

HINTERGRUNDPAPIER ZUR ZUKUNFT DER NECKAR-ODENWALD-KLINIKEN

(Stand: 17. März 2026)

Vorbemerkungen: Grundzüge der Krankenhausfinanzierung

In Deutschland gilt seit 1972 das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung, geregelt im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Demnach sind vereinfacht gesagt die Länder für die Investitionsmittel und der Bund für die Regelung der Betriebskosten zuständig. Finanziert werden die Betriebskosten am Ende dann jedoch ganz überwiegend durch die Krankenkassen.

a) Investitionsmittel

Bei der Investitionsförderung durch das Land sind zwei Förderstränge zu unterscheiden:

aa) Investitionsförderung im eigentlichen Sinn (insbesondere Neubauten, Erweiterungsbauten und Umbaumaßnahmen)

§ 10 Abs. 2 des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) bestimmt:

„Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.“

Das ist vom (theoretischen) Grundsatz her also eine 100 %-Förderung. Tatsächlich werden aber (wenn überhaupt) nur die sog. förderungsfähigen Kosten übernommen (§ 13 Abs. 2 LKHG).

§ 13 Abs. 2 Satz 1 LKHG lautet:

„Förderungsfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt sind.“

In der Praxis führt das dazu, dass tatsächlich nur ein Bruchteil der Investitionskosten durch das Land bezahlt wird. Im Regelfall liegt der Satz um die 60 %. Der Rest ist entweder durch das Krankenhaus selbst oder den Krankenhausträger zu finanzieren. Auch darin liegt ein nicht unerheblicher Teil der Krankenhausdefizite begründet. Dennoch muss man dem Land Baden-Württemberg zugutehalten, dass es insbesondere in den letzten Jahren seine Investitionsmittel für den Krankenhausbereich deutlich aufgestockt hat. In der Summe ist der im Landeshaushalt zur Verfügung stehende Betrag allerdings noch immer bei weitem nicht ausreichend.

bb) Pauschalförderung

Daneben gibt es für kurzfristige Anlagegüter und kleinere Investitionen eine sog. Pauschalförderung (§ 15 LKHG), deren Höhe die Landesregierung durch Rechtsverordnung „in regelmäßigen Abständen“ der Kostenentwicklung anpassen muss. Tatsächlich hat die Landesregierung diese gesetzliche Pflicht über viele Jahre hinweg aber sträflich vernachlässigt. So hat das Land erst auf anhaltenden Druck der Kommunalen Landesverbände seine Pauschalförderung jetzt ab 2025 signifikant erhöht. Die letzte Erhöhung zuvor war 2012 (!) erfolgt.

b) Betriebskosten

Bei den Betriebskosten hatte der Gesetzgeber ursprünglich das Prinzip der Selbstkostendeckung normiert. Unter diesem Regime, das bis Mitte der 1980er Jahre galt, werden Krankenhäuser noch ausschließlich als Einrichtungen der Daseinsvorsorge gesehen.

Das hat sich dann 1985 mit dem Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) und insbesondere mit dem Inkrafttreten der neuen Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 1986 aber geändert. Erstmals ist in diesem Zuge nämlich ein flexibles Budget eingeführt worden, das auch die Zulassung von Gewinnen (und Verlusten) ermöglicht und Gewinnerzielungsabsichten explizit erlaubt.

Weitere massive Veränderungen brachte 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Zu nennen sind hier insbesondere die Einführung ambulanter Operationen, die Budgetdeckelung, sowie höhere Zuzahlungen für Patienten.

Die endgültige Abkehr vom Prinzip der Selbstkostendeckung wurde schließlich ab 2003 mit der Einführung der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) nach australischem Vorbild durch § 17 b Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vollzogen. 2003 (Optionsjahr) konnte die Umstellung noch freiwillig erfolgen, ab 2004 war sie hingegen verpflichtend.

Es ist inzwischen unbestritten, dass dieses System, das ursprünglich ja für mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit sorgen sollte, gerade umgekehrt auch Fehlanreize setzen kann, etwa durch Eingriffe, die medizinisch gar nicht nötig oder stattdessen möglicherweise auch ambulant erbringbar sind. Insbesondere aber werden die Vorhaltekosten gerade für kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum

über ein rein auf Fallzahlen abstellendes Vergütungssystem noch nicht einmal ansatzweise sachgerecht abgebildet.

Als erste Reaktion auf die Kritik hat das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ab 2019 deshalb die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus der bisherigen Fallpauschale herausgenommen und in ein separates Pflegebudget verlagert. Seitdem erfolgt die Vergütung also durch eine Kombination aus einer (um die Pflegepersonalkosten verringerten) Fallpauschale zuzüglich der sog. Pflegepersonalkostenvergütung durch das Pflegebudget.

Die weiter steigenden Kosten, der sich verschärfende Fachkräftemangel, insbesondere aber auch die systembedingt unzureichende Berücksichtigung der Vorhaltekosten haben schließlich unter Bundesgesundheitsminister Lauterbach zu der Idee eines Krankenhausverbesserungsgesetzes (KHVVG) geführt, auf das später noch näher einzugehen sein wird.

Zur allgemeinen Situation des Krankenhausesektors in Deutschland

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) veröffentlicht jährlich das sog. Krankenhaus-Barometer. Dem liegt eine repräsentative bundesweite Befragung der Akutkrankenhäuser zugrunde.

Nach dem jüngsten Barometer (Stand: 29. Dezember 2025) haben zuletzt 66 % aller Krankenhäuser in Deutschland Verluste geschrieben. Dabei handelt es sich allerdings von der Datengrundlage her noch um die Jahresergebnisse 2024.

Das sind noch einmal 5 % mehr als 2023 und stellt insgesamt den schlechtesten Wert seit der Einführung des Fallpauschalensystems vor mehr als 20 Jahren dar. Für 2025 erwarten rund 70 % aller Krankenhäuser negative Jahresergebnisse. Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind diese Ergebnisse „alarmierend“ (Pressemitteilung vom 29. Dezember 2025). 90 % der Häuser beklagen zudem mit Blick auf die anstehende Krankenhausstrukturreform eine fehlende Planungssicherheit, etwa zur künftigen Leistungsstruktur, zur Fallzahlentwicklung und zur Liquidität.

Die DKG bewertet die Zahlen des Krankenhaus-Barometers wörtlich wie folgt:

„Wenn zwei Drittel der Krankenhäuser rote Zahlen schreiben, bedroht dies die Existenz der Häuser und schränkt deren Möglichkeiten für notwendige Investitionen in Modernisierung und Digitalisierung ein. Wir steuern sehenden Auges auf eine Situation zu, die dramatische Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland haben wird. Die Folgen werden auch für die Patientinnen und Patienten spürbar sein. Eine Wartelistenmedizin wird dann auch in Deutschland zur Realität. Die aktuelle Schieflage der Kliniken ist das Ergebnis jahrelanger mangelhafter Finanzierung bei gleichzeitig politisch induzierten Kostensteigerungen durch immer neue und höhere Anforderungen vor allem im Bereich der Personalvorhaltung. Die jüngste Inflations- und Energiekrise hat dies noch verschärft. Dabei sind die aktuellen Sparmaßnahmen der Politik bei den Kliniken und ausbleibende Entbürokratisierung noch nicht einmal berücksichtigt. Wir fordern die Bundesregierung auf, endlich eine stabile und verlässliche Finanzierungsgrundlage zu schaffen und überbordende Bürokratielasten sowie nutzlose Personalvorgaben zu reduzieren. Die Kliniken müssen

heute politisch gewollt etwa 20 Prozent mehr ärztliches und 30 Prozent mehr pflegerisches Personal einsetzen, um die Patientenversorgung aufrecht erhalten zu können, ansonsten drohen Sanktionen und Erlösausfälle. Die Kosten in unserem Gesundheitswesen können mit Sicherheit um zehn Prozent niedriger liegen, wenn sich die Politik auf ihre grundlegenden Aufgaben beschränken und nicht permanent neue Struktur- und Personalvorgaben ohne Evidenz für eine bessere Patientenversorgung erfinden würde“.

Die Folgen werden inzwischen auch mehr und mehr bei der Krankenhausversorgung vor Ort spürbar. Seit 2020 sind deutschlandweit bereits mehr als 100 Krankenhäuser (ganz überwiegend aus wirtschaftlichen Gründen) geschlossen worden.

