

<https://doi.org/10.1007/s00350-021-5975-y>

Zukunftsprogramm Krankenhäuser – Krankenhauszukunftsfonds

Frank Stollmann und Bernd Halbe

A. Einleitung

Die Corona-Pandemie zeigte den erheblichen Nachholbedarf in Sachen Digitalisierung deutscher Krankenhäuser auf. Insgesamt wurde in den letzten Jahren erheblich zu wenig in eine moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser investiert. Dabei ist gerade angesichts der fortwährenden Corona-Krise eine moderne und digitale Ausrüstung unerlässlich. Doch nicht erst die Bewältigung der Pandemie erfordert eine moderne und digitale Ausrüstung, sondern auch die rudimentären Herausforderungen die eine qualitativ hochwertige und moderne Patientenversorgung mit sich bringt. So ermöglicht die Digitalisierung beispielsweise mehr Zeit für die individuelle Patientenbetreuung, da Aufgaben wie etwa die Dokumentation, die nur einen mittelbaren Patientennutzen haben, bereits während der Behandlung automatisiert im Hintergrund laufen können. Zudem verhindert ein effektiver Austausch von Daten überflüssige und auch kostenintensive Mehrfachuntersuchungen.

Die Defizite in der Digitalisierung sollen nun mithilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes¹, insbesondere mittels einer Investitionshilfe des Bundes über den Krankenhauszukunftsfonds, behoben werden, indem notwendige Modernisierungen von Bund und Ländern gefördert werden. Konkret geht es um Investitionen in moderne Notfallkapazitäten, eine bessere digitale Infrastruktur und die IT-Sicherheit. Das Fördervolumen des Bundes beläuft sich auf eine Gesamtsumme von 3 Milliarden Euro. Zusätzlich sollen die Länder insgesamt 1,3 Milliarden Euro aufbringen.

Dies mag zunächst nach viel klingen, angesichts der Vielzahl von modernisierungsbedürftigen Kliniken bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit die Summe dem tatsächlichen Förderungsbedarf gerecht werden kann und den Investitionsstau langfristig abbaut. Kritisch ist insbesondere zu sehen, dass nach Möglichkeit die Krankenhausträger oder anderenfalls die Länder 30% der Kosten eines jeden Förderprojekts selbst zu tragen haben. Angesichts der leeren Kassen der Länder braucht es nicht viel Fantasie zur Beantwortung der Frage, zu Gunsten welcher Kliniken die Auswahlentscheidung der Länder zwischen mehreren Förderanträgen wohl ausfallen wird.

Der Stand der Digitalisierung der Krankenhäuser wird jeweils zum 30. 6. 2021 und 30. 6. 2023 evaluiert (§ 14b S. 3 KHG).

B. Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

Zunächst sollen die Grundlagen der Krankenhausfinanzierung in ihren Umrissen vergegenwärtigt werden.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze ist gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Mit dem KHG hat der Bundesgesetzgeber den Regelungsgegenstand selbst normiert.

Das KHG regelt grundlegend, dass – 1. – die staatliche Krankenhausplanung durch die Länder erfolgt, – 2. – ein duales Finanzierungssystem herrscht und – 3. – ein Selbstkostendeckungsprinzip besteht².

Ziel des KHG ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in der stationären Versorgung sicherzustellen und die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern³. Letzteres erfolgt durch das Prinzip des dualen Finanzierungssystems: Die Länder tragen die Kosten für Errichtung und Erhalt der Krankenhäuser sowie für die Anschaffung der dazu erforderlichen Wirtschaftsgüter (Investitionsförderung)⁴. Hingegen obliegt die Deckung der Betriebskosten den Krankenkassen⁵. Dadurch sollen neben der Gewährleistung kostendeckender Pflegesätze insbesondere Investitionen von Krankenhäusern öffentlich gefördert werden⁶.

Trotz der klaren Zuweisung der Krankenhausfinanzierung an die Krankenhäuser und die Krankenkassen übernimmt seit 2015 teilweise der Bund die Finanzierung, beispielweise in Form des Krankenhausstrukturfonds. In den Jahren 2019 bis 2022 werden jährlich 500 Mio. Euro durch den Bund bereitgestellt, die durch die Länder an die Krankenhäuser verteilt werden. Gefördert wird neben dem Abbau von Überkapazitäten und der Konzentration von Krankenhausstandorten, die Bildung der telemedizinischen Netzwerkstrukturen und Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern sowie die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe. Insoweit findet also eine Modifizierung des dualen Finanzierungssystems statt⁷.

1. Investitionsförderung der Länder

Investitionskosten sind in § 2 Nr. 2 KHG legaldefiniert. Erfasst sind „Kosten der Errichtung“ (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) sowie „der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter“ (ausgenommen Verbrauchsgüter) und „die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens“ (Anlagegüter), d. h. Herstellungs- und Anschaffungskosten.

Neben der projektbezogenen Einzelförderung gem. § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG auf Antrag des Krankenhausträgers fin-

LMR Dr. iur. Frank Stollmann,
Leiter der Gruppe V A Heilberufe, GKV, Sektorenübergreifende
Versorgung, Abteilung V Gesundheitsversorgung, Pflege- und
Gesundheitsberufe, Krankenversicherung,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen,
Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf, Deutschland

Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Bernd Halbe,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Prof. Dr. Halbe & Partner Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Im Mediapark 6A, 50670 Köln, Deutschland

1) Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) v. 23. 10. 2020, BGBl. I S. 2208.
2) Vgl. auch Halbe, in: Wenzel, Unternehmensrecht im Krankenhaus, 2020, S. 89 ff.
3) Vgl. auch § 1 Abs. 1 KHG.
4) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 168; Wasem/Walendzik/Thomas, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 1, Rdnr. 35.
5) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 168; Wasem/Walendzik/Thomas, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 1, Rdnr. 35.
6) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 168; Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 81, Rdnrn. 1–4.
7) Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 81, Rdnr. 18.

det für „die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von drei bis 15 Jahren sowie kleine bauliche Maßnahmen“ eine Pauschalförderung gem. § 9 Abs. 3 KHG statt. Zu beachten ist dabei, dass die projektbezogene Einzelförderung nur dann in Betracht kommt, wenn die Investitionen zuvor in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen worden sind (§ 8 Abs. 1 S. 1 KHG), worauf allerdings kein Rechtsanspruch besteht⁸. Hingegen werden im Rahmen der Pauschalförderung feste jährliche Beträge zugewendet, mit denen das Krankenhaus – in den Grenzen der Zweckbestimmung der Fördermittel – selbstständig wirtschaften kann⁹. Die Länder sind also verpflichtet, „kleine bauliche Maßnahmen“ pauschal zu fördern, wobei wiederum die Länder bestimmen was als „kleine Maßnahme“ anzusehen ist¹⁰.

Die Höhe der Fördermittel im Einzelfall richtet sich nach § 9 Abs. 5 KHG, eine bundesrechtliche Kostengrenze für einzelne Vorhaben ist nicht festgelegt¹¹. Darüber hinaus sind die Länder zur pauschalen Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter verpflichtet. Auch hier ist es Sache des Landesgesetzgebers zu definieren, was unter den Begriff des „kurzfristigen Anlagegutes“ im Sinne des § 9 Abs. 3 KHG alles zu verstehen ist¹².

Darüber hinaus können weitere Fördermittel auf Antrag des Krankenhausträgers gem. § 9 Abs. 2 KHG bewilligt werden.

Zu beachten ist zudem, dass bestimmte Kostenpositionen, wie beispielsweise gem. § 2 Nr. 2 KHG die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung explizit von der Investitionsförderung ausgenommen sind.

II. Finanzierung der Betriebskosten

Die Finanzierung der Betriebskosten von Krankenhäusern durchlief in den letzten Jahren einige grundlegende Veränderungen. Die Praxis der Vereinbarung von sog. Pflegesätzen wurde nach dem GKV-Reformgesetz 2000 durch ein Fallpauschalensystem, basierend auf der australischen diagnosis related groups (AR-DRG), abgelöst¹³. Die Umstellung verfolgte insbesondere eine mehr leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser und damit einhergehend eine höhere Transparenz über Leistungen und Kosten.

Nach der gesetzlichen Vorgabe (§ 17 Abs. 1 S. 1 Halbs. 1 KHG) sollen zum einen möglichst alle Leistungen des Krankenhauses in dem Abrechnungssystem abgebildet werden, aufwendigere Leistungen mit einem höheren Entgelt vergütet sein als weniger aufwendige und das Vergütungssystem pauschalierend sein¹⁴. Dazu werden Fallgruppen und Bewertungsrelationen diagnosebezogen bundeseinheitlich festgelegt (§ 17b Abs. 1 S. 10 KHG). Durch Ab- bzw. Zuschläge bei Überschreitung einer unteren Grenzerweildauer wird weiterhin die Pflegezeit des Patienten abgebildet. Besondere Eigenarten der Krankenhäuser, wie zum Beispiel die Existenz einer Ausbildungsstätte, können mit Zuschlägen berücksichtigt werden, soweit gesetzlich festgeschrieben (§§ 7 S. 1 Nr. 4 KHEntgG, 17a Abs. 6 KHG)¹⁵.

„Abrechnungsfähige Entgelte sind zusammengefasst also Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach dem Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG), die Zu- bzw. Abschläge bei Über-/Unterschreitung der Grenzerweildauer (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG), die Zuschläge für gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG), Zu- und Abschläge nach § 17b Abs. 1a KHG und nach dem KHEntgG (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG), Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden nach § 6 Abs. 1 (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 KHEntgG), Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden außerhalb der Ent-

geltkataloge (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 KHEntgG), tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a) sowie der Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 KHEntgG). Darüberhinaus existieren nach § 7 Abs. 1 S. 3 noch der DRG-Systemzuschlag, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Telematikzuschlag.“¹⁶

III. Betriebskosten in Form von PEPP

Für Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin wurde erst zum Jahr 2009 eine Änderung des Abrechnungssystems verbunden mit einer Umstellung auf tagesbezogene Fallpauschalen (sog. pauschalierende Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)) vorgenommen¹⁷. Allerdings konnte wegen Verzögerungen bei der Vereinbarung eines solchen Systems durch die Selbstverwaltung erst ab dem Jahr 2013 die tatsächliche Übernahme des PEPP-Systems erfolgen¹⁸. Zwischen 2017–2019 erfolgte die Umstellung budgetneutral, erst ab dem Jahr 2019 begann die Konvergenzphase, die vollständige Umstellung ist ab dem Jahr 2022 geplant¹⁹.

