstützt wird (§ 115g Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 115g Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Um welche stationären Leistungen es sich jeweils im Einzelnen handelt, ist von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bis Ende 2025 im Rahmen einer Vereinbarung festzulegen. Darüber wird aktuell noch verhandelt. Zusätzlich können SÜV ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung, ambulantes Operieren nach § 115b SGB V und sonstige durch Krankenhäuser erbringbare ambulante Leistungen ebenso wie Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erbringen.

Damit die SÜV echte Neuerungen und vor allem Verbesserungen in das Gesundheitssystem bringen, bedarf es dringend weiterer gesetzlicher Anpassungen:

Flexibles Leistungsspektrum für SÜV: Damit SÜV ihren Beitrag zur Versorgung leisten können, ist eine bedarfsgerechte, regional angepasste Ausgestaltung von grundlegender Bedeutung. Dafür muss der Leistungskatalog der SÜV möglichst flexibel sein, mit einer breiten Auswahl an **möglichen** und möglichst wenigen verpflichtenden stationären Leistungen. Er sollte als möglichst flexibler Instrumentenkasten funktionieren, der entsprechend dem regionalen Bedarf und den bereits bestehenden Strukturen genutzt und angepasst werden kann.

Die Länder müssen zur Wahrung ihrer Planungshoheit zumindest mitbestimmen, welche Leistungen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden müssen beziehungsweise dürfen. Gemeinsam mit anderen Bundesländern hat Baden-Württemberg daher seit Längerem gefordert, dass diese Leistungen nicht in einer Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner festgelegt werden. Die Bundesländer haben stattdessen vorgeschlagen, dass die Selbstverwaltungspartner ein Konzept über die notwendigen und möglichen stationären Leistungen von SÜV sowie zu den Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung erarbeiten. Auf dieser Grundlage sollte das Bundesministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung erlassen, die die Anforderungen an SÜV regelt, und die der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

Nach aktuell geltender Gesetzeslage haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bis Ende 2025 eine Vereinbarung über das Leistungsspektrum zu schließen und darauf aufbauend eine Vereinbarung zur Vergütung. Dies ist zwingend notwendige Voraussetzung für alle weiteren Schritte. Daher ist es wichtig, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Interesse der Patientinnen und Patienten der Vereinbarung die notwendige Priorität einräumen und sich gemeinsam für eine zügige, inhaltlich gute und möglichst flexibel ausgestaltete Vereinbarung einsetzen. Um den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen mehr Planungssicherheit zu geben und die Transformation voran zu bringen, müssen die Vereinbarungen über Umfang und Vergütung so schnell wie möglich vorliegen. Die Akteurinnen und Akteure benötigen die rechtlichen Rahmenbedingungen für ihren Mut, Neues auszuprobieren.



Eigene Definition und Anpassung der Anforderungen: Es ist richtig, dass SÜV Teil der Landeskrankenhausplanung sind. Die Definition als Krankenhaus setzt jedoch in jedem Fall das Angebot akutstationärer Leistungen (Geriatrie, Allgemeine Innere Medizin) voraus. Dem regionalen Bedarf entsprechend kann es für SÜV angezeigt sein, medizinisch-pflegerische Leistungen und sektorenübergreifende medizinische Leistungen, jedoch keine akutstationären Leistungen anzubieten. Dies sollte gesetzlich ermöglicht werden. Akutstationäre Leistungen sollten optional möglich sein (siehe Abbildung „Primärversorgungszentrum nach baden-württembergischen Modell (2025)“).

Baden-Württemberg fordert vom Bund deshalb eine eigene Definition und Regelung für Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als **Krankenhäuser mit angepassten Anforderungen**. Derzeit sind akutstationäre Leistungen zwingende Voraussetzung für SÜV und würden eine hohe Kostenposition darstellen. Da SÜV im Vergleich mit anderen Krankenhäusern ein sehr eingeschränktes Leistungsspektrum haben werden, sollten auch Personalanforderungen entsprechend niedrigschwelliger angesetzt beziehungsweise angeglichen werden. Andernfalls ist die Wirtschaftlichkeit für SÜV nach derzeitigem Stand nicht gesichert. Sie könnten außerdem unter dem Aspekt der Fachkräfteverfügbarkeit in ländlichen Regionen zu einer Hürde werden. Die in Baden-Württemberg erfolgreich erprobten Primärversorgungszentren sind ursprünglich aus dem ambulanten Bereich heraus gedacht. Sie sollen für Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer Diagnose bei grundsätzlich möglicher ambulanter Therapiemöglichkeit einen zusätzlichen pflegerischen Bedarf haben, wenige Betten vorhalten. Das gilt auch für ähnliche Modelle in anderen Bundesländern.

Integration der medizinisch-pflegerischen Versorgung als weitere Leistung der SÜV:

Die SÜV sind bei entsprechender Ausgestaltung ein wichtiger Baustein, um sektorenübergreifend die medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulant – mit ambulanter Operieren als wichtigem Baustein – und stationär – mit Behandlungsleistungen von geringerer Komplexität. Das gilt vor allem, aber nicht nur für den ländlichen Raum. Kurzzeit- und Übergangspflege werden ebenfalls wichtige Elemente der SÜV sein, um vorliegenden Bedarfen entsprechend zu begegnen, und gleichzeitig andere Krankenhäuser durch Abverlegungen zu entlasten. Ein zentraler Bestandteil wird der medizinisch-pflegerische Aspekt dieser Häuser sein, der an Bedeutung zunehmen wird. Es gibt eine wachsende Zahl von zum Beispiel hochaltrigen, alleinlebenden Patientinnen und Patienten, deren Diagnose ambulant behandelt werden könnte, die sich aber während der Krankheit zuhause nicht allein versorgen können und pflegerisch versorgt werden müssen.

Diese Konstellation erscheint durch die bestehenden Leistungen nicht ausreichend abgedeckt. Übergangspflege nach § 39e SGB V ist beschränkt auf Fälle „im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage“, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V setzt voraus, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht ausreichend ist. Daher erscheint es angezeigt, medizinisch-pflegerische Versorgung an SÜV gesetzlich zu normieren. Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung an SÜV könnten dabei auch von Vertragsärztinnen und -ärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung



an SÜV wäre durch Vertragsärztinnen und -ärzte zu verordnen oder durch Krankenhäuser zu veranlassen. Als gesetzliche Grundlage wäre alternativ zu prüfen, die genannten bestehenden Pflegeleistungen entsprechend zu ergänzen. Denn die Zahl alter multimorbider Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Bedarfen wächst.

Weitere bundesgesetzliche Anpassungen notwendig

Perspektivisch sollten zunächst in Modellvorhaben die Pflegeleistungen einer SÜV tatsächlich sektorenübergreifend ausgestaltet werden. Pflegeleistungen nach SGB XI können derzeit gemäß KHVVG nur in wirtschaftlich und organisatorisch eigenständigen Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Dies war bisher schon für Krankenhäuser möglich, erscheint jedoch mit dem Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht vereinbar. Zudem erweist sich dies insbesondere mit Blick auf personelle und organisatorische Doppelstrukturen als ineffizient. In der Versorgungsrealität sind insbesondere im Fall von hochaltrigen Patientinnen und Patienten die Grenzen zwischen Übergangspflege nach § 39e und Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V einerseits sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des SGB XI, Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 SGB XI andererseits fließend. Eine Aufhebung dieser Trennung innerhalb von SÜV sollte zunächst modellhaft erprobt werden. Dabei sind die Auswirkungen auf die Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI zu betrachten.