Für 2025 wurden laut den Zählungen des Bündnisses Klinikrettung (www.gemeingut.org) 23 Schließungen mit insgesamt rund 2.400 Betten bekannt. Die Schließungswelle nimmt vor dem Hintergrund der Krankenhausstrukturreform aber spürbar weiter an Fahrt auf. Für 2026 liegen schon jetzt Schließungsbeschlüsse für 17 Krankenhäuser und für 2027 sogar für weitere 24 vor.

Im Langzeitvergleich wurden seit 1991 in Deutschland rund ein Viertel aller Krankenhäuser geschlossen. Trotzdem sind die Ausgaben der Krankenkassen für die Kliniken im selben Zeitraum aber um 70 % gestiegen. Das liegt insbesondere an der fortdauernden Verlagerung der Patientenströme von den Allgemein- und Notfallkrankenhäusern hin zu teuren (ganz überwiegend privaten) Fachkliniken, die zwar deutlich weniger, dafür aber fast ausschließlich lukrative Fälle behandeln und nicht an der Grund- und Notfallversorgung teilnehmen, ihren Trägern dafür aber Renditen von bis zu 15 % zahlen.

Zur Situation des Krankenhausektors in Baden-Württemberg

Der aktuelle Indikator der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) weist für 2025 ein neues Rekorddefizit von rund 1 Milliarde Euro aus. Umgerechnet sind das immerhin 114.155 Euro pro Stunde. Allein in den letzten drei Jahren (2023 – 2025) ist so nur in Baden-Württemberg allein ein Krankenhausdefizit von mehr als 2,5 Milliarden Euro aufgelaufen (2023: 670 Millionen Euro; 2024: 900 Mio. Euro; 2025: 1 Milliarde Euro).

Das ist vor allem deshalb unverständlich, weil Baden-Württemberg nachweislich die effizientesten Krankenhausstrukturen, die wenigsten Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner und die geringsten Fallkosten bundesweit aufweisen kann, bei den Defiziten aber trotzdem an der Spitze liegt. Allein das zeigt, dass die Krankenhausfinanzierung strukturell falsch angelegt ist und deshalb dringend reformiert werden muss.

Auch in unserem Bundesland hat es bereits Insolvenzen von Krankenhäusern (z.B. Wertheim 2024 und Salem in Heidelberg 2025) oder entsprechende Rekommunalisierungen gegeben. Prominentestes Beispiel für eine Rekommunalisierung ist das Diak in Schwäbisch Hall (Haus der Zentralversorgung, 492 Planbetten, rund 1.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), das der Landkreis Schwäbisch Hall 2025 in seine Trägerschaft übernommen hat, um eine drohende Schließung zu verhindern, nachdem der bisherige Träger, die Diakoneo-Gruppe, die

Evangelische Landeskirche und das Diakonische Werk Württemberg noch 37 Millionen Euro als „Mitgift“ dazugegeben hatten. Allgemein wird damit gerechnet, dass dieser Betrag aber höchstens reicht, um zwei Jahre lang das Defizit des Diak abzudecken. Die Diakoneo-Gruppe hatte zuvor öffentlich erklärt:

„Unter den aktuellen Rahmenbedingungen des sog. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes lassen sich weder Kliniken noch MVZs wirtschaftlich betreiben“.

Speziell: Zur wirtschaftlichen Situation der Neckar-Odenwald-Kliniken

Die Neckar-Odenwald-Kliniken haben in den vergangenen Jahren durchweg hoch negative Jahresergebnisse erzielt. Im 10-Jahres-Vergleich stellt sich die Situation wie folgt dar:

2015	- 5,079	Mio. Euro
2016	- 6,494	Mio. Euro
2017	- 5,228	Mio. Euro
2018	- 7,068	Mio. Euro
2019	- 13,998	Mio. Euro
2020	- 6,185	Mio. Euro
2021	- 5,318	Mio. Euro
2022	- 5,037	Mio. Euro
2023	- 2,715	Mio. Euro
2024	- 10,452	Mio. Euro

2025 wird sich das vorläufige Jahresergebnis (vor Prüfung durch die Wirtschaftsprüfer) auf voraussichtlich - 12 Mio. Euro belaufen, wahrscheinlich aber sogar noch etwas schlechter ausfallen. Das ist nach 2019 der bisher zweitschlechteste Wert überhaupt.

In der Summe hat der Neckar-Odenwald-Kreis somit allein seit 2015 fast 80 Mio. Euro an Defizitausgleich finanzieren müssen, um den Weiterbetrieb der Neckar-Odenwald-Kliniken zu gewährleisten. Im 15-Jahres-Vergleich (2011 – 2025) sind es sogar mehr als 100 Mio. Euro gewesen. Dieser Betrag ist letztlich von den Städten und Gemeinden über die Kreisumlage aufgebracht worden. Derart hohe Ausgleichsleistungen sind aber sowohl für den Neckar-Odenwald-Kreis als auch für seine Städte und Gemeinden auf Dauer nicht mehr bezahlbar.

Die sog. Krankenhausstrukturreform – Eine (beinahe) unendliche Geschichte?

a) Der Weg zur Reform

Nachdem das DRG-System zunehmend in die Kritik geraten war und sich die wirtschaftliche Lage zahlreicher Krankenhäuser dramatisch verschlechtert hatte, hat der frühere Bundesgesundheitsminister Lauterbach im Mai 2022 eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte

Krankenhausversorgung“ eingesetzt, die auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, Fakten und Daten einen Vorschlag für eine Krankenhausstrukturreform erarbeiten sollte. Schon die Zusammensetzung der 16-köpfigen Kommission war allerdings kritisiert worden, weil viele Experten darin eine deutlich zu hohe Wissenschaftslastigkeit gesehen hatten.

Erste Vorschläge der Regierungskommission sind am 5. Dezember 2022 öffentlich vorgestellt worden. Bundesminister Lauterbach hat in diesem Zusammenhang presseöffentlich mehrfach von einer „Revolution“ gesprochen.

Ziel sollte, so die Regierungskommission, eine „komplette qualitätsorientierte Neugestaltung der Krankenhauslandschaft in Deutschland“ sein. Dazu war eine Einteilung der Krankenhäuser in drei Stufen geplant: Level 1 (Grundversorgung, noch einmal unterteilt in Level 1 n = mit Notfallversorgung und Level 1 i = als sektorenübergreifender Versorger), Level 2 (Regel- und Schwerpunktversorger) und Level 3 (Maximalversorger). Für jedes Level sollten feste Mindestvoraussetzungen im Sinne einer mindestens erforderlichen Strukturqualität festgelegt werden. Krankenhäuser sollten einzelne Leistungen künftig nur noch dann erbringen dürfen, wenn sie die entsprechenden Strukturvorgaben erfüllen. Im Bereich der Abrechnung war es geplant, das erst kurz zuvor eingeführte (und von den Krankenkassen teilweise erst mit deutlichem zeitlichem Verzug verhandelte) Pflegebudget in eine neue sog. Vorhaltepauschale zu integrieren, die dann vom Bundesamt für Soziale Sicherung ausgezahlt werden sollte.

Insgesamt solle, so Bundesminister Lauterbach, die Krankenhausversorgung in Deutschland wieder stärker nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Gesichtspunkten ausgerichtet werden. Ohne Reform würden viele Krankenhäuser in die Insolvenz gehen.

Sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als auch die meisten Bundesländer haben sich in der Folgezeit allerdings klar gegen die Vorschläge der Reformkommission positioniert. Deshalb fanden in der ersten Jahreshälfte 2023 entsprechende Bund-Länder-Verhandlungen über ein mögliches gemeinsames Eckpunktepapier statt.

Der Entwurf eines solchen Eckpunktepapiers ist daraufhin tatsächlich am 10. Juli 2023 öffentlich vorgestellt und im Gegensatz zu den Empfehlungen der Reformkommission von den meisten Bundesländern auch mitgetragen worden (bei einer Nein-Stimme des Freistaats Bayern und einer Enthaltung von Schleswig-Holstein).