Aktuell zeichnet sich ein Trend „raus aus den DRGs“ ab. Dafür sollen künftig die Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. In einem ersten Schritt wurde dazu die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) als Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit erlassen.

C. Strukturfonds nach §§ 12 f. KHG

Zum besseren Verständnis des aktuellen Reformpakets soll zunächst die bisherige Strukturfonds-Systematik kurz skizziert werden. Bereits mit den 2015 durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)²⁰ neu eingeführten §§ 12 bis 15 KHG hat der Bundes-Gesetzgeber strukturverbessernde Fördermaßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung auf den Weg bringen wollen. Neben der herkömmlichen Investitions-

- 8) Prütting, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 5, Rdnr. 17.
- 9) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 176.
- 10) Dettling, in: Lenz/Dettling/Kieser, Krankenhausrecht, 1. Aufl. 2007, Rdnr. 48; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rdnr. 197.
- 11) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnrn. 176, 177; Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rdnr. 199.
- 12) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 180; Stollmann/Quaas/Dietz, in: PdK Bu H-10, Stand Dezember 2015, § 9 KHG, Kap. IX. 4.
- 13) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 186; Münzel, in: Wenzel, Unternehmensrecht im Krankenhaus, 2020, S. 111 ff.
- 14) Vgl. § 17b Abs. 1 KHG.
- 15) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 198; Tuschen, in: PdK Bu, Stand April 2020, § 17b KHG, Kap. III.
- 16) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 199.
- 17) Lungstras/Bockholdt, NZS 2021, 1, 5; Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 187.
- 18) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 187; Kunze, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 23, Rdnr. 62b.
- 19) Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnr. 187.
- 20) V. 10.12.2015, BGBl. I S. 2229.

förderung durch die Länder (dazu oben B.I.) soll(te) über diesen Fonds vor allem der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Für die Maßnahmen stand ursprünglich aus Bundes- und Landesmitteln ein Betrag von bis zu 1 Milliarde Euro zur Verfügung (Strukturfonds I)²¹. Um die Länder auch weiterhin bei der Anpassung der Krankenhausstrukturen zu unterstützen, wurde der in der Legislaturperiode 2013 bis 2017 gebildete Krankenhausstrukturfonds dann in der Folge fortgesetzt und ausgebaut (Strukturfonds II)²². Die Änderungen sind in der laufenden Legislaturperiode durch das 2018 verabschiedete Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)²³ in das KHG eingefügt worden. Demnach wird der Fonds ab 2019 für vier Jahre mit einem Volumen von 1 Mrd. Euro jährlich fortgesetzt. Zudem wurden durch das KHG zahlreiche technische Veränderungen in sämtlichen Absätzen des § 12a KHG eingefügt²⁴. Durch diese Regelungen wird vor allem die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert.

I. Grundstrukturen

1. Strukturfonds I

Bei der Einrichtung des Strukturfonds I standen bessere Klinikstrukturen und ein Abbau von Überkapazitäten im Fokus. Die Zweckbestimmung des Fonds wird in § 12 Abs. 1 S. 3 KHG näher bestimmt. Vorrangiger Zweck des Strukturfonds ist demnach die Strukturbereinigung durch Marktaustritt insbesondere in Gestalt des Abbaus von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Zudem sollen palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Die Einzelheiten wurden in der Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV)²⁵ geregelt. Der in § 12 Abs. 1 S. 3 Halbs. 1 KHG nur beispielhaft („... insbesondere ..“) umrissene Katalog wurde in § 1 Abs. 1 KHSFV näher definiert. Dabei lässt sich aus der numerischen Aufzählung in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung nicht zwingend eine Wertigkeit hinsichtlich der Förderfähigkeit ableiten, die einzelnen Fallgruppen stehen vielmehr gleichberechtigt nebeneinander²⁶.

Die Fördermittel in diesem ersten Förderabschnitt wurden in einem zweistufigen Antragsverfahren (dazu näher unter C. III. 1.) vollständig ausgeschöpft²⁷. Dabei zeichnete sich ab, dass die Mittel überwiegend auf Konzentrationsmaßnahmen entfallen²⁸: 425,5 Mio. Euro oder 85,9 Prozent der Fördermittel, die im regulären Antragsverfahren abgerufen wurden, entfielen auf Projektanträge zur Konzentration von Klinikleistungen. Hinzu kamen zehn weitere Förderanträge für Konzentrationsmaßnahmen im Rahmen des Nachverteilungsverfahrens, in dem noch einmal 11,5 Mio. Euro zur Verfügung standen. Bei der Verwendung der Fördermittel gab es deutliche Unterschiede zwischen Ost und West: Viele Länder im Westen der Republik haben nahezu ausschließlich (mehr als 90 Prozent der Mittel) in Konzentrationsvorhaben investiert, das gilt für Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, das Saarland und Schleswig-Holstein. Umwandlungen und Schließungen waren hier nur vereinzelt vorgesehen. Die meisten Umwandlungen und Schließungen sind in Nordrhein-Westfalen geplant²⁹.

2. Strukturfonds II

Die Zweckbestimmung des Strukturfonds in der 2018 erweiterten Fassung (Strukturfonds II) wurde sodann in den

§§ 12, 12a KHG näher umrissen. Vorrangiger Zweck des Strukturfonds bleibt demnach zwar die Strukturbereinigung durch Marktaustritt insbesondere in Gestalt des Abbaus von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Dies betonte auch die Novelle in § 12a Abs. 1 S. 1 KHG ausdrücklich³⁰. Darüber hinaus können ab 2019 Projekte zur Verbesserung der Versorgung – z. B. IT- bzw. Telemedizin-Projekte und Investitionen in die Ausbildung von Pflegepersonal – gefördert werden³¹. Die näheren Einzelheiten wurden in der bereits bestehenden Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV)³² geregelt, die durch das schon erwähnte PpSG³³ geändert und fortgeschrieben wurde.

Die Finanzierung erfolgt wie bisher jedenfalls zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (vgl. § 12a Abs. 1 S. 1 KHG)³⁴. Entsprechend den Fördergrundsätzen des bisherigen Krankenhausstrukturfonds wurden die Länder verpflichtet, das in den Haushaltsplänen der Jahre 2015–2017 durchschnittlich veranschlagte Fördervolumen mindestens in den Jahren 2019 bis 2022 aufrechtzuerhalten und um den von ihnen zu tragenden Kofinanzierungsanteil zu erhöhen (vgl. § 12a Abs. 3 S. 1 Nr. 3 KHG)³⁵. So soll gewährleistet werden, dass die Länder nicht ihr bisheriges Fördervolumen absenken, um aus den ersparten Fördermitteln ihren Kofinanzierungsanteil aufzubringen. Zudem trägt das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung), wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss (vgl. § 12a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 KHG). Nach den

- 21) Zum Strukturfonds I vertiefend *Mareck*, in: Düsseldorf Kran-
kenhausrechtstag 2016, S. 59, 70f.; *Sichert*, KrV 2017, 186;
Szabados, ZMGR 2016, 154, 159f.; *Rau*, KH 2015, 1121, 1136f.;
Stollmann, PKR 2016, 34.
- 22) Dazu umfassend *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag
2019, S. 35, 42ff.; *Stollmann*, PKR 2019, 73f.
- 23) V. 11.12.2018, BGBl. I S. 2394; dazu etwa *Albert*, f & w 2018,
1100; *München*, PflR 2018, 628; *Stollmann/Wöllschläger*, in: *Laufs/
Kern/Rehborn*, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 79,
Rdnr. 35a.
- 24) Dazu BT-Dr. 19/22126, S. 38.
- 25) V. 17.12.2015, BGBl. I S. 2350; vgl. dazu BR-Dr. 532/15.
- 26) Grundsätzlich denkbar ist auch eine Kombination der einzelnen
Fördertatbestände, allerdings gibt es darüber hinaus keine wei-
tergehende Landeskompetenz für zusätzliche Fördertatbestände
(vgl. dazu *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12
KHG, Erl. III.).
- 27) Zu den auf die einzelnen Länder entfallenden Förderbeträgen
vgl. *Gerhard*, in: *Dettling/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl.
2018, § 12 KHG, Rdnr. 5 sowie BT-Dr. 19/2271; zu diesem
Erstverteilungsverfahren auch *Sichert*, in: Düsseldorf Kran-
kenhausrechtstag 2019, S. 35, 57.
- 28) Dies belegt wohl auch, dass die gelegentlich etwas vorschnell als
„Abwrackprämie“ vorgenommene Einschätzung des Struktur-
fonds mglw. voreilig war, vgl. dazu auch *Sichert*, in: Düsseldorf
Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 39.
- 29) Zum vorhergehenden vgl. BT-Dr. 19/2271 sowie [https://www.
aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/meldungen/in-
dex_19047.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/meldungen/index_19047.html).
- 30) Vgl. *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019, S. 35,
38f., 42; zu den Fallgruppen bereits *Stollmann*, PKR 2016, 34f.
- 31) Zur entsprechenden Perspektiverweiterung des Strukturfonds
bereits *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019,
S. 35, 38f.
- 32) S. o. Fn. 25.
- 33) O. Fn. 23, dort Artikel 5.
- 34) Dazu näher *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019,
S. 35, 40f.
- 35) Dazu auch *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12
KHG, Erl. II, § 12a KHG Erl. II.

neuen Regelungen zum Strukturfonds II muss demnach der Anteil der Ländermittel an den Projekten nur noch mindestens 25 Prozent betragen – statt wie nach dem bisherigen Strukturfonds I regulär 50 Prozent. Daraus ergibt sich für den gesamten Strukturfonds ein jährliches Budget von 750 Millionen Euro bis zu 1 Milliarde Euro. Fünf Prozent der Mittel sind überdies für länderübergreifende Projekte vorgesehen (vgl. § 12a Abs. 2 S. 4 KHG)³⁶.

