

# Nutzung des Transformationsfonds für Konsolidierungsmaßnahmen zur Umsetzung des KHVVG

von Dr. Nicolas Krämer und Prof. Dr. Lars Timm

Die deutsche Krankenhauslandschaft steht an einem entscheidenden Wendepunkt. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat der Gesetzgeber per 1. Januar 2025 eine Reform auf den Weg gebracht, die tiefgreifende Änderungen zur Folge gehabt hätte, wenn nicht per Kabinettsbeschluss vom 8. Oktober 2025 im Rahmen des Krankenhausreformatungsgesetzes (KHAG) wesentliche Aufweichungen zu einer „Verschlimmbesserung“ der Krankenhausreform geführt hätten. Ihr Kernbegriff lautet dennoch „Transformation“ und damit ist in der Praxis fast immer Konsolidierung gemeint: weniger Standorte, spezialisiertere Angebote, neue Kooperationsformen sowie Regionalisierung. Der Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) soll diese Umbrüche begleiten. Mit bis zu 50 Mrd. Euro für die Jahre 2026 bis 2035 ist er das bislang größte strukturpolitische Instrument der Krankenhausfinanzierung.

## Transformation als Konsolidierungsschub

Transformation bedeutet in diesem Zusammenhang: Umwandlung, Konzentration, Kooperation und in vielen Regionen auch Reduktion. Die Politik spricht von der „Stärkung der Daseinsvorsorge“, doch faktisch stehen hinter dem Begriff Strukturveränderungen, die oft mit Schließungen oder Umwidmungen einhergehen. Hier greift der Fonds als ordnungspolitisches Korrektiv: Er soll den Wandel sozialverträglich und planvoll gestalten, Fusionen und Zusammenschlüsse unterstützen, den Rückbau überdimensionierter Kapazitäten ermöglichen und den Aufbau sektorenübergreifender Strukturen – etwa sogenannter Level-11-Krankenhäuser – fördern. Der Fonds finanziert die Transformation, die das Gesetz verlangt.

## Förderlogik, rechtlicher Rahmen und Testatspflicht

Der KHTF ist als Matching-System konzipiert: Bund und Länder, zusammen mit den Krankenhausträgern, tragen ihn gemeinsam. Nach dem Regierungswechsel Anfang 2025 hat die schwarz-rote Regierungskoalition vereinbart, für die Finanzierung Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur zu verwenden und die Krankenkassen nicht zu belasten. Eine Umsetzung der angekündigten

Maßnahmen durch ein Gesetz steht noch aus. Die Länder entscheiden über die konkrete Mittelvergabe im Rahmen ihrer Krankenhausplanung, die Verwaltung des Transformationsfonds verbleibt in den Händen des BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung).

Für die Träger ergeben sich daraus zentrale Bedingungen:

1. Planungseinbindung: Nur wer Teil des Landeskrankenhausesplans ist, kann gefördert werden.
2. Zweckbindung: Die Mittel sind ausschließlich für Strukturmaßnahmen vorgesehen, nicht zur Deckung laufender Defizite.
3. Beihilferecht: Die Einhaltung europarechtlicher Vorgaben bleibt zwingend.

Der aktuelle Stand des KHAG sieht entgegen der Ursprungsfassung keine Testatspflicht nach § 4 Abs. 2 Nr. 7 KHTFV vor, sodass eine vom IDW am 11.07.2025 veröffentlichte umfangreiche Arbeitshilfe offenbar obsolet geworden ist.

## Konsolidierung als Förderatbestand

Nach § 3 KHTFV sind eine Vielzahl von Maßnahmen förderfähig. Der Konsolidierungsbegriff wird dabei bewusst weit gefasst und umfasst grundsätzlich:

- Fusionen und Neubauten einschließlich Abrisskosten,

- Umwandlungen in Level-II-Häuser,
- Rückbau stationärer Betten und flankierende Personalmaßnahmen,
- intersektorale Kooperationen und Netzwerkbildung,
- Digitalisierungs- und Telemedizinprojekte,
- Schließungen und Abriss nicht mehr benötigter Standorte
- sowie den Ausbau von Ausbildungskapazitäten.