Was gilt es also zu tun? Wichtig wäre insbesondere auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen bundesrechtlich zumindest mittelfristig zu regeln, dass Pflegeleistungen nach SGB V und SGB XI gemeinsam in einer Sektorenübergreifenden Einrichtung erbracht werden können. Diese Änderung muss jedoch gründlich vorbereitet werden, um auch die Wirkungen auf die Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zu überblicken. Mit der generalistischen Pflegeausbildung wurde bereits ein erster Grundstein gelegt, Pflegeleistungen nach SGB V und SGB XI zukünftig stärker gemeinsam zu erbringen. SGB V und SGB XI müssen dringend auch an anderen Stellen miteinander verschränkt werden.

Wie wird eine SÜV bestimmt?

Aus baden-württembergischer Sicht erfolgt die Entscheidung, ob ein Krankenhaus als SÜV weiterbetrieben wird, zukünftig anhand der folgenden Kriterien:

- Bisheriges Leistungsvolumen: eher kleineres Haus der Grund- und Regelversorgung, mit geringem Leistungsspektrum, Schwerpunkte vor allem in Innerer Medizin, Geriatrie, kein bedarfsnotwendiger Beitrag zur Notfallversorgung
- Zentral ist bedarfsbezogene regional angepasste Ausgestaltung und Steuerung
- Bestehende Versorgungsstrukturen und Erreichbarkeiten, z.B. Welche größeren Häuser mit welchem Angebot in welcher Entfernung? Ist Kurzzeitpflege- und Übergangspflege-Angebot vorhanden, auch mittelfristig? Wie ist die ambulante Versorgungssituation?
- Wirtschaftlichkeit
- Qualität der Versorgung

Limitierende Faktoren sind derzeit, dass konkrete nächste Schritte erst möglich sind, wenn die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über die stationären Leistungen der SÜV vorliegt. Erst dann wird es für Krankenhausträger und die oberste Landesplanungsbehörde möglich sein, einzuschätzen, ob eine Umwandlung eines Krankenhaus-Standortes hin zu einer



SÜV aus Versorgungssicht ebenso wie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sachgerecht erscheint. Deshalb ist ein zeitnäher, zumindest aber fristgerechter Abschluss der Vereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern bis spätestens Ende des Jahres 2025 für die Transformation essenziell. Ob SÜV zu einem Erfolgsmodell im Gesundheitssystem werden können, ist maßgeblich von den beschriebenen kurz- und mittelfristig erforderlichen gesetzlichen Anpassungen auf Bundesebene abhängig.

—

Manne Lucha
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration in Baden-Württemberg



TRANSFORMATIONSFONDS

Fördermöglichkeiten im Praxistest

Der Transformationsfonds soll Klinikträgern ermöglichen, Standorte neu auszurichten, Leistungen zu bündeln und digitale wie bauliche Modernisierung anzugehen. Für eine Förderung müssen sie anspruchsvolle Verfahrenswege, die landesseitige Kofinanzierung und enge Abstimmung mit den Behörden bewältigen.

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einer Phase tiefgreifender struktureller Anspannung. Demografischer Wandel, wirtschaftlicher Druck und Fachkräftemangel treffen auf steigende Qualitätsanforderungen – eine Kombination, die das bestehende System zunehmend an seine Grenzen führt.^{1,2} Auch die wirtschaftliche Situation vieler Kliniken bleibt angespannt. Der Investitionsstau wird auf mehr als sieben Milliarden Euro jährlich geschätzt. Länderzuschüsse reichen seit Jahren nicht aus, um den Modernisierungsbedarf zu decken. Steigende Personal- und Energiekosten sowie inflationsbedingte Preissteigerungen verschärfen die Lage zusätzlich. Nach aktuellen Analysen verzeichneten 2024 rund drei Viertel der Krankenhäuser ein Defizit, insbesondere öffentliche und freigemeinnützige Träger.^{3,4} Parallel steigen die Anforderungen an Qualität und Spezialisierung. Neue Qualitätsindikatoren, Mindestmengen und Leistungsgruppen erhöhen den Druck, Doppelstrukturen abzubauen und Leistungen zu bündeln. Für viele Häuser bedeutet dies, ihre Rolle im regionalen Versorgungssystem neu zu definieren, sei es als spezialisierte Einrichtung oder als Bestandteil eines Verbundes.⁵ Insgesamt zeigt sich: Die finanziellen, strukturellen und personellen Belastungen sind eng miteinander verflochten. Ohne eine grundlegende Modernisierung drohen Effizienzverluste, Standortschließungen und eine zunehmende regionale Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten.⁶

Die Krankenhausreform und der neue Transformationsfonds im Überblick

Mit dem zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen Krankenhausversorgungsverbeserungsgesetz (KHVVG) hat der Bund eine umfassende Reform der stationären Versorgung eingeleitet. Zentrales Finanzierungsinstrument ist der Krankenhaustransformationsfonds (KHTF), der mit bis zu 50 Milliarden Euro ausgestattet ist und je zur Hälfte von Bund und Ländern getragen wird. Über einen Zeitraum von zehn Jahren soll er Investitionen in die Modernisierung der Versorgungsstrukturen fördern und den Wandel hin zu einer qualitativ gesteuerten, wirtschaftlich tragfähigen und nachhaltig organisierten Krankenhauslandschaft unterstützen.^{7,8} Der Transformationsfonds zielt auf eine umfassende strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft. Im Mittelpunkt stehen Spezialisierung, Bündelung und Effizienzsteigerung: Krankenhäuser sollen Leistungen konzentrieren, Doppelstrukturen abbauen und sich stärker am regionalen Versorgungsbedarf orientieren. Förderfähig sind insbesondere Konzentrationen von Standorten, die Bildung regionaler Verbünde sowie die Umwandlung kleinerer Häuser in sektorenübergreifende Gesundheitszentren. Unterstützt werden auch Umstrukturierungen bestehender



Standorte, sofern sie der besseren Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung dienen. Der direkte Aufbau ambulanter Strukturen selbst ist jedoch von der Förderung ausgeschlossen, um Wettbewerbsverzerrungen gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern zu vermeiden. Ergänzend werden Investitionen in Digitalisierung und IT-Sicherheit unterstützt, etwa für interoperable Krankenhausinformationssysteme, digitale Patientenakten und telemedizinische Netzwerke. Unter dem Leitmotiv „Green Hospital“ sind zudem Maßnahmen zu Klimaschutz, Energieeffizienz und nachhaltigem Ressourceneinsatz förderfähig. Ein weiterer Förderschwerpunkt liegt auf Ausbildung und Personalentwicklung, mit dem Ziel, Fachkräfte zu qualifizieren, zu binden und die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern.⁷⁻⁹

Um die Umsetzung dieser Förderziele zu erleichtern und die Verfahren zu präzisieren, hat der Bundestag im Oktober 2025 das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) verabschiedet, dass die Reform inhaltlich und organisatorisch weiter konkretisiert. Ziel des Gesetzes ist es, zentrale Regelungen des KHVVG zu präzisieren und die Umsetzung der Krankenhausreform in der Praxis zu erleichtern. Es erweitert die Fördermöglichkeiten des KHTF, vereinfacht die Abstimmungsprozesse zwischen Bund und Ländern und schafft mehr Flexibilität bei der Definition von Leistungsgruppen. Damit reagiert der Gesetzgeber auf Rückmeldungen aus der Praxis und stellt sicher, dass der Transformationsprozess handhabbar und an regionale Gegebenheiten angepasst bleibt.⁶