II. Wesentliche Inhalte

1. Fördertatbestände

a) Grundausrüstung Strukturfonds I

Nach § 12 Abs. 1 S. 3 KHG i. V. mit § 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV wird der Kapazitätsabbau gefördert, d. h. die dauerhafte („... endgültige und ersatzlose ...“) Stilllegung akutstationärer Krankenhauskapazitäten³⁷. Demnach wird ein Vorhaben gefördert, wenn ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses geschlossen wird. Förderungsfähig sind solche Schließungen, bei denen der verbleibende Versorgungsbedarf von umliegenden Krankenhäusern gedeckt werden kann, ohne dass dafür ein Kapazitätsaufbau erforderlich ist³⁸, z. B. bei Schließung einer unterbelegten Fachabteilung in einem Ballungszentrum, wenn sich der verbleibende Versorgungsbedarf auf eine Vielzahl benachbarter Krankenhäuser verteilt. Nicht förderfähig sind Vorhaben nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht (vgl. § 1 Abs. 3 KHSFV)³⁹.

§ 12 Abs. 1 S. 3 KHG i. V. mit § 1 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV sieht als Fördertatbestand vor, dass akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, standortübergreifend konzentriert werden, soweit in den beteiligten Krankenhäusern jeweils mindestens eine Abteilung betroffen ist und das Vorhaben insgesamt zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zur Verminderung von Vorhaltungsaufwand führt⁴⁰. Zur Vermeidung bloßer Kapazitätsverlagerungen und zur Sicherung der gewünschten Struktureffekte sind nur solche Konzentrationsmaßnahmen förderungsfähig, die bei einer Gesamtbetrachtung des Vorhabens zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zur Verminderung von stationärem Vorhaltungsaufwand führen. Die Förderung ist auf standortübergreifende Konzentrationsmaßnahmen beschränkt, die mindestens eine Fachabteilung betreffen. Konzentrationsmaßnahmen innerhalb eines Krankenhausstandorts bzw. einer Krankenhausbetriebsstätte sind von der Förderung ausgenommen, da davon auszugehen ist, dass von derartigen Maßnahmen keine ausreichende strukturverbessernde Wirkung ausgeht⁴¹.

Regelungsvorbild für den Umwandlungstatbestand des § 12 Abs. 1 S. 3 KHG i. V. mit § 1 Abs. 1 Nr. 3 KHSFV⁴² war § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG. Aus Strukturfondsmitteln kann ein Vorhaben gefördert werden, wenn ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden. In der ersten Fallgruppe muss es um die Umwandlung in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung gehen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3a KHSFV)⁴³. In einer weiteren Fallgruppe setzt die Förderungsfähigkeit die Umwandlung in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären

Rehabilitation voraus (§ 1 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV)⁴⁴. Bereits stillgelegte Versorgungsstrukturen können nicht Gegenstand einer Umwandlungsmaßnahme i. S. v. § 1 Abs. 1 Nr. 3 KHSFV sein. Voraussetzung für eine Förderung ist in beiden Untergruppen zudem, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den hierfür geltenden rechtlichen Vorgaben steht⁴⁵.

§ 2 KHSFV trifft nähere Bestimmungen über die Festlegung der im Einzelnen förderfähigen Kosten⁴⁶; Fördermittel dürfen nur dem Förderzweck entsprechend verwendet werden (§ 2 Abs. 4 S. 1 KHSFV); es sind nur die Kosten zu berücksichtigen, die den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen (§ 2 Abs. 4 S. 2 KHSFV); nicht förderungsfähig sind die Kosten, die auf andere als die in § 9 KHG genannten Fördertatbestände entfallen (§ 2 Abs. 1 KHSFV). Ausgeschlossen sind damit folgerichtig etwa die pflegesatzfähigen Betriebskosten nach § 4 Nr. 2 KHG oder die Grundstückskosten nach § 2 Nr. 2 KHG.

Gefördert werden können bei Vorhaben nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV die Kosten der Schließung eines Krankenhauses/von Teilen des Krankenhauses (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 1 KHSFV). Hierzu können etwa die Kosten der für die Schließung erforderlichen Baumaßnahmen (einschließlich etwaiger Abrisskosten) wie auch die Kosten, die auf Grund der erforderlichen Personalmaßnahmen entstehen (Kosten eines Sozialplans, Abfindungen oder Ablösezahlungen an Einrichtungen der Zusatzversorgung) gehören. Bei Vorhaben nach § 1 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 KHS-

36) Vertiefend *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 43f.

37) Zu dieser Fallgruppe *Gerhard*, in: *Dettling/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 12 KHG, Rdnrn. 12f.; *Sichert*, KrV 2017, 186, 190; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12 KHG, Erl. V. 1.1.

38) Vgl. dazu auch *Jendges/Augurzy/Hacker*, f & w 2016, 144, 146f.

39) In diesem Fall kann die Maßnahme indes als Konzentration von Versorgungskapazitäten nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV förderungsfähig sein, wonach eine Förderung sowohl der Schließungskosten als auch der zur Vermeidung von Versorgungslücken erforderlichen Umbaukosten an dem aufnehmenden Standort zulässig ist.

40) Zu dieser Fallgruppe *Gerhard*, in: *Dettling/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 12 KHG, Rdnrn. 15f.; *Sichert*, KrV 2017, 186, 190f.; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12 KHG, Erl. V. 1.2.

41) So etwa, wenn ein Krankenhausträger über zwei Betriebsstätten an unterschiedlichen Standorten verfügt und die an einem Standort betriebene Fachabteilung geschlossen und an den anderen Standort verlagert werden soll (vgl. *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12 KHG, Erl. V.1.2.).

42) Zu dieser Fallgruppe *Gerhard*, in: *Dettling/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 12 KHG, Rdnr. 17f.; *Sichert*, KrV 2017, 186, 191; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12 KHG Erl. V. 1.3.

43) Dazu gehört etwa die Umwandlung einer Krankenhausabteilung für Chirurgie in eine geriatrische Abteilung oder die Umwandlung einer nicht mehr bedarfsgerechten geburtshilflichen Abteilung in eine Intensivstation.

44) Die Förderungsfähigkeit erstreckt sich bei dieser Untergruppe bspw. auf die Umwandlung in ein MVZ, in ein Pflegezentrum oder in eine Einrichtung der Prävention oder der Rehabilitation.

45) Die Anforderungen an die Bedarfsgerechtigkeit des neuen Angebots sind z. B. bei der ersten Fallgruppe nach den allgemeingültigen Vorgaben der Landeskrankenhausplanung und in den dafür vorgesehenen Verfahrensschritten nachzuweisen. Bei der zweiten Fallgruppe ist etwa die Umwandlung akutstationärer Versorgungseinrichtungen in ein MVZ (vgl. § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V) nur dann förderungsfähig, wenn dies den Richtlinien zur ambulanten Bedarfsplanung nicht widerspricht. Zu den Anforderungen der Umwandlungsförderung an eine beihilfenrechtskonforme Ausgestaltung vgl. *Wollenschläger/Baier*, NZS 2020, 370 ff.

46) Vertiefend *Gerhard*, in: *Dettling/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 12 KHG, Rdnrn. 30f.; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12 KHG, Erl. V. 2.

FV sind die Kosten der Schließung eines Krankenhauses/ von Teilen des Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen förderungsfähige Kosten (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHSFV). Da mit der Konzentration oder Umwandlung von Versorgungsangeboten im Sinne des Strukturfonds auch der Abbau von Versorgungskapazitäten oder Vorhaltungsaufwand einhergeht, sind die anfallenden Schließungskosten auch im Rahmen dieser Förderung förderungsfähig. Darüber hinaus sind sowohl bei Konzentrations- als auch bei Umwandlungsmaßnahmen die Baukosten förderungsfähig, die im Rahmen der Konzentration oder der Umwandlung erforderlich werden, etwa weil die weggefallenen Versorgungskapazitäten im Fall einer Schließung teilweise durch ein Nachbar Krankenhaus kompensiert werden müssen, um Versorgungslücken zu vermeiden, oder weil die Umwandlung in eine andere Fachrichtung mit Umbaukosten verbunden ist. Auch Kosten z. B. für Telemedizin oder medizinische Geräte können darunter subsumiert werden.

b) Erweiterung Strukturfonds II

Nach dem Strukturfonds II können – wie bereits im Strukturfonds I – Investitionsmaßnahmen gefördert werden, die die Versorgungsstrukturen verbessern, also Umwandlungen von Kliniken in andere Versorgungseinrichtungen, Maßnahmen zur Konzentration von Leistungen und die Schließung einzelner Abteilungen oder Krankenhäuser (vgl. § 12a Abs. 1 S. 3 i. V. mit § 12a Abs. 1 S. 4 KHG). Darüber hinaus hat der Gesetzgeber das Aufgabenspektrum des Fonds erweitert. Zusätzlich zu den bisherigen Zwecken können nun auch Projekte aus den folgenden Bereichen finanziert werden⁴⁷:

- die Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen (§ 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHG);
- die Bildung integrierter Notfallstrukturen (§ 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHG);
- die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbände (§ 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHG);
- die Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern (§ 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 3 KHG);
- die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe (§ 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 3 KHG).

