

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



# Stellungnahme

zum Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit

für eine

Verordnung zur Verwaltung des  
Transformationsfonds im Krankenhausbereich  
(Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV)



Diskutieren, entscheiden, handeln.

## Zusammenfassung

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Einführung eines Transformationsfonds zur Förderung von durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) veranlassten strukturverbessernden Maßnahmen. Die Verordnung zur Ausgestaltung des Transformationsfonds nach § 12b Abs. 5 KHG bedarf jedoch einiger Klarstellungen und Anpassungen.

Besonders kritisch ist der grundsätzliche Ausschluss der Förderung von ambulanten Versorgungsangeboten der Krankenhäuser im Zuge der Restrukturierung auch in Bezug auf sektorenübergreifende Versorgungsangebote. Dies steht im Widerspruch zu den übergeordneten Zielen der Krankenhausreform. Das Reformkonzept sieht vor, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) eine flächendeckende medizinische Versorgung unterstützen sollen. Diese Einrichtungen sollen sowohl grundlegende stationäre Leistungen als auch ambulante und pflegerische Versorgungsangebote umfassen. Damit dieses Konzept wirtschaftlich und medizinisch-inhaltlich sinnvoll umgesetzt werden kann, müssen die SüV in allen Leistungsbereichen strukturell angepasst werden. Ohne eine ausreichende finanzielle Förderung der Transformation in SüV droht dieser zentrale Eckpfeiler der Reform wegzubrechen. Es ist daher sicherzustellen, dass Träger, die ihre Einrichtungen in SüV umwandeln wollen, auch ausreichend gefördert werden können. Daher müssen hier insbesondere auch die sektorenübergreifenden Leistungsbereiche und Schnittstellen ausdrücklich als Fördertatbestand anerkannt werden.

Das gilt gleichermaßen für die Förderung von integrierten Notfallstrukturen. Die Bundesregierung hat in ihren Konzepten insbesondere die Etablierung von Integrierten Notfallzentren angekündigt. Auch hier sind sektorenübergreifende Bereiche aufzubauen, deren Förderung nicht in Frage gestellt werden darf. Es ist sicherzustellen, dass diese sinnvollen und notwendigen Konzepte durch eine Förderung durch den Transformationsfonds umgesetzt werden können.

Es ist nachvollziehbar, dass Vorhaben nur gefördert werden sollen, wenn sie nicht überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen. Abzulehnen ist allerdings der grundsätzliche Ausschluss von Maßnahmen zum Erhalt dieser Strukturen, auch wenn sie sinnvollerweise im Gesamtkontext der Umstrukturierung als Teilprojekt eingebettet und beispielsweise auf das gleiche Niveau anzuheben sind. Ein vollständiger Ausschluss bestehender Strukturen verkennt das Potenzial von Modernisierungs- und Integrationsmaßnahmen. Die Verordnung sollte daher klarstellen, dass ein Erhalt bestehender Strukturen nur dann von der Förderung ausgeschlossen ist, wenn ausschließlich isolierte Modernisierungs- oder kosmetische Maßnahmen vorgenommen werden, die keine strukturellen oder funktionalen Verbesserungen bewirken. Sobald jedoch bauliche oder inhaltliche Anpassungen erfolgen, die der übergeordneten Transformationsstrategie dienen, muss diese auch förderfähig sein, damit die Ziele einer strukturellen Krankenhausreform erreichbar bleiben.

Ein weiterer kritischer Aspekt ist die in der Verordnung vorgesehene Anforderung eines Nachweises zum Insolvenzrisiko des beantragenden Krankenhauses. Die Verantwortung der Länder für diese Prüfung müsste dabei auf den Wirtschaftsprüfer übertragen werden. Eine über die Bewertung des Insolvenzrisikos im Rahmen des Jahresabschlusses hinausgehende Prüfung ist für den Wirtschaftsprüfer jedoch kaum umsetzbar und deshalb abzulehnen.

Die umfangreichen Nachweispflichten für die Länder erscheinen sehr aufwendig und könnten die Umsetzung der Fördermaßnahmen unnötig erschweren und verzögern. Die geplante Einführung eines elektronischen Verwaltungsportals für die Antragsstellung ist im Sinne der Vereinfachung von Verfahrensabläufen begrüßenswert. Es ist jedoch sicherzustellen, dass die technische Umsetzung nicht zu Verzögerungen führt und der Zugang zu Fördermitteln zügig gewährleistet bleibt.