Im Ergebnis führt der Transformationsfonds die bisherigen Förderinstrumente KHSF (Krankenhausstrukturfonds) und KHZF (Krankenhauszukunftsfoonds) zusammen und bündelt erstmals alle zentralen Entwicklungsachsen, von Struktur- über Qualitäts- bis hin zu Nachhaltigkeitszielen.⁸ Ergänzend bestehen auf Landesebene weiterhin Investitionsprogramme und Sonderfonds, die mit Mitteln des KHTF kombiniert werden können.^{8,10-12} Insgesamt markiert der Fonds einen Paradigmenwechsel in der Krankenhauspolitik: weg von kurzfristiger Defizitfinanzierung hin zu einer langfristigen, strategisch ausgerichteten Strukturförderung.^{6,8}

Der Transformationsfonds – Rahmenbedingungen & Inhalte

Gesetzliche Basis und Zeitplan

Die gesetzliche Grundlage der Krankenhausreform bildet das KHVVG, das am 1. Januar 2025 in Kraft getreten ist. Es schafft den rechtlichen Rahmen für eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte und effizientere Krankenhausplanung. Kernpunkte sind die Einführung bundeseinheitlicher Leistungsgruppen, die Förderung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte sowie die gezielte Konzentration medizinischer Leistungen.¹³

Ergänzt wird das KHVVG durch die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV), die am 18. April 2025 in Kraft trat. Sie regelt die Vergabe und Verwaltung der Mittel des KHTF. Förderfähig sind insbesondere Projekte zur Standortkonzentration, Umstrukturierung, telemedizinischen Vernetzung und Integration ambulanter und stationärer Angebote, um die Versorgungsqualität und regionale Strukturen zu stärken.⁸

Die operative Umsetzung begann im zweiten Halbjahr 2025. Ab Juli 2025 können Krankenhausträger Förderanträge vorbereiten, die über die zuständigen Landesbehörden an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) weitergeleitet werden. Die ersten Bewilligungen werden ab 2026 erwartet.⁸ In der praktischen



Anwendung zeigt sich, dass der Prozess hohe Anforderungen an Planung, Abstimmung und Dokumentation stellt, insbesondere aufgrund föderaler Unterschiede und teils unklarer Zuständigkeitsregelungen.¹⁴ Mit dem im Oktober 2025 beschlossenen KHAG reagierte der Gesetzgeber auf diese Herausforderungen, präzisierte zentrale Regelungen und vereinfachte die Koordination zwischen Bund und Ländern.⁶ Trotz dieser Anpassungen bestehen weiterhin offene Fragen hinsichtlich der finanziellen Ausstattung, der Planungshoheit der Länder und der Praxistauglichkeit einzelner Regelungen. Damit wird deutlich, dass die Reform zwar den richtigen strategischen Rahmen setzt, ihre erfolgreiche Umsetzung jedoch noch von der Ausgestaltung auf Landes- und Trägerebene abhängt.

Finanzierungsstruktur und Kofinanzierung

Die Finanzierung des Gesamtvolumens von 50 Milliarden Euro wird jeweils hälftig von Bund und Länder getragen. Während der Bundesanteil nach dem KHAG zu gleichen Teilen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus dem Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität“ gespeist wird, sind die Länder verpflichtet, ihren Kofinanzierungsanteil aus eigenen Haushaltssmitteln bereitzustellen. Diese Aufteilung soll die gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern stärken und zugleich eine an den regionalen Versorgungsstrukturen orientierte Mittelverwendung sicherstellen.^{6,8}

Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Vorhaltevergütung im Rahmen der Krankenhausreform

Abb. 1

Bundeseinheitliche Leistungsgruppen

Sollen die Leistungserbringung der Krankenhäuser definieren.

Basierend auf den **60 somatischen Leistungsgruppen** des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022. Ergänzt werden **5 zusätzliche Leistungsgruppen**.

Krankenhäuser erhalten für zugewiesene Leistungsgruppen ein **Vorhaltebudget**.

Ab dem 01.01.2027 erhalten Krankenhäuser für jede zugewiesene Leistungsgruppe und je Kalenderjahr ein **Vorhaltebudget**. Die Summe aller Vorhaltebudgets ergibt das **Gesamtvorhaltebudget**.

Zusammensetzung des Vorhaltebudgets:

$$\sum \text{Vorhaltevolumina} \times \text{LBFW}$$



Qualitätskriterien & Mindestvorhaltezahlen

Gelten je Leistungsgruppe zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Krankenhäuser werden Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen, wenn sie die Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen erfüllen.

Zuweisung von Leistungsgruppen bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien

Möglich, wenn dies für die Leistungsgruppen **nicht ausgeschlossen** ist und zur Sicherstellung einer **flächendeckenden Versorgung** zwingend erforderlich ist.

z. B. Überschreitung der **Fahrzeiten**:

- Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: **30 Minuten**
- Übrige Leistungsgruppen: **40 Minuten**

Quelle: KPMG Law

Die Verteilung der Bundesmittel auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Auf Länderebene sind die zuständigen Behörden für die Umsetzung verantwortlich. Sie koordinieren die Mittelvergabe in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und gewährleisten die ordnungsgemäße Verwendung nach Maßgabe der Förderrichtlinie des BAS. Zusätzlich können sich Krankenhausträger mit Eigenmitteln beteiligen, insbesondere bei investiven Bau-, Struktur- oder Digitalisierungsmaßnahmen. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass die Vorhaben im Krankenhausplan des jeweiligen Landes verankert sind,



eine Doppelförderung ausgeschlossen bleibt und die Maßnahmen den Anforderungen des Artikels 143h GG entsprechen, wonach die Mittel als „zusätzliche Investitionen in die Infrastruktur“ zu qualifizieren sind. Damit wird sichergestellt, dass die Förderung zielgerichtet erfolgt und ausschließlich Projekte unterstützt werden, die zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft beitragen.^{6,8}

Zur Veranschaulichung der künftigen Finanzierungs- und Leistungsstruktur zeigt Abbildung 1 die zentralen Elemente der Krankenhausreform: die Einführung bundeseinheitlicher Leistungsgruppen mit zugehörigen Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen sowie die neue Vorhaltevergütung.

Fördertatbestände

Der KHTF fördert acht zentrale Vorhaben zur strukturellen Neuausrichtung der stationären Versorgung. Sie bilden den Kern der Reformumsetzung nach dem KHVVG und schaffen die finanziellen Grundlagen für Konzentration, Spezialisierung und Modernisierung der Krankenhauslandschaft.⁸ Die in Abbildung 2 dargestellten Fördertatbestände verdeutlichen die Bandbreite der möglichen Maßnahmen, von der standortübergreifenden Bündelung akutstationärer Versorgungskapazitäten über die Umstrukturierung bestehender Häuser bis hin zur Bildung regionaler Krankenhausverbünde, integrierter Notfallstrukturen und spezialisierter Zentren. Auch telemedizinische Netzwerke, zusätzliche Ausbildungskapazitäten sowie dauerhafte Schließungen von Standorten oder Abteilungen im Rahmen abgestimmter Strukturkonzepte können gefördert werden.