Die Voraussetzungen der Förderfähigkeit werden in § 11 KHSFV näher konkretisiert, dabei wurden auch die schon vom Strukturfonds I erfassten Vorhaben teilweise weiterentwickelt. Bei Schließungen etwa werden nunmehr Maßnahmen gefördert, wenn ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung eines Krankenhauses geschlossen wird (vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV)⁴⁸. Der Konzentrationstatbestand setzt nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV voraus, dass akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern

- Versorgungseinrichtungen betroffen sind, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, und für die der G-BA Mindestmengen festgelegt hat oder in den Krankenhausplänen der Länder Mindestfallzahlen vorgesehen sind,
- es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, oder
- die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausver-

bunds, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben⁴⁹.

Den neuen Fallgruppen der Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren sowie telemedizinischer Netzwerkstrukturen, der Bildung eines integrierten Notfallzentrums sowie den Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a Buchstabe e bis g KHG widmen sich die Nummern 4 bis 6 des § 11 Abs. 1 KHSFV⁵⁰.

War das bisherige Förderrecht im Wesentlichen dadurch geprägt, dass Hochschulkliniken nicht nach dem KHG öffentlich gefördert wurden, wenn – wie im Regelfall – ihre Investitionsfinanzierung nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau (spezielle Regelungen in den Universitätsgesetzen) erfolgt (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG)⁵¹, sind im Kontext der Neuregelung des Krankenhausstrukturfonds II systemfremde Ausnahmen vom bisherigen Krankenhausfinanzierungsrecht eingeführt worden.⁵² Demnach können wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind, gefördert werden (vgl. § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHG). Zudem sind Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen auch insoweit förderfähig, als Hochschulkliniken an solchen Maßnahmen beteiligt sind (vgl. § 12a Abs. 1 S. 5 KHG). Und auch der neue Konzentrationstatbestand nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV (s. o.) nimmt in seinen Fallgestaltungen auf die Hochschulkliniken Bezug und ermöglicht deren Förderung mit KHG-Mitteln. Indes kommt nach Wortlaut und Systematik der KHG/KHSFV-Vorschriften eine Ausweitung des Fördertatbestände auf Hochschulkliniken jenseits von deren ausdrücklicher Einbeziehung in einen Fördertatbestand nicht in Betracht⁵³.

2. Kein Anspruch auf Förderung

Nach § 13 S. 3 KHG besteht kein subjektiver Anspruch auf eine Förderung – weder aus dem Strukturfonds I noch aus dem Strukturfonds II. Dies unterscheidet die Gewährung einer Zuwendung aus Mitteln des Strukturfonds von einer entsprechenden Investitionsfinanzierung nach bisherigem Krankenhausrecht (vgl. §§ 4, 9 KHG)⁵⁴. Allerdings sind die rechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen, wozu vor allem die §§ 12f. KHG und die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung gehören, ggfls. noch Art. 3 Abs. 1 GG (Selbstbindung der Verwaltung)⁵⁵. Sollte im Verlaufe des Verfah-

47) Vertiefend *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 61 f.; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12a KHG, Erl. IV.

48) Dazu und zu den Unterschieden zwischen Strukturfonds I und II *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12a KHG, Erl. IV. 1.

49) Dazu und zu den Unterschieden zwischen Strukturfonds I und II *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 62 f.; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12a KHG, Erl. IV. 2.

50) Dazu vertiefend *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12a KHG Erl. IV. 4–6.

51) Dazu *Stollmann*, in: *Prütting*, Medizinrecht, 5. Aufl. 2019, § 5 KHG, Rdnrn. 2f.

52) Kritisch *Stollmann/Wollschläger*, in: *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 80, Rdnr. 6.

53) So auch *Sichert*, in: Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 64; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 12a KHG, Erl. IV. sowie IV. 4.

54) Dazu o. B. 1.

55) *Gerhard*, in: *Dettling/Gerlach*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2018, § 13 KHG, Rdnr. 23.

rens – etwa weil die potentiellen Fördermaßnahmen die Summe des dem betreffenden Land zur Verfügung stehenden Finanzierungsrahmens übersteigen – eine Auswahlentscheidung notwendig werden, wäre § 8 Abs. 2 KHG entsprechend anzuwenden⁵⁶. Kriterien für die Abwägung können in diesem Zusammenhang etwa sein: eine Eigenbeteiligung des Krankenhausträgers, der Grad des Beitrags zur Strukturbereinigung oder der Grundsatz „Schließung vor Umwandlung“. Letztlich kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an, eine pauschalierende Betrachtungsweise verbietet sich⁵⁷. Da kein Rechtsanspruch auf eine Förderung statuiert wird, handelt es sich bei der Förderentscheidung um eine Ermessensentscheidung. Dementsprechend können dem Förderbescheid auch Nebenbestimmungen beigefügt werden (vgl. § 36 Abs. 2 VwVfG)⁵⁸. Zuvörderst muss mit der konkret verwandten Nebenbestimmung die Zielsetzung verbunden sein, dass die Fördermittel dem Zweck des Strukturfonds entsprechend verwendet werden (vgl. auch § 2 Abs. 4 S. 1 KHSFV)⁵⁹.

III. Verfahren

1. Mehrstufiges Verfahren

Bei dem Förderverfahren handelt es sich um ein mehrstufiges Verwaltungsverfahren, wobei die Letztentscheidungskompetenz beim Land liegt (vgl. nur § 13 S. 1 KHG)⁶⁰. Beteiligte des Verfahrens sind neben dem begünstigten Krankenhausträger und den Kostenträgern auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als „Zahlstelle“ des Bundes. Die Antragsberechtigung für die Mittelbereitstellung liegt also ausschließlich beim Land, weder ein Krankenhausträger noch sonstige Dritte sind insoweit unmittelbar beim BAS antragsberechtigt.

2. Beteiligung der Krankenkasse

Die Entscheidung muss „im Einvernehmen“ mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ergehen (§ 13 S. 1 KHG)⁶¹. An das erklärte Einvernehmen der Kostenträger sind weder das Land noch – bei der Bereitstellung der Mittel – das BAS gebunden. Es ergibt sich daraus kein Hindernis, die Antragstellung (an das BAS) zu unterlassen oder die beantragte Förderung (durch das Land) dennoch zu versagen. Solange das Einvernehmen nicht erteilt ist, sind die Förderbehörden aber gehindert, eine Zuwendung zu erteilen. Dies gilt sowohl bei einer rechtmäßigen als auch bei einer rechtswidrigen Verweigerung des Einvernehmens. Auch im letztgenannten Fall gibt es mangels Ermächtigung keine Ersetzungsbefugnis⁶².

3. Entscheidung(en)

Durch den Gesamtzusammenhang der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung wird deutlich, dass es im Rahmen des Verfahrens zweier Bescheide bedarf. Durch den sog. Auszahlungsbescheid (vgl. § 6 KHSFV) stellt das BAS den antragstellenden Ländern die Strukturfondsmittel zur Verfügung. Adressat des Auszahlungsbescheides ist ausschließlich das jeweils antragstellende Land, ein Rechtsverhältnis zwischen dem BAS und dem letztlich Begünstigten wird damit nicht begründet⁶³. Auf der gleichsam nächsten Stufe ergeht – nunmehr durch die zuständige Landesförderbehörde – der Förderbescheid, von dem ausdrücklich zumindest in § 6 Abs. 3 S. 1 KHSFV die Rede ist. Die baufachliche, förderrechtliche und vor allem auch krankenhauplanerische Beurteilung und Prüfung der einzelnen Vorhaben, die Beachtung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, auch die Übereinstimmung der Fördermittelgewährung mit dem Wettbewerbsrecht⁶⁴ und dem EU-Beihilfenrecht⁶⁵ – die Prüfung all dieser Aspekte obliegt nach der Gesamtkonzeption den zuständigen Länderbehörden (vgl. §§ 4 Abs. 2, 6 Abs. 4 KHSFV). Adressat des Förderbescheides ist der jeweils begünstigte Kranken-

hausträger (vgl. auch § 6 Abs. 4 KHSFV). In jedem Fall aber treffen das BAS und das betreffende Land ihre jeweiligen Entscheidungen über die Bereitstellung von Fördermitteln unabhängig voneinander und in eigener Verantwortung⁶⁶.

D. Blick in die Zukunft: Krankenhauszukunftsgesetz

I. Grundstrukturen des neuen Zukunftsfonds

Durch das KHZG wurde nunmehr § 14a KHG neu in das KHG eingefügt. Die Vorschrift wird ergänzt durch Teil 3 der Krankenhausstrukturfondsverordnung (KHSFV)⁶⁷ und regelt die Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds⁶⁸, mit dem das Zukunftsprogramm Krankenhäuser nach Ziffer 51 des Beschlusses des Koalitionsausschusses vom 3.6.2020 umgesetzt werden soll⁶⁹. Dabei werden die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds – anders als beim Krankenhausstrukturfonds – nicht aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern aus Bundesmitteln aufgebracht (vgl. § 14a Abs. 1 KHG). Der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden zur Errichtung des Krankenhauszukunftsfonds zum ersten Bankarbeitstag im Jahr 2021 einmalig Finanzmittel in Höhe von 3 Milliarden Euro vom Bund zur Verfügung gestellt. Vor dem 1. 1. 2021 nach Abs. 5 vom

56) Wobei dies selbstverständlich nur für Entscheidungen auf Landesebene gilt, das BAS ist davon ausgenommen, vgl. dazu *Sichert*, in: *Düsseldorfer Krankenhausrechtstag 2019*, S. 35, 59f.

57) A.A. offenbar *Jendges/Augurzky/Hacker*, f & w 2016, 144, 146f. mit dem Vorschlag eines Punkteschemas.

58) *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 13 KHG, Erl. II. 4.2.

59) BR-Dr. 532/15, S. 18, nennt als Beispiel eine Auflage, wonach die Überlassung umgewandelter Räume zu marktüblichen Konditionen erfolgen muss oder wonach erzielte Gewinne mit den Investitionsmitteln nach dem KHG verrechnet werden müssen.