Das Eckpunktepapier ging seinerzeit noch davon aus, dass „notwendige Kliniken“ über die künftige Vorhaltepauschale „eine Art Existenzgarantie“ erhielten, selbst wenn sie vergleichsweise wenige Behandlungen anbieten. Die Qualität und nicht mehr die Quantität sollte die Versorgung bestimmen. Bundesminister Lauterbach hat in diesem Zusammenhang erneut davon gesprochen, dass das neue System „den ökonomischen Druck von den Kliniken“ nehme, eine Entbürokratisierung erlaube und für mehr Sicherheit und Qualität bei der medizinischen Versorgung Sorge: „Das ist eine Revolution“ (Zitat).

Demgegenüber vertritt etwa die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) nach wie vor ganz offen die These, dass wir uns noch immer „bundesweit ein System mit viel zu vielen Krankenhausstandorten und Betten“ leisten, „welches die Krankenkassen und die öffentlichen Haushalte belastet sowie ärztliches und pflegerisches Personal bindet, das anderswo dringend benötigt wird“. Wörtlich heißt es dann in einem Schreiben vom 10. Dezember 2025 an die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) weiter:

„(...) ist die absolute Zahl der Krankenhäuser mit 1.874 noch immer viel zu hoch, denn auch mit 337 Krankenhausstandorten in Deutschland könnte für 99 % der Bevölkerung theoretisch eine flächendeckende Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten gewährleistet werden. (...) die Zahl der Krankenhauseinweisungen in Deutschland liegt mit 213 auf 1.000 Einwohner 40 % über dem EU-Durchschnitt; dies lässt ein erhebliches Ambulantisierungspotenzial erahnen“.

b) Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Die ganz überwiegende Zufriedenheit der Länder mit den Eckpunkten ist im Laufe des Herbstes 2023 allerdings in eine 16:0-Ablehnung gekippt, nachdem die ersten Entwürfe des Bundesgesundheitsministeriums zur gesetzlichen Umsetzung bekanntgeworden waren. Der damalige Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Minister Lucha (Baden-Württemberg), forderte deshalb in einem gemeinsamen Schreiben aller 16 Länder zügige Verbesserungen.

Hauptkritikpunkte der Länder waren die aus ihrer Sicht nach wie vor unklare Finanzierung und ihre konkreten Auswirkungen auf die einzelnen Krankenhäuser (Stichworte: keine Auswirkungsanalyse, „Blindflug“), Eingriffe in die verfassungsrechtlich geschützte Planungshoheit der Länder durch zu starre inhaltliche Vorgaben des Bundes für die geplanten 65 Leistungsgruppen, fehlende Ansätze zur Entlastung von Bürokratie und der vom Bund zwar versprochene, dann aber im Entwurf nicht umgesetzte „umfassende Instrumentenkasten“, der den Ländern „größtmögliche Handlungsspielräume“ eröffnen sollte.

Gleichwohl ist der Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes am 15. Mai 2024 aber vom Bundeskabinett beschlossen und noch vor der Sommerpause in den Deutschen Bundestag eingebracht worden.

Der Entwurf des KHVVG hat sich inhaltlich dabei endgültig wieder von der Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene Level verabschiedet und setzt jetzt ausschließlich auf 65 sog. Leistungsgruppen nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen, die die Länder aufgrund ihrer Planungshoheit bis Ende 2026 den einzelnen Krankenhäusern jeweils explizit zuweisen müssen. 60 % der Betriebskosten sollen zudem über eine Vorhaltepauschale abgegolten werden, die ihrerseits durch eine Absenkung der Fallpauschalen generiert wird (also: ohne zusätzliches Geld). Die einzelnen Leistungsgruppen sind außerdem durchweg mit Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen verknüpft. So soll sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser auch ein bestimmtes Maß an technischer Ausstattung, qualifiziertem Personal und erforderlichen Fachdisziplinen aufweisen. Die Medizinischen Dienste sollen regelmäßig prüfen, ob die einzelnen Krankenhäuser die erforderlichen Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen auch einhalten. Eine

Vorhaltevergütung wird im Übrigen nur für diejenigen Leistungsgruppen gewährt, die sowohl hinsichtlich der Qualitätskriterien als auch der Mindestvorhaltezahlen den bundesrechtlichen Vorgaben entsprechen. Eine wichtige Rolle sollen künftig zudem sog. sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) spielen, in denen ein Stück weit nicht zuletzt auch der frühere Grundgedanke eines Krankenhauses in Level 1 i fortlebt.

Um die Strukturreform der Krankenhäuser finanziell abzusichern, soll über einen Zeitraum von zehn Jahren (2026 bis 2035) ein sog. Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro bereitgestellt werden, jeweils zur Hälfte getragen von den Ländern und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds des Bundes.

Am 17. Oktober 2024 ist das KHVVG schließlich mit den Stimmen der damaligen Regierungskoalition („Ampel“) verabschiedet worden.

Die seinerzeitige Opposition im Bundestag, aber auch zahlreiche Länder hielten jedoch gleichwohl an ihrer ablehnenden Haltung fest. Kritisiert wurde vor allem, dass sich Bundesgesundheitsminister Lauterbach wiederholt nicht an vorher getroffene Absprachen gehalten habe, sowie dass jegliche Auswirkungsanalyse, versprochene Öffnungsklauseln und eine Übergangsfiananzierung (sog. „Soforthilfe“) zur Verhinderung einer „Reform auf kaltem Weg“ fehle. Der Bundestag setze sich zudem durch zu starre inhaltliche Festlegungen bei den Leistungsgruppen über die Planungshoheit der Länder hinweg.

Der Versuch, das Gesetz durch die Anrufung des Vermittlungsausschusses im Bundesrat noch aufzuhalten, ist am 22. November 2024 allerdings gescheitert, nachdem ein entsprechender Antrag dort nicht die erforderliche Mehrheit gefunden hatte. Dabei war es vorher noch zu einem denkwürdigen Eklat gekommen, weil der brandenburgische Ministerpräsident Woidke (SPD) seine Gesundheitsministerin Nonnemacher (Bündnis 90/Die Grünen), die sich der Stimme enthalten wollte, ad hoc entließ, um so die Stimme von Brandenburg für den Regierungsvorschlag zu sichern. Das hat in der Folgezeit dann zum Bruch der „Kenia“-Koalition in Brandenburg geführt, weil die Grünen aus Protest die Koalition verließen.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG, „Lauterbach-Reform“) ist daraufhin am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten.

c) Die „Reform der Reform“: Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KAHG)

Nach der Bundestagswahl vom 23. Februar 2025 haben sich die neuen Koalitionsfraktionen aus CDU/CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag auf eine Fortentwicklung der Krankenhausreform verständigt. Neben einer anderen Finanzierung des Transformationsfonds (kein systemwidriger Griff in die Kasse der Krankenversicherungen mehr) will die „Reform der Reform“ zwar grundsätzlich an den Zielen des KHVVG („mehr Qualität und Effizienz in der Versorgung“) festhalten, aber einzelne Regelungen insbesondere hinsichtlich großzügigerer Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten, sowie einer Überarbeitung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien und der Maßgaben zu deren Anwendung nachbessern. Außerdem sollen Zwischenfristen, insbesondere zur Einführung der Vorhaltevergütung, angepasst werden.

Der von der neuen Bundesgesundheitsministerin Warken vorgelegte Entwurf eines Krankenhausreformatenpassungsgesetzes (KAHG) ist am 8. Oktober 2025 vom Bundeskabinett beschlossen worden. Eckpunkte des Gesetzentwurfs sind:

- Reduzierung der geplanten Leistungsgruppen von 65 auf nur noch 61 (wie ursprünglich geplant und von Bundesminister Lauterbach auch zugesagt, anschließend aber von ihm eigenmächtig wieder geändert),
- erweiterte Ausnahmemöglichkeiten der Länder für eine zeitlich auf drei Jahre befristete Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien (noch) nicht erfüllen, sowie Absenkung der Fallzahlgrenze in der Onkochirurgie (Ziel: Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum),
- Verschiebung der Einführung der sog. Vorhaltevergütung um ein Jahr, 2026 und 2027 sollen dazu budgetneutral gestellt werden,
- Finanzierung des Bundesanteils am Transformationsfonds nicht mehr aus GKV-Mitteln, sondern aus originären Bundesmitteln („Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität“).