Die Verordnung schafft Transparenz und ist grundsätzlich zielführend gestaltet. Dennoch bestehen in zentralen Bereichen Anpassungsbedarfe, insbesondere in Bezug auf den Ausschluss ambulanter Versorgungsangebote der Krankenhäuser, die Berücksichtigung bestehender Strukturen und die Praktikabilität der Anforderungen. Eine Überarbeitung dieser Punkte ist notwendig, um die angestrebte Transformation der Krankenhauslandschaft zielgerichtet zu unterstützen.

## Bewertung der einzelnen Regelungsinhalte

### § 1 Ziel und Anwendungsbereich

Die Einführung bundesweit einheitlicher Leistungsgruppen mit Vorgaben für Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen wird strukturelle Anpassungen in den Krankenhäusern erforderlich machen. Diese angestrebten Umstrukturierungsmaßnahmen erfordern Investitionen. Um diese Umstellung zu bewerkstelligen, konkretisiert die Verordnung die Voraussetzungen und das Verfahren für die Förderung von Vorhaben gemäß § 12b des KHG. Ziel der Verordnung ist die Förderung von Vorhaben zur Anpassung der Krankenhausstrukturen an die sich durch das Inkrafttreten des KHVVG ergebenden Änderungen. Das übergeordnete Ziel der Transformation der Versorgungslandschaft soll durch die Förderungen unterstützt werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Transformation nicht als reiner Strukturwandel in Form von Krankenhausschließungen umgesetzt wird. Vielmehr muss die Transformation eine Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen ermöglichen, indem sie sowohl die Konzentration und Spezialisierung von Versorgungsangeboten als auch die gezielte Modernisierung und Optimierung bestehender Strukturen berücksichtigt. Dass die Rechtsverordnung zum Transformationsfonds vor den Rechtsverordnungen zu den Mindestvorhaltezahlen, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erlassen wird, führt zu Ungewissheit bei der Umsetzung und Planung von Fördervorhaben. Zwar ist die frühzeitige Möglichkeit zur Antragstellung grundsätzlich zu begrüßen, jedoch basieren die Fördertatbestände und

-projekte auf den noch ausstehenden Konkretisierungen in den zu erlassenden Rechtsverordnungen und letztlich dann auf den konkreten Entscheidungen einer noch umzusetzenden Krankenhausplanung. Sollte der Prozess der Rechtsverordnungen nicht fristgerecht umgesetzt werden können, was angesichts der komplexen zu regelnden Sachverhalte nahezu unmöglich erscheint, würde dies zu Verzögerungen von förderfähigen Vorhaben im Transformationsfonds führen. Bis zur Verabschiedung der entsprechenden Rechtsverordnungen gilt dem Grunde nach die Anlage 1 des KHVVG für die Förderanträge. Allerdings sind relevante Änderungen durch die ausstehenden Rechtsverordnungen nicht auszuschließen. Insbesondere die Mindestvorhaltezahlen und die hierfür noch zu erlassene Rechtsverordnung werden voraussichtlich frühestens Ende 2025 bekannt sein. Dadurch besteht das Risiko, dass bereits eingereichte Förderanträge auf Grundlage der bisherigen Regelungen nachträglich durch die Rechtsverordnung überholt werden und eine erneute Anpassung oder eine Rücknahme eines Förderbescheids erforderlich wird. Daher dürfen diese späteren Änderungen nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

## § 2 Förderfähigkeit

Die Verordnung konkretisiert die bereits im Gesetz festgelegten acht Fördertatbestände und ermöglicht damit eine gezielte Unterstützung von Vorhaben, die zur Umstellung der Krankenhausstrukturen beitragen sollen. Hierzu zählen unter anderem die standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, die Umstrukturierung einzelner Standorte, die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, der Ausbau von Zentren an Hochschulkliniken oder die Einrichtung integrierter Notfallstrukturen. Auch die Schließung von Krankenhäusern oder Teilen davon sowie die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten können gefördert werden, sofern sie dem übergeordneten Ziel der Transformation dienen.

Vorhaben, die „überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen“, sind von der Förderung ausgeschlossen. In der Begründung wird ausgeführt: „Ein Vorhaben, mit dem zum Beispiel überwiegend eine bereits vorhandene Ausstattung oder existierende Gebäudeteile eines Krankenhauses modernisiert werden sollen, ist nicht förderfähig. Vielmehr muss das Vorhaben der Verbesserung der Krankenhausstrukturen insgesamt dienen, insbesondere durch eine Konzentration der Versorgungskapazitäten oder eine Spezialisierung der Krankenhausversorgung“. Kosten für Bestandserhaltungsmaßnahmen sind laut Verordnung eigenständig zu finanzieren. Es muss hier sichergestellt werden, dass notwendige Modernisierungen und Anpassungen an bestehenden Strukturen nicht grundsätzlich von der Förderung ausgeschlossen werden. Die Formulierung „überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen“ ist daher mit folgendem Passus zu ersetzen: „Ein Vorhaben ist nicht förderfähig, wenn es ausschließlich zum Erhalt baulicher und inhaltlicher Strukturen dienen soll“. Diese Umformulierung gilt dementsprechend für den § 2 Abs. 3 Nr. 3 der Verordnung.