Ein Vorhaben muss zunächst die Voraussetzungen eines der in § 12b Abs. 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) genannten Fördertatbestände erfüllen. Diese werden in § 3 der KHTFV näher konkretisiert. Nachfolgend werden einige Aspekte einzelner Regelungen zu förderfähigen Vorhaben der Übersicht halber kurz skizziert, ohne auf alle einzugehen.

## § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHG i.V.m. § 3 Abs. 1 KHTFV

*Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, insbesondere*

- a) zur Erfüllung der für diese Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Qualitätskriterien oder
- b) zur Erfüllung der für diese Leistungsgruppen geltenden Mindestvorhalte-



zahlen im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Förderfähige Vorhaben müssen mindestens zwei Standorte im Sinne des § 2a KHG betreffen. Als zentrale Voraussetzung dieses Fördertatbestandes, so ist es der Begründung der Verordnung zu entnehmen, ist die Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten zu sehen, insbesondere zur Erfüllung von Qualitätskriterien oder Mindestvorhaltezahlen. Das Vorhaben muss somit die stationäre Versorgung bezogen auf die Leistungsgruppen gemäß § 135e Abs. 2 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) konzentrieren (im Sinne von zusammenführen, tauschen, neu strukturieren) oder eine Leistungsverlagerung gemäß § 135f Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V zum Inhalt haben, s. BR-Drs. 64/25, 23. Hierbei sei angemerkt, dass jegliche damit einhergehende Veränderung des Krankenhausplanes, somit auch die Verlagerung oder das Tauschen von Leistungsgruppen, immer auch eine entsprechende Genehmigung der Krankenhausplanungsbehörde voraussetzt. Einer solchen Entscheidung wird in der Regel ein zeitintensives Planungsverfahren vorausgehen. Für Konzentrationsmaßnahmen können u. a. Kosten für Baumaßnahmen förderfähig sein. Auch Schließungskosten oder Kosten für die digitale Angleichung können berücksichtigt werden. Näheres lässt sich im Verordnungstext selbst oder in der Begründung finden.

#### **§ 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHG i.V.m. § 3 Abs. 2 KHTFV**

*Vorhaben zur Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes, der nach § 6c Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde.*

Hier muss es sich um einen bereits im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhausstandort handeln, oder aber die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat zuvor im Verfahren der Planaufnahme den erforderlichen Bedarf an stationären Leistun-

gen für diesen Krankenhausstandort festgestellt, s. BR-Drs. 64/25, 21. Dieses Vorhaben kommt zum Tragen, wenn ein Krankenhaus beispielsweise Abteilungen schließen möchte und nur an der Grundversorgung teilnehmen möchte. Diese Grundversorgung besteht sodann aus einer Klinik für Innere Medizin ohne Notfallfunktion sowie einer Klinik für Geriatrie nebst ambulanter Angebote.

#### **§ 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHG i.V.m. § 3 Abs. 3 KHTFV**

*Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern, einschließlich der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie; förderfähig sind auch Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind.*

Um eine ganzheitliche und effiziente Patientenversorgung zu gewährleisten, sollen telemedizinische Netzwerke, einschließlich Telekonsile und robotergestützter Telechirurgie, unterstützt werden. Der Einsatz telemedizinischer Verfahren in der stationären Versorgung soll ermöglicht und Mediziner bei der telemedizinischen Behandlung von Patientinnen und Patienten, insbesondere im Rahmen von Operationen, unterstützt werden, s. BR-Drs. 64/25, 22.