60) Vgl. auch BR-Dr. 532/15, S. 13, 17f.; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 13 KHG, Erl. II. 1.

61) Zum Hintergrund vgl. *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 13 KHG, Erl. II. 2.

62) Eingehend dazu *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 13 KHG, Erl. II. 2.

63) So auch BR-Dr. 532/15, S. 17; *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 13 KHG Erl. II.4.3.

64) Zum Wettbewerbsrecht zuletzt umfassend *Mareck*, Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt, 2020, passim; zu den Änderungen durch die 10. GWB-Novelle (Einfügung von § 186 Abs. 9 GWB n.F. mit Sonderregeln für die Krankenhausfusionskontrolle) vgl. *Eufinger*, MedR 2021, 239, 241f.

65) Zu letzterem vgl. *Wollenschläger/Baier*, NZS 2020, 370ff.

66) Zur Prüfkompetenz des BAS vgl. *Stollmann*, in: *Dietz/Bofinger*, 65. Lfg. Juli 2019, § 13 KHG, Erl. II. 4.1.

67) § 14a Abs. 7 KHG enthält die Ermächtigungsgrundlage für das BMG, das Nähere über die Verwaltung und Durchführung des Krankenhauszukunftsfonds in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung zu regeln. In der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) hat der Bund dementsprechend die näheren Einzelheiten (auch) für den Krankenhauszukunftsfonds in seiner novellierten Form vorgegeben. Während sich der nunmehr Erste Teil der KHSFV in den §§ 1 bis 10 mit den bisherigen Fördermaßnahmen nach § 12 KHG beschäftigt und Teil 2 der Verordnung der Förderung nach § 12a KHG gewidmet ist, beinhaltet Teil 3 der Verordnung die Förderung nach § 14a KHG. Das Regelwerk enthält insbesondere nähere Bestimmungen zu den förderungsfähigen Vorhaben (§ 19 KHSFV), den förderungsfähigen Kosten (§ 20 KHSFV), den Verwaltungsaufgaben des BAS (§ 21 KHSFV), den Anforderungen an den beim BAS zu stellenden Antrag (§ 22 KHSFV), die Auszahlungsbescheide des BAS (§ 23 KHSFV) sowie Vorgaben betr. Rückforderung, Verwendungsnachweise u. a. in den §§ 24 und 25 KHSFV.

68) Vgl. *Reckel/Dettling*, KÜ Gesundheitsmanagement 1/2021, S. 23; *Dillschneider/Gross*, KH 2020, 976; *Porta/Quaas*, f & w 1/2021, 72; *Spies*, f & w 1/2021, 88.

69) Allgemein dazu vgl. *König/Thölen/Burmann/Meister*, KH 2020, 866.

BAS auszahlende Fördermittel werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert⁷⁰.

Da das Zukunftsprogramm durch eine Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds umgesetzt werden soll, orientieren sich die Regelungen weitestgehend an den bestehenden Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Allerdings sind auch diverse Besonderheiten gegenüber der bisherigen Fondssystematik zu verzeichnen: dies betrifft zum einen die Höhe der Landesbeteiligung, die gegenüber den bisherigen Fondsstrukturen⁷¹ niedriger ausfallen kann (dazu unten), zum anderen den noch umfassenderen Einbezug der Hochschulkliniken in die Förderung (dazu unten D. II. 5.)⁷². Schließlich ist auch die Beteiligung der Kostenträger weniger verbindlich angelegt als beim bisherigen Krankenhausstrukturfonds (dazu unten D. IV.).

Ein besonders relevanter Unterschied zur bisherigen Krankenhausstrukturfonds-Förderung liegt darin begründet, dass es sich bei den Fördermaßnahmen im Wesentlichen um solche handeln dürfte, die nach der bisherigen KHG-Systematik nicht als Investitionskosten von den Ländern zu fördern wären (vgl. die §§ 2, 4, 9 Abs. 1 KHG)⁷³. Vielmehr wären sie wohl als Erhaltungs- oder Modernisierungsmaßnahmen über die Betriebskosten zu finanzieren⁷⁴.

§ 14a Abs. 3 KHG regelt die Aufteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds auf die Länder analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds⁷⁵. Da Investitionen nicht deshalb unterbleiben sollen, weil sich die beteiligten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ländern befinden, können im Rahmen der auf die Länder jeweils entfallenden Anteile auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden (Abs. 3 S. 2)⁷⁶. § 14a Abs. 5 KHG regelt die allgemeinen Voraussetzungen für eine Förderung von Vorhaben aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Abweichend vom Krankenhausstrukturfonds bisheriger Fassung⁷⁷ wird die Höhe der von den Ländern aufzubringenden Kofinanzierung grundsätzlich auf 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten eines Vorhabens festgelegt. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds kann die Kofinanzierung der Kosten eines Vorhabens auch vollständig vom betroffenen Krankenträger geleistet werden. Ein Mindestbetrag aus Haushaltsmitteln des Landes ist insoweit nicht mehr vorgesehen. Im Übrigen soll auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds ausgeschlossen werden, dass die Länder die Mittel des Fonds zum Anlass nehmen, die Höhe ihrer eigenen Mittel für die Investitionsförderung im Krankenhausbereich zu reduzieren. Aus diesem Grund sind sie auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds verpflichtet, das durchschnittliche Niveau ihrer Fördermittel im Referenzzeitraum für die Dauer der Laufzeit des Fonds beizubehalten (vgl. § 14a Abs. 5 Nr. 3 Buchst. a KHG).

§ 14a Abs. 3 S. 5 KHG, wonach mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit zu verwenden sind, trägt dem Umstand Rechnung, dass eines der Ziele des Krankenhauszukunftsfonds die Verbesserung der Informationssicherheit der Krankenhäuser ist. Zwar mag man diese Vorgabe im Interesse eines flexible(re)n Mitteleinsatzes kritisieren. Sie belegt aber deutlich den hohen Stellenwert, den der Gesetzgeber der Informationssicherheit einräumt – und die bei höherer Flexibilität unter Umständen gänzlich auf der Strecke bleiben würde. Der Anteil von 15 Prozent wird vor dem Hintergrund verpflichtend festgesetzt, dass in allen Digitalisierungsvorhaben die rechtzeitige Berücksichtigung von Themen der Informationssicherheit und deren konsequente Verfolgung durch die Projektphasen zentral wichtig sind⁷⁸.

II. Fördertatbestände⁷⁹

§ 14a Abs. 2 S. 1 KHG legt die Förderzwecke des Krankenhauszukunftsfonds fest. Bei den Fördertatbeständen

nach den Nummern 1 bis 4 greifen die Modernisierung und Digitalisierung der verschiedenen Bereiche ineinander, überschneiden sich, bauen aufeinander auf und ergänzen sich wechselseitig. Die einzelnen Fallgruppen nach § 14a Abs. 2 S. 1 KHG werden näher konkretisiert durch § 19 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 bis 11 KHSFV i. d. F. des KHZG⁸⁰. Fraglich ist indes, ob die im Gesetz aufgeführten Förderzwecke abschließend sind. Der Wortlaut des § 19 Abs. 1 S. 1 KHSFV ist insoweit zumindest missverständlich, dürfte allerdings i. S. eines abschließenden Katalogs zu verstehen sein. Allerdings gibt es keine weitergehende Landeskompetenz für zusätzliche Fördertatbestände. Demgegenüber darf ein Land – da ein gebundener Anspruch auf Förderung nicht besteht (vgl. § 14a Abs. 4 S. 4 KHG) – festlegen, dass es nur eine Auswahl an bestimmten Fördertatbeständen fördern wird⁸¹. Für alle genannten Förderungsmöglichkeiten gilt überdies, dass die Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen unberührt bleiben und Vorhaben wettbewerbsrechtlich zulässig sein müssen⁸².

1. Notaufnahmen

Nach § 14a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG können Investitionen gefördert werden, die erforderlich sind, um Notaufnahmen von Krankenhäusern hinsichtlich ihrer technischen, insbesondere informationstechnischen Ausstattung an den jeweiligen Stand der Technik anzupassen. Dieser Fördertatbestand steht in einem Zusammenhang mit der Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen nach § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 2 KHG⁸³. Mit der Förderung integrierter Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds sollen insbesondere bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notaufnahmen gefördert werden, um eine ineinandergreifende Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu ermöglichen. Aufgrund der schon bauplanerisch bedingten langen Vorlaufzeit, die für die Beantragung von Fördermitteln für bauliche Maßnahmen erforderlich ist, verbleibt diese Förderung von Notfallstrukturen im Krankenhausstrukturfonds und wird durch die Verlängerung der Laufzeit des Kranken-

70) Vgl. BT-Dr. 19/22126, S. 38.

71) Dazu oben C. I. 1. und 2.

72) Zur diesbzgl. Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds II vgl. Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 12a, Erl. IV.

73) Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, Erl. III. 1 zu § 9 KHG; a. A. offenbar Reckel/Dettling, KU-Gesundheitsmanagement 1/2021, 23, 24.

74) Vgl. zu dieser Differenzierung allgemein Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 2 KHG, Erl. III.2, III. 4, III. 6.3 sowie Tuschen, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 17 KHG Erl. VII. 2.

75) Dazu näher BT-Dr. 19/22126, S. 40.

76) Zu länderübergreifenden Vorhaben im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds vgl. Sichert, Düsseldorfer Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 43f.

77) Dazu umfassend Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 12, Erl. II. sowie § 12a Erl. II.

78) BT-Dr. 19/22126, S. 40; vertiefend Dillschneider/Gross, KH 2020, 976, 977f.

79) Dazu auch Dillschneider/Gross, KH 2020, 976, 978f.; Porta/Quaas, f & w 1/2021, 72, 73; Reckel/Dettling, KU Gesundheitsmanagement 1/2021, S. 23, 25; Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 14a, Erl. III. 2.