Zudem muss laut Verordnung sichergestellt werden, dass die jeweiligen Vorhaben auf ihre Vereinbarkeit mit dem Wettbewerbs- und Beihilferecht der Europäischen Union geprüft wurden. Diese Prüfung ist Aufgabe der Länder. Durch eine Klarstellung ist sicherzustellen, dass eine Übertragung der Prüfung auf die Krankenhausträger ausgeschlossen ist.

Bei der Förderung von Vorhaben sind laut Verordnungstext nur die Kosten zu berücksichtigen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen. Das Wort „nur“ ist zu streichen und mit dem Wort „insbesondere“ zu ersetzen. Zudem wird für die Berechnung der Fördersumme der Barwert auf 10 Jahre angegeben. Dies ist bereits Bestandteil der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung und wurde für den Transformationsfonds fortgeführt. Aufgrund des bürokratischen und aufwendigen Vorgehens ist dies grundsätzlich abzulehnen. Die Krankenhäuser begrüßen die Förderfähigkeit von Finanzierungsleistungen wie Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines Darlehens, die im direkten Zusammenhang mit dem zu fördernden Vorhaben stehen.

In § 2 Abs. 3 der Verordnung werden erneut Vorhaben ausgeschlossen, die „dem Erhalt bestehender Strukturen dienen“ oder die ohne das geförderte Vorhaben ohnehin zum Erhalt bestehender Strukturen erforderlich gewesen wären. Hier gilt die bereits oben ausgeführte Umformulierung. Der Förderausschluss von Aufwendungen, die ohne das geförderte Vorhaben ohnehin angefallen wären, beispielsweise für die Aufrechterhaltung von Anlagen nach einer Standortstilllegung ist zu streichen. Es wurde die Notwendigkeit der Weiternutzung von Gebäuden kleinerer Krankenhäuser in der Regelung nicht berücksichtigt. In diesem Zusammenhang besteht die Gefahr, dass SüV unter den Förderausschluss fallen, was im Widerspruch zur vom Gesetzgeber beabsichtigten Umstrukturierung der Versorgungslandschaft steht. Daher wäre eine präzisierende Klarstellung erforderlich, um sicherzustellen, dass SüV-Vorhaben nicht pauschal ausgeschlossen werden.

Kosten, die durch Rückforderungen des Landes von in der Vergangenheit gewährten Investitionsfördermitteln entstehen, sind ebenfalls von der Förderung ausgeschlossen. Grundsätzlich ist die Regelung zur Rückforderung von Fördermitteln nachvollziehbar, jedoch bleibt unklar, welche konkreten Kriterien für eine Rückforderung herangezogen werden und ob diese ausschließlich in der Entscheidungshoheit der Länder liegen. Eine fehlende abgrenzende Definition der Rückforderungskriterien birgt die Gefahr, dass Krankenhäuser bereits vor der Umsetzung geplanter Maßnahmen in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten oder nach Abzug der Rückforderungen nur noch ein begrenzter Teil der Mittel aus dem Transformationsfonds für die eigentlichen Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Es ist daher erforderlich, die Formulierungen in der Verordnung zu schärfen und klarzustellen, unter welchen Bedingungen eine Rückforderung zulässig ist. Die nachfolgende Formulierung ist außerdem zu ergänzen: „Die neue Ausrichtung der Krankenhausplanung durch das KHVVG darf nicht dazu führen, dass Investitionsmittel zurückgefordert werden können.“

### § 3 Regelungen zu einzelnen Fördertatbeständen

Die Vorschrift in § 3 der Verordnung ergänzt die im § 12b Abs. 1 Satz 4 KHG festgelegten Fördertatbestände durch konkrete Regelungen zu den Voraussetzungen für förderfähige Vorhaben sowie den entsprechenden förderfähigen Kosten.

In den Fördertatbeständen des § 3 Abs. 1 bis 8 ist jeweils geregelt, dass auch Kosten für weitere Maßnahmen förderfähig sind, soweit sie zwingend erforderlich sind. Die offene Formulierung „weitere Maßnahmen“ ist zwar zu begrüßen, die Einschränkung auf „zwingend erforderlich“ knüpft diese jedoch an die damit implizierte Bedingung und könnte dazu führen, dass Maßnahmen in kontraproduktiver Weise auf das absolute Mindestmaß reduziert werden müssen. Daher ist eine Streichung des Wortes „zwingend“ in allen Fördertatbeständen notwendig.