Fördertatbestände und Eckdaten des Krankenhaustransformationsfonds

Abb. 2

Der Transformationsfonds bietet für Kliniken ein Investitionspotenzial in verschiedenen Bereichen

Der Transformationsfonds ist ein zentraler Bestandteil des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG). Der Fonds stellt die finanzielle Grundlage für die Umsetzung der Krankenhausreform dar, indem er die finanziellen Mittel bereitstellt, die Kliniken und Länder benötigen, um sich an die neuen Regelungen und Strukturen anzupassen.

Im Einzelnen werden die folgenden acht Vorhaben gefördert:

		Fakten
	Standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten	01.01.2026 Ab dem 01.01.2026 kann mit der Umsetzung von förderfähigen Vorhaben begonnen werden.
	Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden zum Abbau von Doppelstrukturen	
	Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes	10 Jahre Die Laufzeit des Transformationsfonds ist von 2026 bis 2035 angesetzt.
	Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen (inkl. roboter-gestützter Telechirurgie)	
	Vorhaben zur dauerhaften Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses	50 Mrd. Insgesamt stehen 50 Mrd. Euro zur Förderung der Vorhaben bereit.
	Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen	
	Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten	

Quelle: KPMG Law



Im Mittelpunkt stehen Projekte, die zu einer qualitativen und wirtschaftlichen Neuausrichtung der Krankenhausversorgung beitragen. Förderfähig sind insbesondere Zusammenschlüsse, bei denen Leistungsgruppen an einzelnen Standorten konzentriert werden, sowie bauliche oder organisatorische Anpassungen an neue Vorhalteanforderungen. Neben Bau- und Umbaumaßnahmen können auch Personal-, Beratungs- oder Ausstattungskosten einbezogen werden, sofern sie für die Umsetzung erforderlich sind.^{6,8,10}

In bestimmten Fällen sind auch Schließungsvorhaben förderfähig, wenn sie infolge von Konzentrations- oder Umstrukturierungsmaßnahmen erfolgen und zu einer nachhaltigen Effizienzsteigerung führen, ohne die regionale Versorgung wesentlich zu beeinträchtigen. Dazu zählen etwa Abriss- und Rückbaumaßnahmen, Personalmaßnahmen im Rahmen von Sozialplänen sowie nachlaufende Verpflichtungen. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn durch die Stilllegung wirtschaftliche Vorteile entstehen oder der betroffene Leistungsbereich von einem anderen Träger fortgeführt wird.⁸

Verwaltungs- und Antragsverfahren

Die Vergabe der Fördermittel aus dem KHTF erfolgt in einem zweistufigen Verfahren, das eine enge Abstimmung zwischen Ländern, Krankenkassen und Bund erfordert. Zunächst reichen Krankenhausträger ihre Projektvorschläge bei den zuständigen Landesbehörden ein, die Förderfähigkeit und strukturelle Bedeutung für die Krankenhausplanung prüfen und sich mit den Landesverbänden der Krankenkassen abstimmen. Anschließend priorisieren die Länder die Vorhaben und übermitteln sie digital über das BAS-Antragsportal. Das BAS prüft die Anträge auf Beihilfe-, Vergabe- und Förderrechtskonformität und entscheidet über die Bewilligung der Mittel. So wird eine fachliche wie rechtliche Qualitätskontrolle sichergestellt.^{8,9}

Um eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen, wurden mit dem KHAG die Fristen und Abläufe an die praktischen Erfordernisse angepasst. Die Übergangsregelungen sollen Ländern und Krankenhausträgern mehr Planungssicherheit geben und ermöglichen eine gestufte Einführung der neuen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien.⁶

Trotz der durch das KHAG geschaffenen Vereinheitlichung der Fristen und Abläufe zeigen sich in der praktischen Umsetzung weiterhin deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Nordrhein-Westfalen integriert den Fonds in die laufende Landes-Einzelförderung und verzichtet vorerst auf eigene Förderaufrufe, während Bayern ausschließlich über das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) abwickelt.^{19,20} Schleswig-Holstein koppelte den Start an die Veröffentlichung der BAS-Förderrichtlinie, während Hessen und Sachsen-Anhalt eigene digitale Verfahren vorbereitet haben.²¹⁻²³ Diese föderale Vielfalt verdeutlicht den bestehenden Gestaltungsspielraum bei der praktischen Umsetzung und führt zu unterschiedlichen administrativen Anforderungen für Krankenhausträger.

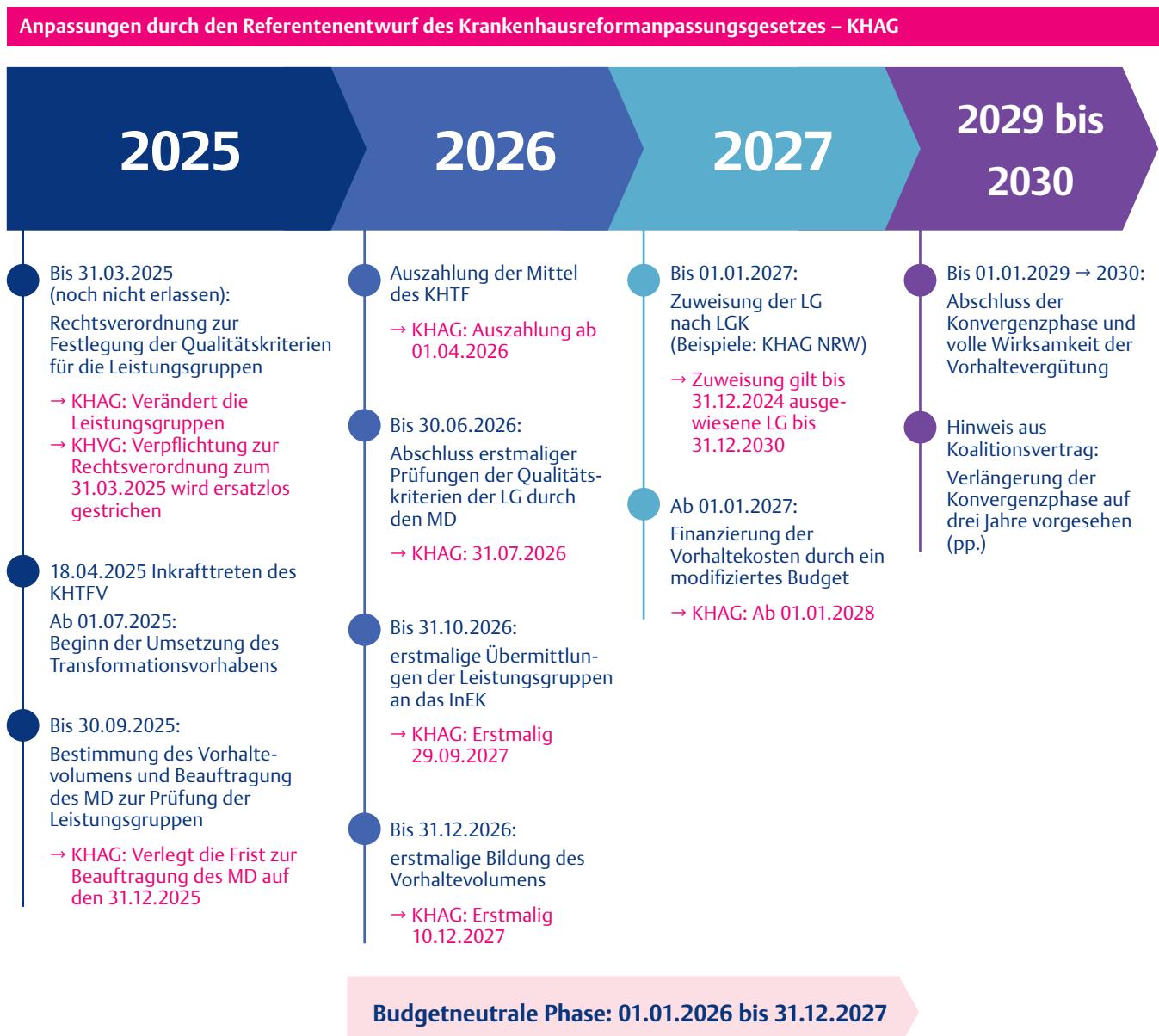
Auf Bundesebene orientiert sich die Umsetzung dabei an einem einheitlichen Zeitplan. Die zentralen Meilensteine, vom Inkrafttreten der Transformationsfonds-Verordnung über die Zuweisung der Leistungsgruppen bis zur vollen Wirksamkeit der Vorhaltevergütung im Jahr 2030, sind in Abbildung 3 dargestellt.