80) Vgl. dazu BT-Dr. 19/22126 S. 46ff.; im einzelnen Dillschneider/Gross, KH 2020, 976, 978f.; Reckel/Dettling, KU Gesundheitsmanagement 1/2021, S. 23, 25.

81) So auch Ziffer 7.4 der Förderrichtlinie gemäß § 21 Abs. 2 KHSFV; dazu Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 14a, Erl. V. und VI.

82) Vgl. BT-Dr. 19/22126, S. 40.

83) Vgl. Stollmann, in: Dietz/Bofinger, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 12a, Erl. IV.

hausstrukturfonds (dazu unten C. II.) gestärkt. Dem Ziel, integrierte Notfallstrukturen aufzubauen, dient auch die neue Förderung der technischen und insbesondere informationstechnischen Ausstattung von Notaufnahmen, die eine wichtige Voraussetzung für eine digitale Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Notfallversorgung ist⁸⁴.

2. Digitale Infrastruktur

Orientiert an dem typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts von Patienten sollen nach § 14a Abs. 2 S. 1 Nr. 2 KHG Aspekte aus den Teilprozessen „Aufnahme“, „Behandlung“ und „Entlassung“ mit dem Schwerpunkt auf die Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation gefördert werden können.

3. Informationssicherheit

Zwar sind schon derzeit im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern förderungsfähig, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind (vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. a KHSFV)⁸⁵. Aufgrund der besonderen Bedeutung, die die IT-Sicherheit für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser hat, wird die Förderung nunmehr durch § 14a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 KHG auf Krankenhäuser erweitert, die keine Kritischen Infrastrukturen sind.

4. Regionale Versorgungsstrukturen

Nach § 14a Abs. 2 S. 1 Nr. 4 KHG können zudem solche Vorhaben gefördert werden, die durch telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern, insbesondere von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, aber auch durch telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern mit ambulanten Versorgungseinrichtungen zu einer Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen beitragen. Zu einer Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen führen aber auch Vorhaben, die zum Ziel haben, Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen zu bereinigen, Leistungsschwerpunkte zu bilden oder das Versorgungsangebot mit dem Ziel einer Erhöhung der medizinischen Behandlungskompetenz abzustimmen. Auch solche Vorhaben sind daher förderungsfähig⁸⁶.

5. Hochschulkliniken

Aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds sind gemäß § 14a Abs. 2 S. 2 KHG auch Vorhaben von Hochschulkliniken förderungsfähig sowie Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind. Für diese Vorhaben dürfen die Länder dabei maximal 10 Prozent der nach § 14a Abs. 3 S. 1 KHG zustehenden Mittel verwenden (vgl. auch § 19 Abs. 1 S. 2 und 3 KHSFV i. d. F. des KHZG). Damit geht der jetzige Krankenhauszukunftsfonds im Hinblick auf den Einbezug der Hochschulkliniken noch deutlich über die bisherigen Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds⁸⁷ hinaus. Zwar wird eine quantitative Beschränkung aufgenommen, die Fördertatbestände sind aber durchgehend auf die Unikliniken anwendbar und damit zunehmend asymmetrisch zum bisherigen KHG-Fördersystem.

III. Förderfähige Kosten

In § 20 KHSFV werden nähere Bestimmungen über die Festlegung der im Krankenhauszukunftsfonds förderfähigen Kosten getroffen. Die Regelung beschreibt die für alle Vorhaben geltenden förderungsfähigen Kosten und sieht für einzelne Fördervorhaben zudem spezielle förderungsfähige Kosten vor⁸⁸. Nach § 20 Abs. 1 KHSFV können bei den in § 19 Abs. 1 KHSFV genannten Vorhaben folgende Kosten erstattet werden:

1. die Kosten für erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen einschließlich der

Kosten für Beratungsleistungen bei der Planung des konkreten Vorhabens,

2. die Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich der Kosten für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
3. die Kosten für räumliche Maßnahmen, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind (bei den in § 19 Abs. 1 S. 1 Nummer 1 bis 10 genannten Vorhaben dürfen die Kosten für räumliche Maßnahmen jedoch höchstens 10 Prozent der gewährten Fördermittel ausmachen), und
4. die Kosten für die Beschaffung von Nachweisen nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV (Nachweis des beauftragten und berechtigten IT-Dienstleisters darüber, dass die Förderrichtlinien des BAS⁸⁹ eingehalten wurden).

§ 20 Abs. 2 KHSFV ergänzt dies um Sonderregelungen für bestimmte Fördertatbestände aus § 19 Abs. 1 KHSFV; Abs. 3 des § 20 KHSFV regelt auch die entsprechende Geltung der bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Bestimmungen über weitere förderfähige Kosten, Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines zur Finanzierung aufgenommenen Darlehens eines Krankenhausträgers, sowie die bei der Verwendung der Fördermittel zu beachtenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auf die Förderung aus dem Krankenhauszukunftsfonds.

Anders als beim Krankenhausstrukturfonds ist es nicht erforderlich, dass die Umsetzung der zu fördernden Vorhaben im Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelungen noch nicht begonnen hat. Damit die Fördermittel den Krankenhäusern möglichst kurzfristig zur Verfügung stehen, können sie auch zur Förderung von Vorhaben gewährt werden, die nach dem Tag des Kabinettschlusses begonnen haben (vgl. § 14a Abs. 5 Nr. 1 KHG).

IV. Beteiligte und Verfahren

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) prüft gem. § 14a Abs. 6 S. 1 KHG sowie nach Maßgabe der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) und der Fördermittelrichtlinie nach § 21 Abs. 2 KHSFV die Förderanträge der Kliniken und weist die Fördermittel zu, bis der in § 14a Abs. 3 KHG genannte Anteil des Landes nach dem Königsteiner Schlüssel ausgeschöpft ist.

Das BAS stellt die Förderantragsformulare auf seiner Webseite zur Verfügung. Allerdings können die Länder gem. § 14a Abs. 4 S. 2 KHG weitere Anforderungen an die Ausgestaltung der Förderanträge der Krankenhausträger festlegen.

Der Krankenhausträger bewirbt sich mithilfe der vom BAS bereitgestellten Vorlage unter Angabe des Digitali-

84) BT-Dr. 19/22126, S. 39.

85) Dazu umfassend *Sichert*, Düsseldorf Krankenhausrechtstag 2019, S. 35, 63f.

86) BT-Dr. 19/22126, S. 40.

87) Dazu bereits *Stollmann*, in: *Dietz/Böfinger*, KHG, 69. Nachlfg. Jan. 2021, § 12a, Erl. IV.

88) Vgl. im Einzelnen BT-Dr. 19/22126, S. 50.

89) Als weitergehende Ermächtigung bestimmt § 21 Abs. 2 KHSFV, dass das BAS für die Förderung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 KHSFV genannten Vorhaben Förderrichtlinien zur Konkretisierung der Voraussetzungen für die Förderung erlassen soll, wobei es sich zur Vorbereitung dieser Richtlinie der Unterstützung externer Sachverständiger bedienen kann. Die entsprechende Richtlinie enthält neben allgemeinen Vorgaben etwa zum Antragsverfahren oder zu Art, Umfang und Höhe der Förderungen vor allem konkretisierende Angaben zu den förderfähigen Vorhaben nach § 19 Abs. 1 KHSFV (unter Ziffer 4.3 der Richtlinie); die Richtlinie ist auf der Internetseite des BAS veröffentlicht (vgl. www.bundesamtssozialesicherung.de).

sierungs- oder Modernisierungsvorhabens sowie der Förderkosten bei der vom jeweiligen Landesministerium festgelegten Bewilligungsbehörde (§ 14a Abs. 4 S. 1 KHG). Bei länderübergreifenden Vorhaben reichen der/die Krankenhausträger bzw. Hochschulkliniken gemeinsam eine Bedarfsanmeldung ein, wobei jedoch eine federführende Einrichtung anzugeben ist. Die Bedarfsanmeldung ist in diesem Fall an alle betroffenen Länder zu übersenden. Ob ein Krankenhausträger antragsberechtigt ist, richtet sich nach § 8 Abs. 1 S. 1 KHG, Hochschulkliniken hingegen sind grundsätzlich berechtigt, Fördermittel für Vorhaben nach § 19 KHSFV zu beantragen.

Anschließend trifft das jeweilige Bundesland gem. § 14a Abs. 4 S. 3 KHG innerhalb von drei Monaten nach Bedarfsmeldung die Auswahl der förderungsfähigen Projekte. Ein Anspruch auf Förderung besteht gem. § 14a Abs. 4 S. 4 KHG ausdrücklich nicht, die Länder entscheiden nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Länder können Näheres, wie etwa die Förderung nur einer Auswahl an Tatbeständen, in eigener Zuständigkeit regeln. Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist vor einer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zu beachten ist jedoch, dass diese Stellungnahmen nicht bindend sind, da die Fördergelder vom Bund kommen und nicht etwa von den Beitragszahlern.

Entschließt sich das Bundesland für die Förderung eines Vorhabens, stellt es bis spätestens zum 31.12.2021 (§ 14a Abs. 3 S. 3 KHG) einen Antrag beim BAS. Auch hierfür stellt das BAS auf seiner Webseite eine Vorlage zur Verfügung. Bei länderübergreifenden Vorhaben stellen die Länder gemeinsam einen Antrag beim BAS. Dem Antrag sind jeweils die in § 4 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und 2 KHSFV genannten Unterlagen sowie die in § 22 Abs. 2 KHSFV aufgezählten Unterlagen beizufügen.

Anschließend prüft das BAS die Anträge und erteilt gegebenenfalls einen Auszahlungsbescheid an das Land und zahlt die entsprechenden Mittel direkt an das antragstellende Land aus. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Auszahlungsbescheid mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall versehen ist, dass die Förderungsvoraussetzungen nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen, der Finanzierungsanteil des Krankenhauszukunftsfonds höher als 70 Prozent liegt, die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorgelegt wird oder das Land die Verpflichtungen nach § 14a Abs. 5 Nr. 3 KHG nicht erfüllt (§ 23 Abs. 2 KHSFV). Nicht zweckverwendete oder überzahlte Gelder müssen unverzüglich zurückgezahlt werden (§ 14a Abs. 6 S. 2 KHG).