Aus Sicht der Kommunalen Spitzenverbände führt das KAHG zwar zu einer höheren Transparenz als das KHVVG, beseitigt aber zentrale Kritikpunkte an den Grundzügen der Reform nicht, sondern hält gerade umgekehrt sogar ausdrücklich daran fest. Im Gesetzgebungsverfahren sind von der kommunalen Seite deshalb insbesondere folgende Punkte kritisiert worden:

- Die Vorhaltevergütung soll nach dem KAHG auch weiterhin in Abhängigkeit von den Fallzahlen berechnet werden. Das wird aber weder der Grundidee noch dem Versorgungsauftrag insbesondere kleinerer Krankenhäuser gerecht.
- Dauerhaft erhöhte Betriebskosten müssen auch dauerhaft (und nicht nur teilweise und durch die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel zudem gleich wieder entwertet) finanziert werden, um einen planvollen statt einem ungeordneten Strukturwandel zu ermöglichen.
- Da zahlreiche Landkreise planen, Krankenhäuser relativ kurzfristig zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiterzuentwickeln, bedarf es dafür auch praktikabler Umsetzungsvoraussetzungen. Den Ländern soll zumindest ein Mitentscheidungsrecht hinsichtlich des Leistungsspektrums eines süV eingeräumt werden, um so auch weitere (über das „normale“ Spektrum hinausgehende) Leistungen zu ermöglichen. Zudem soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass ein süV nach örtlicher Absprache und auf der Basis klar definierter Kriterien in angemessener Weise an der Notfallversorgung teilnehmen

darf und deshalb auch vom Rettungsdienst angefahren werden kann.

- Die Ausnahmemöglichkeiten bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in besonderen Fällen sollen auch über einen Zeitraum von drei Jahren hinaus greifen. Anmerkung: Der ursprüngliche Referentenentwurf des Ministeriums hatte hierfür selbst einen Zeitraum von sechs Jahren vorgesehen, der dann allerdings auf Intervention der SPD-Bundestagsfraktion wieder halbiert worden ist.
- Die aus Sicht der Kommunalen Spitzenverbände unrealistischen Fallzahlvorgaben für zukünftige Hybrid-DRG-Leitungen bedürfen einer grundlegenden Überarbeitung.
- Krankenhauskooperationen vor Ort sollen gestärkt werden, indem dazu Abweichungen von den Qualitätsvorgaben möglich gemacht werden.

Das KAHG („Reform der Reform“) ist nach intensiven Kompromissverhandlungen zwischen dem Bundesgesundheitsministerium, den Regierungsfractionen und den Ländern am 6. März 2026 im Bundestag abschließend beraten und beschlossen worden. Die Länder haben in diesem Zusammenhang zugesagt, das Gesetz am 27. März 2026 im Bundesrat ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses passieren zu lassen. Die „Reform der Reform“ wird deshalb voraussichtlich im April 2026 Kraft treten.

Aus Sicht der DKG und der Kommunalen Spitzenverbände enthält das KAHG von einigen kleinen Änderungen abgesehen allerdings keine grundlegenden Verbesserungen. Neu ist, dass die Zahl der Leistungsgruppen wieder auf 61 reduziert wird und dass es (auch über den Zeitraum von 3 Jahren hinaus) befristete Ausnahmen bei Leistungszugewisungen geben soll, sofern die dort definierten Qualitätskriterien noch nicht erfüllt sind.

Zu kritisieren ist jedoch auch weiterhin, dass die Leistungsgruppen nach wie vor von der Erreichung bestimmter Mindestfallzahlen abhängig sind, also gerade keine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung ermöglichen, die Betriebskostenfinanzierung insgesamt nicht auskömmlich ist und das Gesetz jegliche Ansätze zum Bürokratieabbau vermissen lässt. Nach Berechnungen der DKG verbringt jeder Arzt und jede Pflegekraft pro Tag inzwischen drei Stunden nur mit Dokumentation und Bürokratie. Auch das ist ein nicht zu unterschätzender Kostenfaktor, ohne dass dem ein entsprechender Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenübersteht. Das gilt im Übrigen auch für die Beibehaltung des von Minister Lauterbach auf Biegen und Brechen eingeführten Bundesklinikatlas, der völlig sinnfrei ist, aber einen immensen Aufwand verursacht.

d) „Soforthilfe“ des Bundes

Die von der „Ampel“ noch verweigerte, dann aber im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung zugesagte finanzielle Soforthilfe des Bundes für die Krankenhäuser in der Größenordnung von 4 Milliarden Euro („Sofort-Transformationsförderung“, Ziel: Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023) ist vom Deutschen Bundestag am 17. September 2025 im Haushaltsbegleitgesetz beschlossen worden und wird durch

einen zeitlich befristeten Rechnungsaufschlag von 3,25 % im Zeitraum vom 1. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026 umgesetzt.

Umso unverständlicher ist deshalb aber, dass der Bundestag im Rahmen eines Sparpakets zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge nur wenige Tage später beschlossen hat, den Anstieg der Klinikvergütungen schon 2026 wieder zu begrenzen und die Krankenhäuser dadurch mit weiteren 1,8 Milliarden Euro zu belasten. Diese Maßnahme hat deshalb auch den entschiedenen Widerspruch der Kommunalen Spitzenverbände hervorgerufen. So lässt sich etwa der Präsident des Deutschen Landkreistags mit der Aussage zitieren, das treibe nur den kalten Strukturwandel voran und gefährde die Existenz selbst versorgungsrelevanter Krankenhäuser, gerade in den ländlichen Räumen. Es dürfe aber keine Sparmaßnahmen auf Kosten der Versorgungssicherheit der Patienten geben. Mit einer „Echternacher Springprozession“ lasse sich keine zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik betreiben.

Immerhin ist es dann am 19. Dezember 2025 und somit am letzten Sitzungstag vor Weihnachten nicht zuletzt auf Betreiben des Landes Baden-Württemberg im Vermittlungsausschuss noch gelungen, wenigstens zu erreichen, dass die Einsparungen nur für 2026 gelten und nicht (wie ursprünglich geplant) auch zu einer niedrigeren Ausgangsbasis für die Folgejahre führen. Das hätte dann nämlich neben dem einmaligen Effekt erneut nachteilige strukturelle Wirkungen für die Zukunft gehabt.

Folgen der Krankenhausstrukturreform des Bundes für die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg

a) Verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung

Krankenhausplanung ist in Deutschland verfassungsrechtlich Ländersache. Das ergibt sich aus der Systematik des Grundgesetzes, das immer von einer Zuständigkeit der Länder ausgeht, sofern es dort keine ausschließliche oder konkurrierende Zuweisung an den Bund gibt.

Art. 70 Abs. 1 GG lautet:

„Die Länder haben das Recht der Gesetzgebung, soweit dieses Grundgesetz nicht dem Bunde Gesetzgebungsbefugnisse verleiht.“

In Art. 74 (Konkurrierende Gesetzgebung) Abs. 1 Nr. 19 a GG ist jedoch nur

„die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“

explizit genannt. Daraus folgt im Umkehrschluss deshalb zwangsläufig, dass alle anderen Gesetzgebungszuständigkeiten im Zusammenhang mit Krankenhäusern bei den Ländern liegen.

Zu diesem Ergebnis kommt auch ein aktuelles Rechtsgutachten von Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht an der Universität Augsburg), der feststellt, dass der Bund bei der Krankenhausreform „nicht übermäßig steuern und die Planungshoheit der Länder beschneiden dürfe“. Die Länder müssten auch weiterhin „eigenständige erhebliche Gestaltungsspielräume für die Krankenhäuser besitzen“.

Demzufolge nehmen auch alle Bundesländer ihre Kompetenz zur Landeskrankenhausplanung wahr. In der Praxis vollzieht sich diese Planung bisher vor allem durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan. Erst dadurch wird das jeweilige Krankenhaus nämlich zur Behandlung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten zugelassen.

Speziell das Land Baden-Württemberg hat seine Zuständigkeit zur Landeskrankenhausplanung in der Vergangenheit allerdings nur eher zurückhaltend wahrgenommen. Das sieht man nicht zuletzt auch daran, dass der derzeit geltende Landeskrankenhausplan noch aus dem Jahr 2010 stammt. Lediglich in bestimmten Teilbereichen (z.B. bei der Schlaganfallkonzeption) sind in der Zwischenzeit inhaltliche Fortschreibungen erfolgt.