Zeitplan und Anpassungen durch das Krankenhausreform-Anpassungsgesetz

Abb. 3

Der Krankenhaustransformationsfonds im Überblick: Wesentliche Fristen der Krankenhausreform unter Beachtung der aktuellen Rechtslage



Quelle: KPMG Law

Maßnahmen für eine erfolgreiche Antragstellung

Erfolgreiche Förderanträge im Rahmen des Transformationsfonds zeichnen sich nicht allein durch formale Korrektheit aus, sondern durch eine frühzeitige strategische Planung, klare Projektlogik und belastbare Nachweise zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Die nachfolgende Abbildung 4 zeigt zentrale Prozessschritte, die sich in der Förderpraxis bewährt haben und den Ablauf einer erfolgreichen Antragstellung verdeutlichen.



Prozessschritte einer erfolgreichen Antragstellung im Rahmen des Transformationsfonds

Abb. 4



Quelle: KPMG Law

Aktuelle Fallbeispiele

Hessen: Fusion zur Stärkung der regionalen Versorgung

In Nordhessen wird derzeit die Fusion zweier kommunaler Kliniken vorbereitet, die künftig als gemeinsames Haus mit zwei Standorten unter einer Trägerschaft betrieben werden sollen. Ziel des Zusammenschlusses ist es, medizinische Leistungen zu bündeln, Doppelstrukturen abzubauen und die Versorgung in der Region langfristig zu sichern.^{15,16} Die Maßnahme steht exemplarisch für die Art von Strukturprojekten, die im Rahmen des KHTF förderfähig sein können. Ergänzend zur bundesweiten Reform hat Hessen ein Sonderinvestitionsprogramm für Plankrankenhäuser mit einem Volumen von 70 Millionen Euro aufgelegt. Das Programm dient als Überbrückungsinstrument, um bereits vor dem vollständigen Wirksamwerden des KHTF Strukturmaßnahmen anzustoßen. Gefördert werden insbesondere Projekte zur Verbundbildung, baulichen Modernisierung und Zusammenführung medizinischer Angebote, die im Einklang mit der neuen Leistungsgruppenlogik und den landesweiten Strukturzielen stehen.¹¹ In diesem Rahmen lässt sich die geplante Fusion zweier nordhessischer Kliniken als exemplarisches Vorhaben einordnen, das die Zielsetzung des Transformationsfonds konkret abbildet. Im Kontext dieser Förderkulisse soll die Fusion Synergien in Organisation, Infrastruktur und Leistungserbringung schaffen.¹⁵ Eine abgestimmte Medizinstrategie definiert Leistungsprofile und regionale Bedarfe, während die enge Einbindung der Landesbehörden die Integration in den Krankenhausplan sicherstellt.¹⁶ Damit entsteht zugleich die Grundlage für eine mögliche Förderung aus dem KHTF. Das Vorhaben greift zentrale Zielsetzungen der Reform auf, Konzentration von Versorgungsleistungen, Sicherung regionaler Kapazitäten und Entwicklung wirtschaftlich tragfähiger Strukturen und zeigt, wie landespolitische Programme den Transformationsprozess gezielt unterstützen können.⁸



Nordrhein-Westfalen: Umsetzung über Landesförderung

Nordrhein-Westfalen wählt bei der Umsetzung des KHTF einen eigenständigen Weg. Für die Jahre 2025 und 2026 verzichtet das Land auf einen separaten Förderaufruf und integriert den Fonds in die laufende Krankenhaus-Einzelförderung 2023 bis 2027. Bereits im November 2024 eingereichte Anträge werden durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) als Grundlage genutzt und auf ihre Förderfähigkeit im Rahmen des KHTF geprüft. Förderfähige Projekte werden nachqualifiziert und über das Land an das BAS weitergeleitet. Eine eigenständige Mittelaufstockung erfolgt nicht, das Land verwendet bestehende Investitionsmittel als Kofinanzierung. Damit wird die Krankenhausplanung eng mit den Zielen des KHTF verzahnt. Im Fokus stehen bauliche Umstrukturierungen, Standortzusammenlegungen und Modernisierungen, die Doppelstrukturen abbauen und die Spezialisierung fördern. Bis April 2025 hat das Land Förderbescheide über rund 114 Millionen Euro erteilt, insgesamt stehen im Rahmen der laufenden Förderperiode rund 2,5 Milliarden Euro bereit. Das NRW-Modell gilt als Pilotansatz für die föderale Integration von Landes- und Bundesförderung. Es ermöglicht eine beschleunigte Mittelvergabe, führt aber zugleich zu Einschränkungen: Krankenhäuser ohne laufenden Einzelförderantrag bleiben vorerst ausgeschlossen, was Transparenz- und Gleichbehandlungsfragen aufwirft. Zugleich verdeutlicht der Ansatz, wie Länder bestehende Fördermechanismen gezielt einsetzen können, um Strukturreformen im Sinne des Transformationsgedankens effizient und praxisnah umzusetzen.¹⁷⁻²⁰

Handlungsempfehlungen und Ausblick

Handlungsempfehlungen für Klinikträger und Entscheider

Für Klinikträger empfiehlt sich eine frühzeitige strategische Positionierung innerhalb des Transformationsprozesses. Ausgangspunkt sollte eine integrierte Gesamtstrategie sein, die medizinische, bauliche und digitale Entwicklungsperspektiven verbindet und mit den Vorgaben der Krankenhausplanung des jeweiligen Landes korrespondiert. Empfehlenswert ist, die Projektkonzeption frühzeitig mit den zuständigen Landesministerien und Kostenträgern abzustimmen, um Fragen der Förderfähigkeit, Priorisierung und Kofinanzierung rechtzeitig zu klären. Eine nachvollziehbare Finanzierungsstruktur mit abgesicherten Eigenanteilen und realistischen Annahmen zu Folgekosten ist ebenso unerlässlich wie die institutionelle Verankerung der Projektsteuerung. Angesichts der begrenzten Fördermittel gilt zudem, nach dem Prinzip des „First Mover“ zu agieren: Träger, die ihre Antragsunterlagen zügig und konsistent vorbereiten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Bewilligung erheblich.⁸