Die Länder erlassen sodann einen Fördermittelbescheid gegenüber dem Krankenhausträger/der Hochschulklinik und leiten die Fördermittel weiter, Fördermittelempfänger muss dabei der Vorhabensträger sein. Die Länder haben dem BAS unverzüglich, spätestens jedoch 15 Monate nach der Bekanntgabe des Auszahlungsbescheides ihren Bescheid über die Förderung des jeweiligen Vorhabens vorzulegen.

Förderungsvoraussetzungen sind, dass das antragstellende Land, der Krankenhausträger oder beide gemeinschaftlich mindestens 30 Prozent der Fördersumme tragen (§ 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG), mindestens 15 % der Förderung in IT Sicherheit investiert werden (§ 14a Abs. 3 S. 5), die Mittel entsprechend der Zweckbestimmung verwendet werden (§ 14a Abs. 6 S. 2 KHG) und der Nachweis der zweckentsprechenden Nutzung ordnungsgemäß geführt wird (§ 14 Abs. 5 Nr. 4, Abs. 7 Nr. 2 KHG). Die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel obliegt den Ländern (§ 14a Abs. 4 S. 4 KHG). Zu diesem Zwecke sind die Länder befugt, nach Ankündigung die Räume des Krankenhauses zu betreten und zu besichtigen, sowie die Unterlagen einzusehen (§ 14a Abs. 4 S. 5

KHG). Die in Anlage 5 der Fördermittelrichtlinie aufgezählten Nachweise sind dem BAS erstmalig zum 1.4.2021 zu übermitteln.

Des Weiteren darf das Vorhaben frühestens am 2.9.2020 begonnen haben (§ 14a Abs. 5 Nr. 1 KHG). Bei den in § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 und 9 KHSFV genannten Vorhaben sind zudem die weiteren Voraussetzungen in § 19 Abs. 2 und 3 KHSFV zu beachten.

Das BAS kann im Rahmen des § 24 KHSFV Rückforderungsansprüche geltend machen, sofern einer der in § 23 Abs. 2 KHSFV genannten Fälle vorliegt. Denn die Auszahlungsbescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass die Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind, der Finanzierungsanteil des Krankenhauszukunftsfonds höher als 70 Prozent liegt, die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorgelegt werden, oder aber sich aus den Unterlagen ergibt, dass die Verpflichtungen nach § 14a Abs. 5 Nr. 3 KHG nicht erfüllt worden sind. Darüber hinaus kann das BAS den Auszahlungsbescheid aufheben und die Fördermittel zurückfordern, wenn das Land seinen Bescheid über die Förderung eines Vorhabens nicht fristgerecht vorlegt (§ 23 Abs. 3 KHSFV). Zurückzuzahlende Beträge müssen ggfs. verzinst werden (§ 50 SGB X).

Sofern ein Land von ihm gewährte Mittel vom Krankenhausträger oder einer Hochschulklinik zurückfordert, hat es auch den aus dem Krankenhauszukunftsfonds gezahlten Anteil zurückzufordern und an das BAS zurückzuzahlen (§ 24 Abs. 2 S. 3 i. V. mit § 7 Abs. 3 S. 1 KHSFV).

Erzielt ein Land mit Fördermitteln Zinserträge, so sind diese anteilig an das BAS zugunsten des Krankenhauszukunftsfonds abzuführen (§ 24 Abs. 2 S. 3 i. V. mit § 7 Abs. 2 S. 2 KHSFV).

VI. Rechtsschutzmöglichkeiten

Von besonderem Interesse sind zudem etwaige Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenhausträger gegen beispielsweise die Entscheidung des Landes gegen eine Förderung oder zusammen mit einer Förderung erteilte Auflagen.

Bei der Gewährung der Fördermittel handelt es sich um eine Zahlungssubvention. Die Bewilligung der Subventionierung erfolgt in der Regel in der Form eines Verwaltungsaktes gem. § 35 S. 1 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG). Die Möglichkeit der Erlangung von Rechtsschutz hängt von der jeweiligen Fallkonstellation ab. Es ist zu differenzieren:

Wurde eine Subvention nicht gewährt, können die Interessen des Anspruchstellers im Wege einer Verpflichtungsklage verfolgt werden⁹⁰. Allerdings ist hier zu beachten, dass – wie bereits oben festgestellt – gem. § 14a Abs. 4 S. 4 KHG ein Anspruch auf Subventionierung ausdrücklich nicht besteht. Die Entscheidung ob einem Förderbegehren entsprochen wird steht im Ermessen der Länder. Jedoch besteht auf Seiten des Anspruchstellers ein Anspruch auf fehlerfreies Ermessen durch das Land. Hier besteht die Möglichkeit durch den Anspruchsteller Ermessensnichtgebrauch, Ermessensfehlgebrauch und Ermessensüberschreitung ggf. zu beanstanden⁹¹.

Eine weitere Konstellation könnte sein, dass die Subvention zwar gewährt wird, jedoch nur unter Erfüllung be-

90) Ehlers/Schneider, in: Schoch/Schneider, 39. EL Juli 2020, § 40 VwGO, Rdnr. 298.

91) Riese, in: Schoch/Schneider, 39. EL Juli 2020, § 114 VwGO, Rdnrn. 56 ff.

stimmter Auflagen oder einschränkend durch die Erteilung sonstiger Nebenbestimmungen⁹². In diesem Fall kommt eine isolierte Anfechtungsklage gegen die jeweilige Auflage/Nebenbestimmung in Betracht⁹³.

Indes wird es häufig vorkommen, dass dem Antragssteller die Subvention nicht gewährt wurde, einem Konkurrenten jedoch schon. In dem Fall sind die Erfolgsaussichten einer Konkurrentenklage⁹⁴ als Anfechtungsklage oder vorbeugender Unterlassungsklage zu prüfen. Ist kein sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung ersichtlich, kommt insbesondere ein Anspruch aus Art. 3 Abs. 1 GG in Verbindung mit den Grundsätzen der Selbstbindung der Verwaltung in Betracht, der im Wege der Verpflichtungsklage geltend gemacht werden kann⁹⁵.

Wurde hingegen eine Subvention gewährt und dann anschließend wieder (teilweise) zurückgefordert, kann die Rückforderung zusammen mit der Rücknahme der Subventionierung vor dem VG mit einer Anfechtungsklage angefochten werden⁹⁶. Die Anfechtungsklage hat gem. § 80 Abs. 1 S. 1 VwGO aufschiebende Wirkung, der Krankenhausträger ist also solange das Verfahren andauert nicht verpflichtet, der Rückforderung nachzukommen⁹⁷.

VII. Sanktionen

Das Krankenhauszukunftsengesetz schafft zudem mit einer Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) „Anreize“ zur Investition in digitale Infrastruktur.

In § 5 KHEntgG sind bereits Zu- und Abschläge der Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen vorgesehen. Der neu eingefügte § 5 Abs. 3h KHEntgG schreibt nun vor, dass Krankenhäuser ab dem 1.1.2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu 2% des Rechnungsbetrages hinnehmen müssen, sofern nicht sämtliche in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 KHSFV aufgezählten digitalen Dienste bereitgestellt werden.

Digitale Dienste gem. § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 KHSFV umfassen folgende Einrichtungen:

- digitales Aufnahme- und Entlassmanagement,
- durchgehende, strukturierte elektronische Dokumentation von Pflege und Behandlungsleistungen,
- Systeme, die eine automatisierte und sprachbasierte Dokumentation von Pflege und Behandlungsleistungen unterstützen,
- teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme,
- durchgehendes digitales Medikationsmanagements (auch robotikbasierte Stellsysteme zur Ausgabe von Medikation)
- sowie einen krankenhausinternen digitalen Prozess zur Anforderung von Leistungen.

Der Abschlag greift, sobald einer der genannten Dienste nicht bereitgestellt wird. Umgekehrt gilt, dass desto mehr der genannten Dienste bereitgestellt werden, desto geringer fällt der Abschlag aus. Stellt das Krankenhaus alle fünf digitalen Dienste zur Verfügung fällt kein Abschlag an.

Die Vereinbarung der konkreten Höhe des Abschlags obliegt den Vertragsparteien vor Ort. Hierzu entwickeln die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) als Grundlage ein den vorangegangenen Ausführungen entsprechendes Stufensystem, welches zusätzlich den Prozentsatz der Patienten berücksichtigt, die in ihrem Behandlungsverlauf die Dienste nutzen. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags legen die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 291a Abs. 7a S. 3 SGB V fest⁹⁸.

Der Abschlag dient dazu, gezielt Projekte anzustoßen, die von zentraler Relevanz für die Versorgung und Qualität der Krankenhausbehandlung sind. Die Geltung erst ab dem 1.1.2025 soll dazu hinreichend Zeit zur Planung und Umsetzung geben.

E. Resümee

Die Strukturen im stationären Sektor sind seit jeher ein gesundheits- und strukturpolitisch brisantes Thema, das gemeinhin massive Wellen schlägt. Schon seit geraumer Zeit wird dabei über den Abbau von Überkapazitäten bei gleichzeitiger Sicherstellung einer flächendeckenden stationären Versorgung (gerade auch im ländlichen Raum) intensiv diskutiert⁹⁹. In der Corona-Pandemie bewegt sich die Diskussion zudem im Spannungsfeld zwischen der 2019 von der Bertelsmann Stiftung veröffentlichten Prognose, dass eine qualitativ hochwertigere Versorgung der Patienten in personeller und apparativer Hinsicht mit einer deutlich geringeren Anzahl von Krankenhäusern erreicht werden könne¹⁰⁰, und dem politischen Versprechen, dass kein Krankenhaus infolge der Corona-Krise ins Defizit geraten solle¹⁰¹.