Das wird sich durch die Krankenhausstrukturreform des Bundes jetzt aber grundlegend ändern müssen. Allein schon die Tatsache, dass die Länder künftig verpflichtet sind, einzelnen Krankenhäusern bis Ende 2026 explizit bestimmte Leistungsgruppen zuzuweisen, bedingt nämlich eine wesentlich aktivere Rolle des Landes als bisher.

b) Die erste Antwort des Landes: Das „Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung“

Vor diesem Hintergrund hat das Land deshalb 2024 bei dem Beratungsunternehmen PD – Berater der öffentlichen Hand ein „Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung“ in Auftrag gegeben. Dieses Gutachten, das im Januar 2025 öffentlich vorgestellt worden und auf der Webseite des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration einzusehen ist (<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/krankenhaeuser/gutachten-krankhauslandschaft>), teilt das Land in insgesamt sechs sog. Versorgungsregionen ein. Der Neckar-Odenwald-Kreis gehört zusammen mit den Stadtkreisen Mannheim, Heidelberg und Heilbronn, sowie dem Rhein-Neckar-Kreis, dem Landkreis Heilbronn, dem Hohenlohekreis und dem Main-Tauber-Kreis dabei zur Versorgungsregion D.

PD hat zunächst einige ausgewählte Leistungsgruppen im Sinne einer Bestandsaufnahme des Status quo untersucht. Aus Sicht des Neckar-Odenwald-Kreises sind dabei insbesondere folgende Kernaussagen von Bedeutung:

- Geburten: „(...) die Situation im nördlichen Baden-Württemberg bedarf weiterer Beobachtung. In dieser Region gab es im Betrachtungszeitraum sowohl innerhalb als auch

außerhalb Baden-Württembergs nur wenige Versorger. Der Wegfall eines weiteren Versorgers könnte sich negativ auf die gesamte Region auswirken“ (Abschnitt B, S. 31).

- Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin: „Längere Fahrzeiten ergaben sich insbesondere an den Grenzen zu Hessen, Bayern (...)“ (Abschnitt B, S. 39).
- Interventionelle Kardiologie: „Fahrzeiten zwischen 40 und 60 Minuten betrafen (...) das Umland von Buchen“ (Abschnitt B, S. 56). „(...) rund um Buchen sollten die Fahrzeiten vor dem Hintergrund der zeitkritischen Herzinfarktversorgung weiter beobachtet werden (...). Hier könnte der Hubschrauberrettung eine größere Bedeutung zukommen“ (Abschnitt B, S. 61).
- Schlaganfallversorgung: „An der nördlichen Grenze zu Bayern existieren Gebiete mit Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten und teilweise sogar von mehr als 60 Minuten zu einer Stroke Unit (...)“ (Abschnitt B, S. 91).

Vor diesem Hintergrund kommen die Gutachter schließlich u.a. zu folgenden Handlungsempfehlungen (Abschnitt A, S. 72 ff):

- „(...) kann (...) davon ausgegangen werden, dass sich der Trend zur Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich weiter verstärken wird. Vor diesem Hintergrund erscheint die Konzentration von Leistungen aus ökonomischen und qualitativen Gesichtspunkten unvermeidbar“ (Empfehlung 2, Abschnitt A, S. 72).
- „Die Erreichbarkeitsanalysen des Gutachtens haben gezeigt, dass insbesondere an den Landesgrenzen zu Bayern und Hessen zum Teil höhere Fahrzeiten notwendig sind, um einen geeigneten Versorger zu erreichen. (...) Vor diesem Hintergrund sollte eine vertiefte Abstimmung und gemeinsame Planung der Bundesländer bei der stationären Versorgung erfolgen“ (Empfehlung 3, Abschnitt A, S. 73).
- „Neben einer qualitätsorientierten Versorgung sollte die krankenhausplanerische Ausrichtung auf einer flächendeckenden Versorgung mittels Erreichbarkeitskriterien im Vordergrund stehen. Dabei sollten für bestimmte medizinische Bereiche klare Erreichbarkeitsgrenzen definiert und bei der Zuweisung von Versorgungsaufträgen berücksichtigt werden. (...) Eine wohnortnahe Grundversorgung in den Bereichen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie sollte flächendeckend gewährleistet und im Regelfall innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein. (...) Bei komplexeren oder elektiven Leistungen steht hingegen nicht die wohnortnahe Versorgung im Fokus. Je komplexer und seltener eine Behandlung ist, desto mehr sollte sie auf spezialisierte Versorger der Maximal- oder Schwerpunktversorgung

- konzentriert werden, um eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten“ (Empfehlung 4, Abschnitt A, S. 74).
- „Die Zuweisung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das Ministerium sollte gezielt an geeignete Standorte erfolgen. Dabei sollten wichtige Aspekte wie die Qualität (...), die Einhaltung der Erreichbarkeit (...), regionale Gegebenheiten sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung berücksichtigt werden. Damit die Krankenhäuser ihre Versorgungsaufträge umsetzen können, müssen ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden“ (Empfehlung 5, Abschnitt A, S. 74).
 - „Die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sowie die Entwicklung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungskonzepte stehen weiterhin im Fokus der Gesundheitspolitik. In Zukunft wird es (...) nicht möglich sein, sämtliche stationären Gesundheitsleistungen in ihrem aktuellen Umfang auch weiterhin bereitzustellen. Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (...) entscheidend, um auch in Zukunft eine medizinische Versorgung sicherzustellen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht wird und gleichzeitig effizient und leistungsfähig bleibt“ (Empfehlung 6, Abschnitt A, S. 75).
 - „Bis zum Jahr 2035 wird bei Annahme einer zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ein Rückgang der Fallzahlen um bis zu rund 12 % (...) im Vergleich zum Jahr 2023 prognostiziert. Infolgedessen wird die benötigte Anzahl an vollstationären Betten in Baden-Württemberg weiter sinken. Es wird angenommen, dass bei einer Zielauslastung von 85 % bereits heute rund 8.514 Betten abgebaut werden könnten, ohne die Versorgungssicherheit in Baden-Württemberg zu gefährden. (...) Daher könnte der gezielte Abbau von nicht genutzten Betten eine sinnvolle Option sein, um Betriebskosten zu senken, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen“ (Empfehlung 8, Abschnitt A, S. 76).

Auswirkungen der Krankenhausstrukturreform auf die Neckar-Odenwald-Kliniken

a) Die Motivation zum eigenen Gutachten

Nachdem bekannt geworden war, dass sich das Land Baden-Württemberg als zuständiger Träger der Landeskrankenhausplanung gutachterlich hat beraten lassen, hat der Aufsichtsrat der Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH am 12. Dezember 2024 ebenfalls (einstimmig) beschlossen, nach der zwar durchaus erfolgreichen, in der

Summe aber für das wirtschaftliche Ergebnis leider bei weitem nicht ausreichenden Umsetzung zahlreicher interner Verbesserungsprojekte jetzt auch wieder einen externen Sachverständigen zu Rate zu ziehen. In dem Gutachten sollten vor allem auch mögliche Restrukturierungsmaßnahmen aufgezeigt, das Medizinkonzept der Zukunft unter Berücksichtigung der Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) dargestellt und Szenarien für die Auslastung und den Fortbestand der Klinikstandorte entwickelt werden.

Dazu wurden insgesamt fünf Beratungsunternehmen angefragt, die über eine besondere Expertise speziell auf dem Krankenhausesektor verfügen. Die Wahl ist letztlich auf die Lohfert & Lohfert AG (www.lohfert.net) aus Hamburg gefallen. Lohfert & Lohfert zählt nicht nur zu den führenden Krankenhausberatungen deutschlandweit, sondern kennt insbesondere auch die Krankenhauslandschaft in der Metropolregion Rhein-Neckar aus verschiedenen Vorbeauftragungen sehr gut.

b) Das Resultat der Beauftragung: Das „Strukturgutachten mit Medizinkonzeption und Quick-Check Wirtschaftlichkeit/Prozesse“ von Lohfert & Lohfert

Das Gutachten von Lohfert & Lohfert liegt in seiner finalen Fassung seit Anfang August 2025 vor. Aufgrund der Ferienzeit war eine erste Präsentation im Kreise des Aufsichtsrats und der Fraktionsvorsitzenden (mit Oberbürgermeister Stipp als Gast) allerdings erst am 5. September 2025 möglich. Anschließend ist auch noch eine weitere Vorstellung des Gutachtens durch den Projektverantwortlichen von Lohfert & Lohfert, Herrn Philipp Letzgus, am 24. September 2025 in einer öffentlichen Kreistagssitzung in Mosbach-Lohrbach erfolgt. Die Präsentation im Rahmen der Kreistagssitzung ist über das Kreistagsinformationssystem des Neckar-Odenwald-Kreises öffentlich zugänglich: <https://iranok-sitzungsdienst.komm.one/bi/info.asp> (rechte Spalte: Allgemein).