Politische Stellhebel und Verbesserungsbedarf

Aus rechtlicher und administrativer Sicht bestehen insbesondere bei der praktischen Umsetzung des Transformationsfonds noch Optimierungspotenziale. Erforderlich sind bundeseinheitliche Bewertungskriterien und standardisierte Verfahren, um Transparenz und Gleichbehandlung sicherzustellen. Ebenso sollten Fristen und Berichtspflichten flexibilisiert werden, um den hohen administrativen Aufwand der Träger zu reduzieren. Ein zentraler politischer Hebel liegt in der ausreichenden Kofinanzierung durch die Länder, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen finanzstarken und -schwachen Regionen zu vermeiden. Schließlich wäre eine gezielte Förderung von Kooperationsprojekten und regionalen Versorgungsnetzwerken geeignet, den Strukturzielen der Reform zusätzlich Rechnung zu tragen.¹⁴



Fazit

Der Transformationsfonds markiert einen Wendepunkt in der deutschen Krankenhausfinanzierung. Er bietet die Chance, Strukturen zukunftsfähig auszurichten und regionale Versorgung neu zu denken. Der Erfolg dieses Instruments hängt jedoch wesentlich von der Handlungsfähigkeit der Klinikträger und der Koordination zwischen Bund, Ländern und Kostenträgern ab. Eine vorausschauende Planung, rechtssichere Antragstellung und enge Abstimmung der Beteiligten sind die zentralen Voraussetzungen für eine effiziente Mittelverwendung. Gelingt dies, kann der Fonds wesentlich dazu beitragen, die Krankenhausversorgung in Deutschland bis 2035 qualitativ, wirtschaftlich und strukturell neu aufzustellen.

Weitere relevante Fördertöpfe & Programme

Krankenhaus-Strukturfonds und Landes-Investitionsförderung

Der KHSF bildet das wichtigste Vorgängerinstrument des heutigen Transformationsfonds. Er wurde mit § 12a KHG eingeführt, um den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Leistungen und bauliche Modernisierungen zu fördern. In mehreren Förderperioden, zuletzt der vierten, die bis 2027 läuft, werden weiterhin Projekte finanziert, die auf eine strukturelle Neuausrichtung und Qualitätsverbesserung der Krankenhauslandschaft zielen.¹⁹

Neben der Bundesförderung investieren die Bundesländer im Rahmen ihrer Investitionsverpflichtung nach dem dualen Finanzierungssystem weiterhin in eigene Programme. Diese Landes-Investitionsförderungen unterscheiden sich in Ausrichtung und Verfahren, dienen aber meist der baulichen Modernisierung und Strukturstärkung der Plankrankenhäuser. In Hessen etwa fördert das Sonderinvestitionsprogramm für Plankrankenhäuser gezielt Projekte zur Funktionsverbesserung, Sanierung und Erweiterung von Klinikstandorten. In Nordrhein-Westfalen unterstützt das Investitionsprogramm Krankenhaus-Einzelförderung die Umsetzung des neuen Krankenhausplans, insbesondere Bauprojekte zur Konzentration von Leistungsangeboten und Verbesserung der Notfallversorgung. Damit ergänzen die Länderprogramme den Transformationsfonds, indem sie die erforderliche Kofinanzierung sicherstellen und regionale Strukturziele eigenständig umsetzen. Sie bleiben ein zentrales Instrument zur langfristigen Sicherung der stationären Versorgungsinfrastruktur.^{15,16}

Innovationsfonds und sektorenübergreifende Förderprogramme

Ergänzend zu den investiven Programmen fördern Bund und Länder zunehmend Versorgungsinnovationen und sektorenübergreifende Modelle. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (§§ 92a, 92b SGB V) ist das wichtigste Instrument auf Bundesebene. Er unterstützt Projekte, die neue Versorgungsformen, digitale Anwendungen oder telemedizinische Netzwerke erproben und deren Übertragbarkeit in die Regelversorgung prüfen. Gefördert werden insbesondere Modelle zur integrierten Patientensteuerung, digitalen Vernetzung und effizienten Koordination zwischen stationären und ambulanten Sektoren. Auf Landesebene flankieren ergänzende Initiativen diese Förderung, etwa Programme zur Telemedizin oder zur Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungspfade. Damit bilden die Innovationsförderungen eine funktionale Ergänzung zu den klassischen Investitionsmitteln und leisten einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung der Versorgungsstrukturen.²⁰



Kriterien für erfolgreiche Antragstellung – Best Practices

Strategische Planung und Projektlogik

Bereits zu Beginn sollte das Vorhaben in eine übergeordnete Transformationsstrategie eingebettet werden. Förderstellen erwarten ein schlüssiges Gesamtkonzept, das Zielgruppen, Maßnahmen und erwartete Effekte nachvollziehbar miteinander verknüpft. Eine klare Projektlogik, von der Problemdefinition über die Zielsetzung bis hin zur konkreten Maßnahme, schafft Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Besonderes Gewicht liegt auf der strategischen Schwerpunktbildung: Antragsteller sollten ihr medizinisches, bauliches und digitales Entwicklungskonzept frühzeitig auf die künftige Versorgungslogik nach Leistungsgruppen ausrichten. Dabei gilt das „First-Mover-Prinzip“: Einrichtungen, die ihre Transformationsprojekte frühzeitig strukturieren und beantragen, sichern sich einen Vorteil im Wettbewerb um die begrenzten Fördermittel. Eine frühzeitige Abstimmung mit den zuständigen Landesbehörden und Kostenträgern ist ebenfalls empfehlenswert, um Anforderungen an Förderfähigkeit, Antragsmodalitäten und Priorisierung rechtzeitig zu klären.^{12,13}

Wirtschaftliche Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit

Die wirtschaftliche Tragfähigkeit ist ein zentrales Förderkriterium. Antragsteller müssen plausibel darlegen, dass das Projekt über die Förderlaufzeit hinaus finanziert bleibt. Dazu gehört eine belastbare Kosten- und Finanzierungsplanung, die Eigenanteile, Kofinanzierung und Folgekosten berücksichtigt. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die Vorlage einer positiven Fortführungsprognose über mindestens zwölf Monate, idealerweise abgestimmt mit dem Wirtschaftsprüfer. Diese belegt die finanzielle Stabilität der Einrichtung und schafft Vertrauen bei Fördergebern. Nachhaltigkeitsaspekte, etwa Energieeffizienz, Ressourcenschonung oder Personalbindung, erhöhen die Erfolgsaussichten zusätzlich. Die Projekt- und Kostenplanung sollte daher bereits in einer frühen Phase konkretisiert und eng mit den Landesbehörden abgestimmt werden, um die Unterstützung des Landes zu sichern.^{12,13}

Partner, Verbünde und Kooperationen

Transformationsprojekte sind zunehmend auf regionale Vernetzung und kooperative Strukturen ausgerichtet. Fördergeber legen großen Wert auf die Bildung von Verbünden, die Synergien schaffen und Versorgungsketten stärken. Erfolgreiche Antragsteller binden daher frühzeitig Partner ein, etwa andere Krankenhäuser, kommunale Träger, Medizinische Versorgungszentren – MVZ, Pflegeeinrichtungen oder Forschungspartner und dokumentieren deren jeweilige Rollen, Beiträge und Verantwortlichkeiten. Eine klar strukturierte Projektorganisation mit definierten Zuständigkeiten ist hierbei essenziell, um die spätere Umsetzung effizient zu gestalten.¹²