#### **§ 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 KHG i.V.m. § 3 Abs. 4 KHTFV**

*Wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung und zum Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind.*

Förderfähig sind die Kosten für die Schließung von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen an dem Krankenhaus, an dem das Zentrum auf- oder ausgebaut wird; nicht förderfähig hingegen ist der laufende Betrieb der Zentren, s. BR-Drs. 64/25, 21.

#### **§ 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 KHG i.V.m. § 3 Abs. 5 KHTFV**

*Wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung und Fortentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbänden mit mindestens zwei Krankenhäusern zum Abbau von Doppelstrukturen bei der Erbringung von Leistungen einer oder mehrerer der nach § 135e Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen. Förderfähige Kosten eines in Satz 1 genannten Vorhabens sind die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen sowie Kosten für weitere Maßnahmen, soweit sie für die Umsetzung des Vorhabens zwingend erforderlich sind.*

„Ein Krankenhausverbund ist die dauerhafte, verbindliche Zusammenarbeit zumindest zweier rechtlich selbstständiger Krankenhäuser“ (BR-Drs. 64/25, 24). Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um denselben Krankenhausträger oder unterschiedliche Krankenhausträger handelt. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf die Erbringung von medizinischen Leistungen bezogen auf eine oder mehrere Leistungsgruppen nach § 135e Abs. 2 Satz 2 SGB V. Die Vereinbarung muss den Abbau von Doppelstrukturen enthalten, s. BR-Drs. 64/25, 24.

#### **§ 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 6 KHG i.V.m. § 3 Abs. 6 KHTFV**

*Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen.*

Notfallstrukturen, die im alleinigen Verantwortungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen, können nicht mit Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden. Vielmehr förderfähig sollen beispielsweise Kosten für Umbauten, um eine räumliche Verbindung von Schockraum und Bildgebung herzustellen, Kosten der Einrichtung oder Umbauten eines Luftrettungslandeplatzes gemäß den Vorgaben des § 6 des Luftverkehrsgesetzes (LuftVG), sowie des räumlichen Anschlusses von Beobachtungsstationen oder einer Notdienstpraxis an die Zentrale Notaufnahme sein, s. BR-Drs. 64/25, 25.

### § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 7 KHG i.V.m. § 3 Abs. 7 KHTFV

Vorhaben zur dauerhaften Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten.

Förderfähige Kosten eines in Satz 1 genannten Vorhabens sind

- die Schließungskosten, insbesondere die Kosten der für den Abriss oder Rückbau erforderlichen Baumaßnahmen,
- Kosten für Personalmaßnahmen sowie
- Kosten für weitere Maßnahmen, soweit sie für die Schließung zwingend erforderlich sind.

### Stolperfallen in der Praxis

So attraktiv der Fonds auf dem Papier erscheint, die Umsetzung birgt erhebliche Risiken:

- **Zeitdruck:** Die Mittel sind befristet, die Länder stehen unter politischem Erwartungsdruck. Wer zu spät plant, riskiert, dass Gelder in andere Regionen abfließen.
- **Planungsunsicherheit:** Viele Länder befinden sich noch mitten in der Fortschreibung ihrer Krankenhauspläne. Ohne Planstatus keine Förderzusage, ein klassisches Henne-Ei-Problem.
- **Arbeitsrechtliche Risiken:** Sozialpläne, Interessenausgleiche und Personalmaßnahmen sind grundsätzlich förderfähig, müssen aber politisch und sozialpartnerschaftlich abgestimmt sein.
- **Insolvenz- und Beihilferecht:** Das Zusammenspiel von Fördermitteln, Insolvenzordnung und EU-Beihilferecht ist komplex. Eine falsche Zuordnung der Mittel kann zu Rückforderungen oder beihilferechtlichen Verfahren führen.

Wer den Fonds nutzt, bewegt sich daher auf einem Terrain, das rechtssicheres Navigieren zwingend voraussetzt.