Das Gutachten trifft zunächst die wenig überraschende Feststellung, dass eine erhebliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nur durch strukturelle Eingriffe in das Portfolio und die Konfiguration der Standorte möglich sei (S. 139 der Langfassung).

Daran anknüpfend werden dann insgesamt fünf Varianten näher untersucht:

1. Weiterführung bzw. Optimierung des Status quo
2. Strukturelle Veränderung und Umwandlung der Häuser
 - a. Buchen als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Mosbach zu einem sektorenübergreifenden Versorger oder einer Fachklinik
 - b. Mosbach als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Buchen zu einem sektorenübergreifenden Versorger oder einer Fachklinik
3. Ein-Standort-Strategie im Neckar-Odenwald-Kreis
 - a. Konzentration auf Buchen als Schwerpunktversorger und Schließung von Mosbach
 - b. Neubau in zentraler Lage des Landkreises

Die Gutachter kommen anhand verschiedener Bewertungskriterien schließlich zu dem Ergebnis, dass die Variante 2 a (Buchen als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Mosbach zu einem sektorenübergreifenden Versorger oder einer Fachklinik) aus ihrer Sicht die Vorzugsvariante sei. Die nächstbesten Varianten seien 3 a (Konzentration auf Buchen als Schwerpunktversorger und Schließung von Mosbach) und 2 b (Mosbach als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Buchen zu einem sektorenübergreifenden Versorger oder einer Fachklinik) mit der abschließenden Feststellung: „Allerdings sind beide Varianten der Vorzugsvariante 2 a mit klarem Abstand unterlegen“ (S. 187 der Langfassung).

Die Gutachter sprechen sich somit im Ergebnis zunächst einmal eindeutig für den Erhalt beider Standorte in Mosbach und Buchen aus. Das ist aus Sicht der Bevölkerung zweifelsohne eine wichtige Feststellung. Allerdings würde es bei einer Umsetzung der Variante 2 a zu durchaus signifikanten Verschiebungen zwischen beiden Standorten kommen: Buchen würde (deutlich) aufwachsen, Mosbach hingegen umgekehrt (deutlich) schrumpfen und auch vom Angebot her eine wesentliche Umgestaltung erfahren.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Auswirkungen gehen die Gutachter davon aus, dass bei einer Umsetzung der sog. „Vorzugsvariante 2 a“ das jährliche Defizit zwar nicht auf Null sinken werde, aber in eine Range zwischen - 2,0 Mio. Euro und - 3,5 Mio. Euro gebracht werden könnte. Das wäre dann ein jährliches Einsparpotential für den Neckar-Odenwald-Kreis (und somit mittelbar auch für die Städte und Gemeinden) in der Größenordnung von immerhin 7 bis 10 Mio. Euro. Allerdings sind dabei noch keine Abschreibungen für die nicht geförderten Kosten etwaiger Baumaßnahmen enthalten. Allgemein gilt: Je größer eine Förderung ausfällt, desto kleiner ist der für die Abschreibungen zu erwirtschaftende Betrag.

Lohfert & Lohfert weist zudem ausdrücklich darauf hin, dass aktuelle Prognosen aufgrund des zu Teilen unklaren gesetzlichen Rahmens „mit einer vergleichsweise hohen Unsicherheit verbunden“ seien (ergänzende Stellungnahme zu „Implikationen auf die Wirtschaftlichkeit“, S. 2).

Aus Sicht der Verwaltung sind gleichwohl insbesondere folgende Aussagen des Gutachtens für den weiteren Entscheidungsprozess von Bedeutung:

- Eine „Betrachtung der Versorgungsstrukturen im Neckar-Odenwald-Kreis und den umliegenden Kreisen verdeutlicht die zentrale Rolle der Standorte Buchen und Mosbach. (Ein) Wegfall der Standorte würde zu erheblichen Versorgungsengpässen in der Region führen. Um eine patientenorientierte Versorgung zu sichern, sollten Überlegungen zu regionalen Versorgungskonzepten getätigt werden“ (Langfassung, S. 16).
- Beide Akutkrankenhäuser in Mosbach (17,9 %) und Buchen (24,1 %) zusammen erreichen nur einen Marktanteil von 42 % der im Neckar-Odenwald-Kreis anfallenden Fälle; 58 % der im Kreisgebiet anfallenden Fälle bevorzugen hingegen andere Krankenhäuser (Langfassung, S. 49).

- Buchen hat mit Blick auf die Patientenherkunft eine höhere Strahlkraft als Mosbach (Langfassung, S. 59).
- „In Würdigung aller Umstände kann zum heutigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass das bestehende Defizit bei einer Fortsetzung des Status-quo auch bei konsequenten Sanierungs-/Restrukturierungsmaßnahmen nur zu Teilen reduziert werden kann. Eine erhebliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ist nur durch strukturelle Eingriffe in das Portfolio und die Konfiguration der Standorte möglich“ (Langfassung, S. 139).
- Bei einem 1-Standortkonzept in Buchen (bei gleichzeitiger Schließung von Mosbach) ist „die Erreichbarkeit insbesondere im Bereich der Notfallversorgung und die damit drohende Unterversorgung (...) zu prüfen“ (Langfassung, S. 152). „Es entstehen weitere Anfahrtswege für Patienten und Versorgungslücken im Bereich der Grund- und Regelversorgung, v.a. im südlichen Teil des Landkreises. (...) Ohne Versorgungsangebot in Mosbach fehlt der Kontakt in diese Region“ (Langfassung, S. 179).

Speziell für die von ihnen favorisierte Vorzugsvariante 2 a (Buchen als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Mosbach zu einem sektorenübergreifenden Versorger oder einer Fachklinik) führen die Gutachter folgende Argumente an (Langfassung, S. 150):

- „Die Etablierung eines Schwerpunktversorgers wird initiiert, um den aktuellen gesundheitspolitischen Anforderungen (insb. KHVVG) sowie dem medizinischen Fortschritt nachhaltig gerecht zu werden“.
- „Bereits derzeit stellt Buchen mit höheren Fallzahlen als Mosbach, (...) diversen Sicherheitszuschlägen und einem regionalen und leicht überregionalen Einzugsgebiet einen relevanten Versorger für die Region dar“.
- „Mosbach sollte die Anforderungen eines Grundversorgers und damit die Kernkompetenzen der Inneren Medizin sowie der Allgemeinen Chirurgie erfüllen. Eine Schwerpunktsetzung in geriatrischen/altersmedizinischen Leistungen erscheint aufgrund vorhandener Strukturen sinnvoll“.
- „Die Gewährleistung der akuten Notfallversorgung der Stufe 1 am Standort Mosbach ist dabei sicherzustellen, um eine umfassende und zeitnahe Versorgung von Notfallpatienten im Süden des Landkreises zu gewährleisten“.

c) Bewertung des Gutachtens von Lohfert & Lohfert durch das Land

Im Rahmen der Kreistagssitzung vom 24. September 2025 ist die Verwaltung beauftragt worden, das Land um eine möglichst zeitnahe Bewertung der Vorschläge aus der Sicht der Krankenhausplanung zu bitten.

Das zuständige Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat daraufhin mit einem Schreiben der Amtschefin, in Vertretung unterzeichnet durch Ministerialdirigent Schumacher, am 7. November 2025 geantwortet. Die Kernaussagen dieses Schreibens lauten wie folgt:

„Um eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig effiziente stationäre Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen, begrüßt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration (...) ausdrücklich die Initiative der betroffenen Krankenhausträger im Neckar-Odenwald-Kreis und im Rhein-Neckar-Kreis, die bestehenden Strukturen in einem regional abgestimmten Verfahren kritisch zu überprüfen.