Fördermittelstruktur und Nachweisführung

Neben der strategischen Qualität entscheiden die formalen Aspekte über den Erfolg eines Antrags. Fördermittelstruktur und Finanzierungsnachweise müssen den Vorgaben der KHTFV entsprechen. Erforderlich sind Angaben zu förderfähigen Ausgaben, Eigenanteilen, Kofinanzierung sowie Zwischen- und Schlussverwendungs nachweisen. Die Mittelverwendung muss prüffähig und nachvollziehbar dokumentiert werden, um Rückforderungsrisiken zu vermeiden. Ebenso ist eine enge Abstimmung mit den Landesministerien und Kostenträgern erforderlich, insbesondere wenn ergänzende Landesmittel oder Kofinanzierungen beantragt werden.¹²



Dokumentation, Monitoring und Berichtspflichten

Förderstellen verlangen eine kontinuierliche Erfolgskontrolle über den gesamten Förderzeitraum. Antragstellende sollten deshalb bereits im Antrag Indikatoren für Output, Ergebnis und Wirkung definieren und ein internes Monitoring-System etablieren. Regelmäßige Fortschrittsberichte, Verwendungsnachweise und Evaluationen sichern Transparenz gegenüber der Bewilligungsbehörde und ermöglichen gegebenenfalls eine Anpassung der Maßnahmen.¹²

Herausforderungen

In der Praxis zeichnen sich mehrere Risikofaktoren ab, die den Antragsprozess erschweren können. Dazu zählen:

- Zeitdruck: Kurze Fristen für Konzeptentwicklung und Antragseinreichung
- Hoher Abstimmungsaufwand: Komplexe Koordination zwischen Ländern, Kostenträgern und Partnern
- Unklare Förderkriterien: Unterschiedliche Auslegung und Priorisierung durch die Länder
- Finanzierungsrisiken: Unsicherheiten bei Eigen- und Kofinanzierung
- Administrative Belastung: Hoher Aufwand für Nachweise und Berichtspflichten
- Vergaberechtliche Hürden: Verzögerungen durch formale Prüfungen
- Ressourcenbindung: Zusätzlicher Personal- und Organisationsaufwand in den Häusern

Eine frühzeitige Projektplanung, klare Rollenverteilung und strukturierte Dokumentation helfen, diese Risiken zu minimieren und den Förderprozess effizient zu gestalten.¹²

Harald Maas

Rechtsanwalt und Partner bei KPMG Law

Anna-Lena Opitz-Schellenberg

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und Partnerin bei KPMG LAW

► Quellen

- 1 Minz R, Grüttnar D, Von Heusinger-Lender M. Krankenhaus 2030 – Was sich ändern muss. Gefässchirurgie. 2023 Mar 1; 28 (2): 98–107
- 2 Nowossadek S. [Demographic change, people needing long-term care, and the future need for carers. An overview]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2021 Dec 3]; 56 (8): 1040–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23884518/>
- 3 Deutsches Krankenhaus Institut. Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser | DKI [Internet]. www.dki.de. 2015 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.dki.de/forschungsprojekt/investitionsfaehigkeit-der-deutschen-krankenhaeuser>
- 4 DKG. Studie belegt dramatische Finanznot der Kliniken [Internet]. Dkgev.de. 2023 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/studie-belegt-dramatische-finanznot-der-kliniken/>
- 5 Johannes Danckert, Kolbe S. Exzellenz durch Versorgungsketten und Spezialisierung. Springer eBooks. 2021 Jan 1; 89–97.
- 6 Bundesministerium für Gesundheit. Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG). RöFo – Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren [Internet]. 2025 Sep 19 [cited 2025 Oct 9];197(10):1224–5. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHAG_Kabinett.pdf
- 7 Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausreform | KHR [Internet]. KHR. 2024 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausreform-info/>
- 8 Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) | BMG [Internet]. BMG. 2025 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/khtfv.html>
- 9 Bundesamt für Soziale Sicherung. Überblick – www.bundesamtsozialesicherung.de [Internet]. Bundesamtsozialesicherung.de. Bundesamt für Soziale Sicherung; 2025 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/transformationsfo/ueberblick/>
- 10 Bundesgesetzblatt. Bundesgesetzblatt Teil I 2025 [Internet]. 2025 Apr [cited 2025 Oct 9]. Available from: https://www.recht.bund.de/bgbI/1/2025/113/regelungstext.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- 11 Sonderinvestitionsprogramm für Plankrankenhäuser in Hessen [Internet]. familie.hessen.de. 2025 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://familie.hessen.de/gesundheit-und-pflege/krankenhaus/sonderinvestitionsprogramm-fuer-plankrankenhaeuser-in-hessen>



- 12 Investitionsprogramm 2025 in Höhe von 316 Millionen Euro für niedersächsische Krankenhäuser beschlossen | Nds. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung [Internet]. Niedersachsen.de. 2025 [cited 2025 Oct 9]. Available from: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/uber_uns/presse/presseinformationen/investitionsprogramm-2025-in-hohe-von-316-millionen-euro-fur-niedersachsiische-krankenhäuser-beschlossen-242656.html
- 13 Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen A. Problem und Ziel [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Oct 9]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_RefE.pdf
- 14 DKG. Die Krankenhausreform bleibt unvollendet [Internet]. Dkgev.de. 2025 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/die-krankenhausreform-bleibt-unvollendet/>
- 15 Landkreis Waldeck-Frankenberg. Gerd Brückmann steuert Klinikfusion in Korbach und Frankenberg [Internet]. <https://www.kma-online.de>. Georg Thieme Verlag KG; 2025 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/gerd-brueckmann-steuert-klinikfusion-in-korbach-und-frankenberg-53940>
- 16 landkreis-waldeck-frankenberg [Internet]. landkreis-waldeck-frankenberg. 2025 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://www.landkreis-waldeck-frankenberg.de/informieren-beantragen/verwaltung-verstehen/fachdienste/gesundheit/krankenhaus-fusion/>
- 17 Krankenhausplan NRW: Finanzielle Förderung zur Umsetzung [Internet]. Mags.nrw. 2025 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://mags.nrw/finanzielle-foerderung-zur-umsetzung-der-neuen-krankenhausplanung-nrw>
- 18 Transformationsfonds [Internet]. Mags.nrw. 2022 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://www.mags.nrw/transformationsfonds>
- 19 Einzelförderung von Krankenhäusern [Internet]. Mags.nrw. 2022 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://mags.nrw/einzelfoerderung-von-krankenhaeuern>
- 20 Krankenhaustransformationsfonds – Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention [Internet]. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. 2025. Available from: <https://www.stmpg.bayern.de/service/foerderprogramme/krankenhaustransformationsfonds/>
- 21 Antragstellung: Schleswig-Holstein und das Warten auf die Leistungsgruppen [Internet]. <https://www.kma-online.de>. Georg Thieme Verlag KG; 2025 [cited 2025 Oct 16]. Available from: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/schleswig-holstein-und-das-warten-auf-die-leistungsgruppen-53917>
- 23 Gesundheitsministerin Stolz zur Krankenhausreform des Bundes [Internet]. familie.hessen.de. 2025 [cited 2025 Oct 16]. Available from: <https://familie.hessen.de/presse/gesundheitsministerin-stolz-zur-krankenhausreform-des-bundes>



Autoren



© Thomas Mohn/Borchers & Kollegen

Matthias Borchers

ist Gründer und geschäftsführender Partner der Borchers & Kollegen Managementberatung. Seit mehr als 20 Jahren berät er Krankenhäuser bei strategischen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen, Zusammenschlüssen und Kooperationen.