### Chancen für eine geordnete Transformation

Trotz aller Fallstricke ist der Transformationsfonds eine historische Chance. Erst-

mals stehen substanzielle Mittel bereit, um Strukturreformen nicht nur zu fordern, sondern auch zu finanzieren. Die Förderlogik zwingt Träger und Planer dazu, medizinische Relevanz und wirtschaftliche Tragfähigkeit in Einklang zu bringen. Projekte, die keine nachhaltige Versorgungsperspektive bieten, werden schlicht nicht berücksichtigt. Damit verschiebt sich der Fokus von der Symptombehandlung zur strategischen Gesundung. Erfolgreich werden jene Träger sein, die frühzeitig ihre Versorgungsregion analysieren, Doppelstrukturen identifizieren und sektorenübergreifende Lösungen – etwa in Kooperation mit MVZ, Reha- oder Pflegeeinrichtungen – entwickeln.

Richtig genutzt, kann der Fonds die Krankenhauslandschaft nicht nur konsolidieren, sondern modernisieren. Er bietet die finanzielle Grundlage, um Versorgungsnetze zu schaffen, die medizinisch sinnvoll, betriebswirtschaftlich tragfähig und politisch vertretbar sind.

### Tipps für Entscheider

- Frühzeitige Abstimmung mit dem Land: Förderentscheidungen folgen der Krankenhausplanung. Wer nicht Teil des Plans ist, bleibt außen vor. Frühzeitige Gespräche mit dem zuständigen Ministerium oder der Planungsbehörde sind daher Pflicht.
- Finanzplanung professionalisieren: Die Testatspflicht macht belastbare Daten unerlässlich. Ohne integrierte Finanz- und Liquiditätsplanung, belastbare Szenarien und nachvollziehbare Annahmen droht das Projekt schon an der formalen Hürde zu scheitern.
- Stakeholdermanagement: Erfolgreiche Konsolidierung erfordert Akzeptanz. Beschäftigte, Betriebsräte, kommunale Gremien und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten frühzeitig eingebunden werden.
- Beihilferechtliche Prüfung: Insbesondere private Betreiber müssen prüfen, ob ihre Projekte als

Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) gelten. Im Zweifel sind juristische Gutachten erforderlich, um Rückforderungsrisiken zu vermeiden.

- Kombination mit Sanierungsinstrumenten: Fondsprojekte sollten mit Restrukturierungswerkzeugen wie dem Unternehmensstabilisierungs- und -restrukturierungsgesetz (StaRUG) oder der Eigenverwaltung verzahnt werden. So kann die Transformation rechtlich abgesichert und wirtschaftlich flankiert erfolgen.

### Fazit

Der Krankenhaustransformationsfonds ist kein Allheilmittel, aber ein Meilenstein. Er wird weder alle Defizite ausgleichen noch jedes Haus retten, doch er markiert den Beginn einer neuen Phase: Erstmals wird Konsolidierung nicht nur politisch gefordert, sondern finanziell auch unterstützt. Entscheidend ist, dass Förderfähigkeit künftig an wirtschaftliche Tragfähigkeit gekoppelt bleibt. Damit endet die Ära, in der Strukturpolitik durch kurzfristige Rettungspakete ersetzt wurde. Für Geschäftsführungen, Aufsichtsgremien und öffentliche Träger heißt das: Jetzt ist die Zeit des Handelns. Wer früh plant, rechtssicher vorgeht und den Fonds als strategisches Instrument versteht, kann den Wandel gestalten – im Sinne von Patienten, Beschäftigten – und Regionen. Wer zaudert oder so weitermacht wie bislang, wird vom System überrollt.

*Dr. Nicolas Krämer*  
Vorstand HC&S AG  
Martin-Luther-Platz 22  
40212 Düsseldorf  
n.kraemer@hc-s.com

*Prof. Dr. Lars Timm*  
Vorstand HC&S AG  
Martin-Luther-Platz 22  
40212 Düsseldorf  
l.timm@hc-s.com