In dem hierzu vorliegenden Gutachten werden verschiedene Szenarien und Optionen für Leistungsbündelungen (bis hin zur Konzentration auf nur noch zwei Standorte in Sinsheim und Buchen) sowie Möglichkeiten für einen Abbau von Doppelstrukturen in der betrachteten Region aufgezeigt. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration bewertet die dabei erarbeiteten Vorschläge grundsätzlich positiv und befürwortet den Weg, Leistungen an einzelnen Standorten zu bündeln. Auch den Ausbau des sektorenübergreifenden Sektors sehen wir in Anbetracht der fortschreitenden Ambulantisierung als wichtigen und zukunftsfähigen Schritt, den wir ausdrücklich begrüßen. Basierend auf den Analysen und Überlegungen zur Krankenhauslandschaft und den medizinischen Bedürfnissen der Region befürworten wir deshalb grundsätzlich Ihre Weiterentwicklungsvorhaben.

Dass die Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Buchen verbleiben, kann aus unserer Sicht befürwortet werden. Auch dass der Standort Buchen (schon allein wegen des nur dort bestehenden Sicherstellungszuschlags) als Allgemein- und Notfallversorger erhalten bleiben soll, halten wir aus krankenhauplanerischer Sicht ebenfalls für plausibel.

Die grundsätzliche Entscheidung über weitere Veränderungen oder trägerübergreifenden Zusammenschlüsse und Kooperationen liegen aber in der Verantwortung des jeweiligen Krankenhausträgers selbst. (...)

Gerne werden wir den weiteren Prozess für die geplanten Strukturveränderungen auch weiterhin unterstützend und beratend begleiten“.

Resolution des Gemeinderats der Großen Kreisstadt Mosbach zum Erhalt des Klinik-Standortes Mosbach

Der Gemeinderat der Stadt Mosbach hat am 17. Dezember 2025 einstimmig eine Resolution zum Erhalt des Klinik-Standortes Mosbach verabschiedet. In dieser Resolution werden der Aufsichtsrat und die Geschäftsführung der Neckar-Odenwald-Kliniken, der Kreistag sowie das Land aufgefordert, „sich eindeutig zum Erhalt und zur Stärkung des Klinikstandortes Mosbach zu bekennen“, Wörtlich heißt es dann weiter:

„Wir fordern, dass die existenzielle Bedeutung des Klinikstandorts Mosbach für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sowie als Bindeglied zum künftigen Klinikverbund Heidelberg-Mannheim anerkannt und gesichert wird. Wir treten für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung ein, die die Bedürfnisse der Menschen in unserer ländlichen Region ernst nimmt, Erfahrungen der Vergangenheit sowie aktuelle Entwicklungen in der Region

und im Umland berücksichtigt und kämpfen für eine sachlich fundierte, zukunftsfähige und dauerhaft tragfähige Entscheidung zur künftigen Ausgestaltung der beiden Klinikstandorte. Die Gewährleistung einer ambulanten und stationären Notfallversorgung sowie notärztlichen Betreuung rund um die Uhr am Klinikstandort Mosbach auch in Zukunft ist für uns essentiell“.

Dieser Resolution haben sich in der Folgezeit auch mehrere andere Gemeinderäte aus dem Mittelbereich Mosbach angeschlossen.

Am 30. Januar 2026 hat ergänzend dazu eine Demonstration „JA zum Erhalt des Mosbacher Krankenhauses“ auf dem Marktplatz in Mosbach mit rund 1.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stattgefunden.

Zudem wurden mehrere Unterschriftensammlungen und (Online-)Petitionen auf den Weg gebracht, an denen sich zahlreiche Bürgerinnen und Bürger beteiligt haben.

Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (süV)

Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (süV) ist bereits im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG, „Lauterbach-Reform“) gesetzlich normiert worden. § 115 g SGB V bestimmt seitdem:

115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

- (1) *Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:*
1. *ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
 2. *ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,*
 3. *die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten stationären Leistungen und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten stationären Leistungen,*
 4. *Übergangspflege nach § 39e,*
 5. *Kurzzeitpflege nach § 39c.*
- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben die jeweiligen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen zu erfüllen. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten stationären Leistungen können auch belegärztlich erbracht werden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 2 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vereinbarte stationäre Leistungen und in Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 sowie in Absatz 2 genannte Leistungen können auch von Standorten von Krankenhäusern erbracht werden, die keine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung sind.*
- (2) *Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.*
- (3) *Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,*
1. *welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen,*
 2. *welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,*
 3. *welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei*

telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und

4. *welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.*

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 3 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss oder der ersten Festlegung, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

- (4) *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31. Dezember 2029, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.*

Von ihrer Grundidee her sollen solche sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen künftig eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung spielen und stationäre Leistungen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit pflegerischen Leistungen verbinden. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die derzeit unter dem Vorsitz von Niedersachsen steht, geht davon aus, dass von einer süV „insbesondere Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand aufgrund des geringen stationären Versorgungsbedarfs in der Region nicht gesichert ist, die aber wichtig für die Sicherstellung einer medizinischen Grundversorgung vor Ort sind“. Die DKG sieht das Potential einer süV hingegen „nicht nur in der Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Grundversorgung und der akutmedizinischen Versorgung leichter erkrankter Patientinnen und Patienten insbesondere in ländlichen Gebieten, sondern auch in der engen Verzahnung der verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke“. Der DKG geht es dabei insbesondere auch um „Abwärtsverlegungen“ von noch stationär betreuungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zur Entlastung spezialisierter und größerer Versorger. Außerdem soll jede süV automatisch eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – auch fachärztlichen Versorgung erhalten (unbefristet und ohne weitere Zulassungsbeschränkungen).

Problematisch an der gesetzlichen Regelung war lange Zeit insbesondere die Tatsache, dass der Gesetzgeber die konkrete inhaltliche Ausgestaltung dessen, was eine süV

1. an stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie mindestens erbringen *muss*,

2. an zusätzlichen stationären Leistungen erbringen *kann*,
3. an *weiteren* stationären Leistungen erbringen kann, *wenn es von einem kooperierenden Krankenhaus telemedizinisch unterstützt wird*

nicht selbst festgelegt, sondern den Organen der Selbstverwaltung übertragen hat. Dafür hat der Gesetzgeber den 31. Dezember 2025 als Zieldatum bestimmt.

Dass es dabei Zielkonflikte geben würde, muss allerdings sicher niemand überraschen. Während die DKG, unterstützt von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, für ein möglichst breites Behandlungsspektrum der süV gekämpft hat (Ziel: die *notwendigen* Leistungen eng begrenzen, die *möglichen* stationären Leistungen sehr flexibel ausgestalten, damit sie an den jeweiligen regionalen Bedarf angepasst werden können), haben die Krankenkassen eine exakt gegenteilige Strategie verfolgt und wollten die süV so klein wie möglich halten. Insbesondere wollte der GKV-Spitzenverband die akutmedizinische Versorgung leichter erkrankter Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit von „Abwärtsverlegungen“ verhindern.

Dass es vor diesem Hintergrund innerhalb des vorgegebenen Zeitraums (bis 31. Dezember 2025) nicht zu einer Einigung gekommen ist, verwundert kaum, wirft aber ein bezeichnendes Schlaglicht auf die Frage, wie es die Politik immer wieder versteht, sich selbst Probleme zu schaffen, indem man sich um eine eigene Antwort drückt. Stattdessen musste die Selbstverwaltung Konflikte lösen, deren Vorstrukturierung eigentlich Aufgabe des Gesetzgebers gewesen wäre.

Nachdem die Verhandlungen Ende 2025 auch ganz offiziell für gescheitert erklärt worden waren, bestimmt § 115 g Abs. 3 Satz 3 SGB V eigentlich, dass dann die Bundesschiedsstelle „ohne Antrag (...) innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung“ festlegt. Neues Zieldatum wäre somit der 31. März 2026 gewesen.

Die Bundesschiedsstelle nach § 115g SGB V, das sog. sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium, ist mit einer unparteiischen Vorsitzenden/einem Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischen Mitglied, zwei Vertretern der Ärzte (KBV), zwei Vertretern der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und zwei Vertretern der Krankenhäuser (DKG) besetzt, wobei jedes Mitglied Stellvertreter hat, die bei Nichteinigung entscheiden.