Angesichts knapper Investitionsmittel der Länder einerseits und kostendeckender Vergütungsstrukturen andererseits wird vielfach propagiert, dass eine versorgungseffiziente Allokation der begrenzten finanziellen Mittel langfristig oberste Priorität genießen und zum Grundbaustein einer gesunden Finanzierungsstruktur werden muss¹⁰². Es wäre weder versorgungsfördernd noch finanzierungsverantwortlich, wenn die schon vor der Corona-Krise drohende Insolvenz einiger dem Versorgungsbedarf nicht mehr gerecht werdender Krankenhäuser auf Kosten öffentlicher Haushalte hinausgezögert würde. Dabei müsse eine eingehende Prüfung der Bestandwürdigkeit eines jeden Krankenhauses, d.h. dessen Versorgungsrelevanz und wirtschaftlicher Überlebensfähigkeit, stattfinden. Diskussionen über den Erhalt bzw. die Schließung von Standorten müssten frühzeitig, ernsthaft und zukunftsorientiert begonnen werden. Krankenhäuser, deren Insolvenz ohnehin bevorstehe bzw. bereits vor der Corona-Krise drohte, dürften nicht zu finanziellen Ungunsten der restlichen Krankenhäuser weiter durchfinanziert werden¹⁰³.

Andererseits wurde schon in der pandemischen Situation mehrfach der erfreuliche Umstand betont, dass in Deutschland (bisher) keine Knappheit der (intensiv)medizinischen Versorgung eingetreten sei, was auf die hohe Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten zurückgeführt wurde¹⁰⁴. Ob also auch nach der pandemischen Lage Spezialisierung und Konzentration oder vielmehr ein „stationärer Speckgürtel“ das Gebot der Stunde sind, welche Fol-

92) Vgl. dazu Schröder, in: Schoch/Schneider, 39. EL Juli 2020, § 36 VwVfG, Rdnrn. 45 ff.

93) BVerwG, NVwZ 2021, 163; Pietzcker/Marsch, in: Schoch/Schneider, 39. EL Juli 2020, § 42 VwGO, Rdnr. 125.

94) BVerwG, MedR 2009, 102; Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 13, Rdnrn. 130 ff.

95) Schmidt, in: ErfK zum Arbeitsrecht, 21. Aufl. 2021, Art. 3 GG, Rdnr. 22.

96) Vgl. § 113 Abs. 1 S. 2 VwGO.

97) Schoch, in: Schoch/Schneider, 39. EL Juli 2020, § 80 VwGO, Rdnrn. 89 ff.

98) BT-Dr. 19/22126, 56.

99) Vgl. nur Lübking, GuP 2019, 175 f.; Eufinger, MedR 2021, 239, 240.

100) <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung> (zuletzt abgerufen am 21.7.2021); vgl. dazu etwa Lübking, GuP 2019, 175 f.

101) Dazu umfassend Dost, KrV 2020, 230 f.

102) Baum, KH 2020, 385.

103) Vgl. Dost, KrV 2020, 230, 234; Malzahn/Scheller-Kreinsen, G + S 2020, 62 f.

104) Vgl. Huster, in: Huster/Kingreen, Handbuch Infektionsschutzrecht, 2021, Kap. 8, Rdnr. 59; Malzahn/Scheller-Kreinsen, G + S 2020, 62, 64, wobei aber eben auch darauf hingewiesen wird, dass die Hauptlast bei der Versorgung von Covid-19-Patienten mglw. die Maximalversorger, die Universitätskliniken und die Fachkliniken, geschultert haben.

gen insgesamt für die künftigen stationären Strukturen in Krisen- als auch in Normalsituationen zu ziehen sind – all dies gilt es erst noch festzulegen.

In diesem Kontext bildet das mit dem KHZG gesetzlich verankerte „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ wohl eher einen sinnvollen (Zwischen-)Schritt in Richtung einer finanziellen Stabilisierung der Krankenhausfinanzierung. Mit dem Rechtszustand Ende 2020/Anfang 2021 gründet sich die Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland – in Abwandlung der seit 1972 bestehenden dualen Finanzierung – auf einer bunten Mischung von Finanzierungsträgern, die sich aus „Fünf-Säulen“ zusammensetzen: (klassische) Betriebskostenfinanzierung (Kostenträger), (klassische) Investitionskostenfinanzierung (Land), Eigenmittel (Krankenhausträger),

Strukturfondsmittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (GKV) sowie Struktur(zukunfts)fondsmittel (Bundesmittel). Ebenso wie das Krankenhausplanungsrecht der o.g. grundlegenden Strukturentscheidungen bedarf, ist auch im Krankenhausfinanzierungssystem eine nicht nur einmalige, sondern grundlegende und vor allem dauerhafte Reform zwingend notwendig. Dabei müssen die Vorhaltekosten der nach eingehender Prüfung als bestandswürdig eingestuften Krankenhäuser durch ein reformiertes Finanzierungssystem bestandssicher abgedeckt werden. Zu prüfen sein wird in diesem Zusammenhang auch, ob die hier nur skizzierte „Fünf-Säulen“-Finanzierung aufrechterhalten bleibt oder mittelfristig wieder in die herkömmlichen Finanzierungsstrukturen überführt werden muss.

Beschlagnahmeschutz und Beweisverwertung einer elektronischen Patientenakte („ePA“)

Tobias Solscheid

I. Einleitung

Die Digitalisierung erhält schrittweise auch in der Medizin Einzug¹. Mit dem Patientendatenschutzgesetz² wurde das SGB V in den §§ 342 ff. um Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) ergänzt³, bereits im Januar dieses Jahres hatte das BVerfG über eine Verfassungsbeschwerde zu den Vorschriften entschieden⁴. Den Grundstein für die ePA legte bereits das GKV-Modernisierungsgesetz⁵ mit § 291a Abs. 3 Nr. 4 SGB V a. F. Damals stand allerdings noch die elektronische Gesundheitskarte im Vordergrund der gesetzgeberischen Betrachtung⁶.

Die ePA ist gemäß § 334 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V Teil der bereits durch das eHealth-Gesetz⁷ vorgesehenen Telematikinfrastruktur, die der Gesetzgeber als „Datenautobahn des Gesundheitswesens“ bezeichnet⁸. Deren Regeln wurden gleichsam durch das PDSG überarbeitet, mit dem DVPMG⁹ soll die ePA weiter ausgebaut werden¹⁰. Zuvor wurde das ebenfalls im Zuge der Digitalisierung geplante elektronische Patientenfach durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz¹¹ mit der ePA zusammengeführt¹². Die ePA bildet damit das „Kernelement der digitalen medizinischen Anwendungen“¹³, sie gilt als „Königsdiziplin der Telematik“¹⁴. Sie steht also im Mittelpunkt der Telematik¹⁵. Die elektronische Gesundheitskarte fungiert daneben wie ein Schlüssel zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, § 291a Abs. 1 S. 1 SGB V¹⁶.

Mit der – im internationalen Vergleich eher langsamen¹⁷ – Digitalisierung in der Medizin allgemein und der ePA speziell verfolgt der Gesetzgeber ein Ziel: Eine

1) S. Katzenmeier, MedR 2019, 259.

2) Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) v. 14. 10. 2020, BGBl. I S. 2115.

3) Geregelt wird die ePA damit bislang lediglich für gesetzlich versicherte Patienten. Privatpatienten werden die ePA voraussichtlich im Januar 2022 nutzen können, s. <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheits-pflege/krankenversicherung/elektronische-patientenakte-epa-in-die-testphase-gestartet-57223>.

4) Die Verfassungsbeschwerde war gestützt auf eine Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, sie wurde jedoch nicht zur Entscheidung angenommen, s. BVerfGNJW 2021, 1300 = A&R 2021, 35, krit. *Stellpflug*, GuP 2/2021 Editorial: „greift [...] erschreckend zu kurz.“

5) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. 11. 2003, BGBl. I S. 2190; vgl. auch BT-Dr. 19/6337, S. 140.

6) Zur Bedeutung der elektronischen Gesundheitskarte *Dochow*, MedR 2020, 979, 981 f.; *Dochow/Kreitz*, ZfmE 2018, 147 ff. Welche Rolle die ePA einnehmen würde, war zum damaligen Zeitpunkt unklar, s. *Kircher*, GuP 2021, 1.

7) Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze v. 21. 12. 2015, BGBl. I S. 2408.

8) BT-Dr. 19/18793, S. 80.

9) Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz – DVPMG) v. 3. 6. 2021, BGBl. I S. 1309.

10) BT-Dr. 19/27652, S. 81.

11) Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) v. 6. 5. 2019, BGBl. I S. 646.

12) BT-Dr. 19/6337, S. 138; *Schifferdecker*, in: KassKomm, 113. EL März 2021, § 291a Rdnr. 61.

13) BT-Dr. 19/18793, S. 3.

14) *Pfeiffer*, Wirtschaftsdienst 2017, 697, 698.

15) Zu Chancen und Risiken der ePA vgl. SVR-Gutachten Digitalisierung für Gesundheit 2021, S. 70 ff.

16) *Dochow*, Grundlagen und normativer Rahmen der Telematik im Gesundheitswesen 2017, S. 160 ff.; allg. zur elektronischen Gesundheitskarte *Katzenmeier*, MedR 2019, 259, 263 f.

17) Im internationalen Vergleich mit strukturähnlichen europäischen Ländern steht Deutschland bei der Digitalisierung und der Implementierung der ePA auf einem Platz im Mittelfeld, s. etwa *Bertram/Püschner/Gonçalves/Binder/Amelung*, Krankenhaus-Report 2019, S. 3 ff.; *Vetters/Akbik*, Gesundheitswesen aktuell 2020, S. 160 ff. S. auch den Final Report der EU-Kommission, Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2018, S. 70 ff.