© Privat

Dr. Holger Bunzemeier

ist geschäftsführender Partner bei Roeder & Partner und verfügt über langjährige Erfahrung im Krankenhausmanagement. Er berät Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Leistungssteuerung, Finanzierung und Verhandlungsverfahren.



© Samira Schulz

Dr. Markus Horneber

ist Vorstandsvorsitzender des Gesundheitskonzerns Agaplesion und verantwortet die strategische Weiterentwicklung des Unternehmens. Zuvor leitete er mehrere große Klinikverbünde und verfügt über langjährige Erfahrung in der Führung und Transformation integrierter Versorgungseinrichtungen.



© Katholischer Hospitalverbund Hellweg

Christian Larisch

ist Geschäftsführer des Katholischen Hospitalverbundes Hellweg. In dieser Funktion gestaltete er die beiden Fusionen innerhalb des Verbundes in Unna (mit dem Evangelischen Krankenhaus) sowie in Soest (mit dem kommunalen Klinikum).



© Sozialministerium Baden-Württemberg

Manne Lucha

ist ausgebildeter Krankenpfleger und studierte Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Er ist seit 2011 Abgeordneter im Landtag von Baden-Württemberg für den Wahlkreis Ravensburg. Seit dem 12. Mai 2016 ist er baden-württembergischer Minister für Soziales, Gesundheit und Integration.



© KPMG Law

Harald Maas

ist Rechtsanwalt und Partner bei KPMG Law in Frankfurt und auf gesellschaftsrechtliche Beratung spezialisiert. Er begleitet Mandanten aus dem öffentlichen Sektor und der Gesundheitswirtschaft bei M&A Acquisitions-Transaktionen, Reorganisations- und Umstrukturierungen.



© Ina Josefina Placios Escobar

Jakob Mähler

ist Pressesprecher bei Agaplesion und verantwortet die externe Kommunikation im Bereich Presse und Medien des Gesundheitskonzerns. Er begleitet strategische Projekte kommunikativ und koordiniert Medienanfragen, Publikationen und zentrale Kommunikationsformate.



© Ina Josefina Placios Escobar

Kathrin Nicolai

ist Leiterin Strategie und Portfoliomanagement bei Agaplesion. Ihr Verantwortungsbereich umfasst die strategische Unternehmensentwicklung sowie das Portfoliomanagement mit Schwerpunkt auf M&A-Transaktionen und Post Merger Integration.



© Privat

Prof. Dr. med. Norbert Roeder

war über zehn Jahre Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster. Der Arzt und Kaufmann gründete die Beratungsfirma Roeder & Partner und ist seither in leitenden und beratenden Funktionen im Gesundheitswesen tätig.



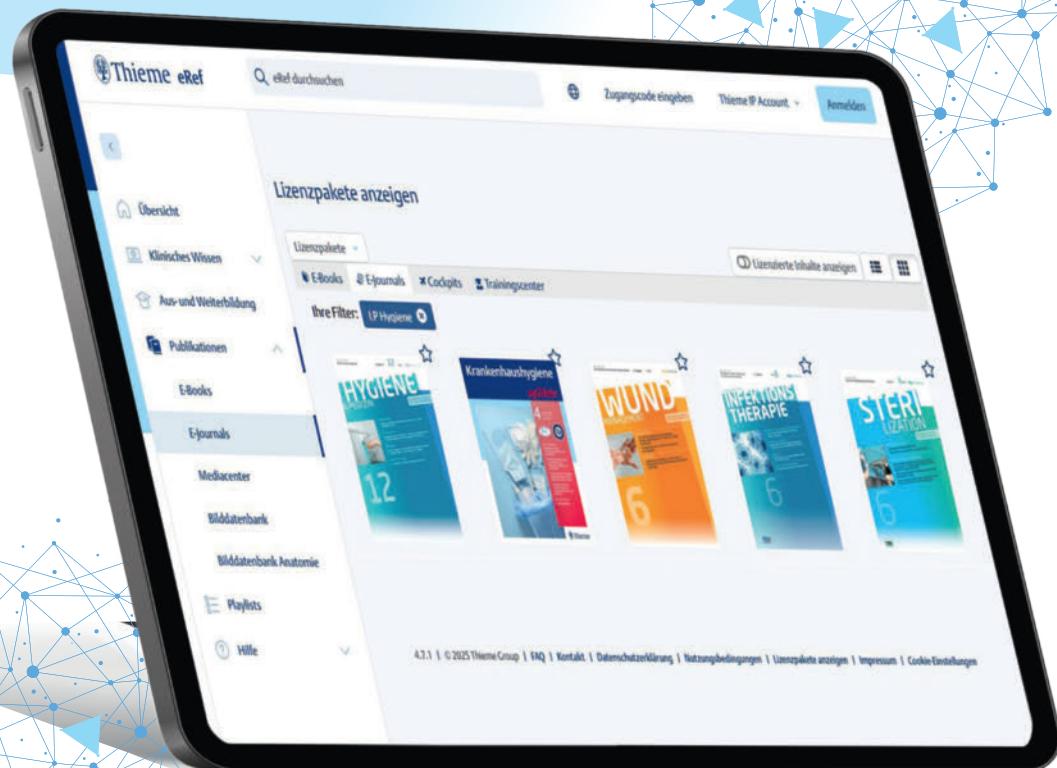
© KPMG Law

Anna-Lena Opitz-Schellenberg

ist Fachanwältin für Medizinrecht und Partnerin bei KPMG Law in Frankfurt. Sie berät private, konfessionelle und freigemeinnützige Krankenhausträger insbesondere bei Umstrukturierungs-, Fusions- und Transaktionsvorhaben sowie bei der Umsetzung von Kooperationsmodellen.

eRef Hygiene^{by Thieme}

Mehr wissen. Besser entscheiden.



eRef Hygiene unterstützt Sie bei den unterschiedlichen Anforderungen im Hygiene- und Wundmanagement, in der Infektionstherapie und dem öffentlichen Gesundheitsschutz.

Sichern Sie mit der digitalen Wissensplattform Ihre Entscheidungen ab und nutzen Sie eRef Hygiene als smartes Tool für die Fort- und Weiterbildung Ihres Teams.

Eine Kooperation mit
dem mhp Verlag
mhp_medien



Mehr erfahren
thieme.com/eref-hygiene

 **Thieme**

IMPRESSUM

kma Whitepaper Bewährte Konzepte für Reformzeiten
Ausgabe Dezember 2025

Verlag und Herausgeber

Georg Thieme Verlag KG
Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany
oder Postfach 301120, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711/89 31-0,
www.thieme.com / www.kma-online.de
kundenservice.thieme.de/de/produksicherheit.htm

Bildnachweis Cover

The image was composed by Thieme using following
images: Hintergrund © jakkapan / stock.adobe.com;
Karte und Illustration © Thieme

Redaktion

V.i.S.d.P.: Anna Herrschelmann,
anna.herrschelmann@thieme.de
Georg Thieme Verlag KG, Berlin

Gestaltung

Georg Thieme Verlag KG, Berlin

Produktionsmanagement

ursula.schicke@thieme.de

Satz

Medienservice Frauchiger e.K., Kumhausen

© 2025. Thieme. All rights reserved.



Thieme