Tatsächlich haben die Organe der Selbstverwaltung aber ungeachtet der klaren gesetzlichen Regelung auch nach dem 31. Dezember 2025 weiterverhandelt und sich am 2. März 2026 doch noch im Rahmen einer Vereinbarung über die stationären Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geeinigt (sog. süV-Leistungskatalog-Vereinbarung).

Demnach ist bei einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung von folgendem Leistungsspektrum auszugehen:

- a) Mindestens zu erbringende stationäre Leistungen: u.a. die Behandlung von Atemwegserkrankungen, gastrointestinalen (= den Magen-Darm-Trakt betreffenden) Erkrankungen, sowie weitere internistische Basisbehandlungen.

- b) Weitere stationäre Leistungen aus dem Spektrum der Inneren Medizin und Geriatrie sind je nach Möglichkeit der Einrichtung und Versorgungsauftrag möglich. Entscheidend für den Umfang ist die konkrete Festlegung durch die für die Landeskrankenhausplanung zuständige Behörde, bei uns also das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Migration.
- c) Darüber hinaus sollen die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zukünftig auch Leistungen aus den AOP (= Ambulantes Operieren im Krankenhaus)- und Hybrid-DRG-Katalogen erbringen dürfen, soweit die fachärztliche Kompetenz zur Verfügung steht.
- d) Mit telemedizinischer Unterstützung können diese zusätzlichen Leistungen gegebenenfalls noch einmal erweitert werden.

Sog. „Abwärtsverlegungen“ aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen sind ebenfalls zulässig.

Demgegenüber sind bedauerlicherweise in der derzeitigen Fassung aber keine intensiv- oder notfallmedizinischen Funktionen vorgesehen.

DKG und GKV-Spitzenverband bewerten den Leistungskatalog positiv und verweisen in diesem Zusammenhang insbesondere darauf, dass das Leistungsspektrum der süV „typische Diagnosen älterer Menschen wie akute und chronische Infektionen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Anämien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, respiratorische Infekte einschließlich COPD, gastrointestinale Beschwerden sowie urogenitale Infektionen“ umfasst und damit die „überwiegend nicht-operativen internistischen Erkrankungen“ abbildet (gemeinsame Pressemitteilung vom 10. März 2026).

Lohfert & Lohfert gehen in ihrem Gutachten davon aus, dass der Standort Mosbach in der Funktion als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mit geriatrischem Schwerpunkt „nicht nur eine wichtige Zuweisungs- und Entlastungsrolle für den Schwerpunktversorger Buchen“ übernimmt, sondern auch „zur Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung“ beiträgt (Langfassung, S. 208).

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist ein eigenständiger Leistungserbringer, in dem mehrere angestellte Ärztinnen und Ärzte (in der Regel unterschiedlicher Fachrichtungen) zusammenarbeiten. Es handelt sich dabei um eine Form der ambulanten Versorgung.

Zugelassene Krankenhäuser können ein MVZ gründen. Diese Gründungsberechtigung (§ 95 Abs. 1a SGB V) befreit aber nicht von der jeweiligen Bedarfsplanung. Konkret heißt das, dass MVZ auch nur dann an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen, wenn sie entsprechende Kassenarztsitze haben. Für den Erwerb solcher Sitze sind verschiedene Wege denkbar:

- a) Neuzulassungen, sofern der Planungsbereich nicht gesperrt ist;
- b) Übernahme einer bestehenden Praxis inklusive Zulassung;
- c) Einbringung eines Sitzes durch einen bisher niedergelassenen Vertragsarzt, der anschließend auf Anstellungsbasis im MVZ weiterarbeitet.

Sonderbedarfszulassungen bei lokaler Unterversorgung sind möglich. Zuständig sind die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und der jeweilige Zulassungsausschuss im Regierungsbezirk Karlsruhe.

Ein MVZ kann in kommunaler Trägerschaft (beispielsweise der Neckar-Odenwald-Kliniken) stehen, aber auch private Beteiligungen vorsehen.

Der Aufsichtsrat der Neckar-Odenwald-Kliniken hat die Fachanwältin für Medizinrecht Dr. Deniz Cansun-Labenski aus Köln, die die Kliniken schon früher beraten hat, aktuell mit der Erstellung eines umsetzungsfähigen Konzepts beauftragt. Dieses Konzept soll bis spätestens Ende April 2026 vorliegen.

Transformationsfonds

Ein Herzstück der Krankenhausstrukturreform ist der sog. Transformationsfonds, der mit insgesamt 50 Milliarden Euro gefüllt ist. Die Verwaltung der Gelder, aber auch die Abwicklung etwaiger förderfähiger Vorhaben obliegt dem Bundesamt für Soziale Sicherung (www.bundesamtsozialesicherung.de) in Bonn. Hierzu hat der Gesetzgeber bereits am 15. April 2025 die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV) erlassen.

Die KHTFV verweist hinsichtlich der Förderfähigkeit einzelner Maßnahmen auf § 12b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Demnach können aus dem Transformationsfonds folgende Maßnahmen gefördert werden:

- standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten;
- Umstrukturierung von Standorten mit dem Ziel, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bilden;
- Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, einschließlich robotergestützter Telechirurgie;
- Bildung bzw. Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen;
- Bildung bzw. Fortentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbänden (mit mindestens zwei Krankenhäusern), insbesondere durch Standortzusammenlegungen;
- Bildung integrierter Notfallstrukturen;
- Schließung von Krankenhausstandorten bzw. Teilen davon in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern bzw. Krankenhausbetten.

Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind genauso wie Betriebskosten während der Übergangszeit hingegen nicht förderfähig.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat die Verwaltung des Transformationsfonds als neue Aufgabe übernommen und prüft Förderanträge. Entsprechende Anträge können allerdings nur die Länder stellen. Vorausgesetzt wird, dass sich die antragstellenden Länder mit mindestens 50 % der förderfähigen Kosten an dem Vorhaben beteiligen.

Anträge sind seit Januar 2026 möglich. Derzeit fehlt allerdings noch immer die erforderliche Förderrichtlinie, die das BAS erst noch erlassen muss.

Handlungsdruck für eine schnelle Tendenzentscheidung

Aus Sicht der Verwaltung besteht nach wie vor erheblicher Zeitdruck zumindest für eine Tendenzentscheidung des Kreistags. Dafür spricht nicht nur die Tatsache, dass die fortdauernde Ungewissheit über die Zukunft der Kliniken für die Mitarbeitenden eine besondere Belastung darstellt und etwaige Abwanderungstendenzen befördern kann, sondern insbesondere auch der voraussichtlich mehrjährige Transformationszeitraum.

Während der Umsetzungsphase, die voraussichtlich mit mindestens fünf Jahren zu veranschlagen ist, müssen dann möglichst zeitnah sämtliche weiteren noch offenen Fragen (mit konkreten Arbeitsaufträgen an die Geschäftsführung hinterlegt) geklärt werden.

Derzeit ist für die Tendenzentscheidung die Kreistagssitzung am 20. Mai 2026 in Mudau vorgesehen.

Bis dahin sind (neben den noch ausstehenden Bürgerdialog-Veranstaltungen) folgende weiteren Gremienberatungen geplant:

25. März 2026	Aufsichtsratssitzung
18. April 2026	Öffentliche Anhörung in der Elzberghalle in Elztal-Dallau
5. Mai 2026	Aufsichtsratssitzung
11. Mai 2026	Nichtöffentliche Vorberatung im Ausschuss für Gesundheit und Soziales

Ergänzend dazu wird am 4. Mai 2026 auch der noch amtierende Minister für Soziales, Gesundheit und Migration Manne Lucha MdL eine presseöffentliche Diskussion mit dem Aufsichtsrat der Neckar-Odenwald-Kliniken und dem Gemeinderat der Großen Kreisstadt Mosbach durchführen.

Die Vision

Visionäres Zielbild könnte ein Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) Neckar-Odenwald-Kreis mit einem stationären Schwerpunkt Krankenhaus in Buchen, sowie zwei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen mit jeweils starkem ambulantem (Fach-)Arztangebot einschließlich ambulanten OP und erweiterten

Öffnungszeiten in Mosbach (1. Schritt) und ggfs. dann auch Hardheim (2. Schritt) sein.

In Mosbach könnte zudem die Kapazität der Geriatrischen Reha weiter ausgebaut und der Erhalt zentraler Einrichtungen für die Neckar-Odenwald-Kliniken gewährleistet werden.