Der Fördertatbestand für Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V ist redundant und widersprüchlich. Es sollte grundsätzlich jede Konzentration von Leistungen förderfähig sein, unabhängig der Mindestvorhaltezahlen der Leistungsgruppen. Es ist daher zielführender, die allgemeine Förderfähigkeit der Konzentration von Leistungen uneingeschränkt im Gesetz zu verankern. Hierbei sollte eine Konzentration von Leistungen auch innerhalb eines Standorts grundsätzlich förderfähig sein, wenn diese im Zusammenhang mit dem Transformationsprozess eines oder mehrerer Krankenhäuser sinnvoll ist. Es sollte zudem klargestellt werden, dass auch relevante Auswirkungen von Leistungsgruppenverlagerungen auf andere Krankenhäuser als Fördertatbestand berücksichtigt werden können. Darüber hinaus sollte die Förderung der Ausstattung in der Verordnung selbst benannt werden, anstatt sie lediglich in der Begründung zu erwähnen. Zudem sind wie bereits ausgeführt die näheren Definitionen durch die Rechtsverordnungen zu den Mindestvorhaltezahlen und den Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien aktuell ausstehend. Mögliche sich aus den Rechtsverordnungen ergebende Änderungen sind realistische Szenarien und sollten mitbedacht werden. Fördertatbestände können daher aktuell noch nicht abschließend geplant und beantragt werden. Der Einschub „Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, einschließlich der erforderlichen Angleichung der digitalen Infrastruktur, insbesondere a) zur Erfüllung von Qualitätskriterien und b) zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen“ lässt hier die notwendige Öffnung zu.

Der Ausschluss der Förderung von Schließungskosten im Falle der Übernahme stillgelegter Versorgungsbereiche, soweit diese durch einen anderen Rechtsträger übernommen werden, ist zu streichen – zumindest für Kosten, die durch den anderen Rechtsträger nicht übernommen werden.

Die Verordnung konkretisiert Vorhaben zur Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes, der als SüV gemäß § 6c Absatz 1 KHG bestimmt wurde. Dabei werden jedoch die Kosten für den Auf- und Umbau ambulanter Versorgungsangebote der

Krankenhäuser von der Förderung ausgeschlossen. Dieser Förderausschluss bei der Umwandlung in eine SüV widerspricht dem erklärten Ziel, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu fördern. Eine Klarstellung, dass die Förderung standortübergreifende Vorhaben einschließt, ist daher notwendig. Ohne eine finanzielle Unterstützung für den integrierten Auf- und Umbau von sektorenübergreifenden Anteilen bei der Umwandlung in eine SüV bleibt die Transformation hin zu sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten unvollständig. In der praktischen Umsetzung bestünde daher das Risiko, dass sich die Förderung weitgehend auf die Deckung von Schließungskosten stationärer Bereiche beschränkt, wodurch das eigentliche Ziel einer umfassenden strukturellen Weiterentwicklung nicht erreicht werden kann. Die in der Begründung angeführte Erklärung für den Ausschluss ambulanter Strukturen, die eine Verhinderung ungerechtfertigter Wettbewerbsvorteile für Krankenhäuser gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern anführt, ist grundsätzlich nicht nachvollziehbar, da SüV vorwiegend in Regionen etabliert werden sollen, in welchen die Grundversorgung (insbesondere auch ambulanter Leistungen) ansonsten gefährdet wäre. Da hier die sektorenübergreifenden Angebote erst aufgebaut werden müssen, entstehen hierdurch auch außerordentliche Kosten im Rahmen der Transformation. Der gezielte integrative Ausbau ambulanter Kapazitäten in Verbindung mit stationären Strukturen der SüV darf von der finanziellen Unterstützung durch den Transformationsfonds nicht ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund ist die Förderung von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen im Rahmen der SüV ausdrücklich in die förderfähigen Maßnahmen aufzunehmen. Eine Förderfähigkeit für rein ambulante Investitionsanteile, die für die Etablierung einer SüV notwendig sind, sollte durch eine gesetzliche Regelung hergestellt werden.

Die Förderung von Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern, einschließlich der Schaffung von Voraussetzungen für robotergestützte Telechirurgie, ist ein weiterer Fördertatbestand und soll zum Fortschreiten der Digitalisierung dienen. Die Förderfähigkeit umfasst dabei die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung interoperabler und sicherer informations- und kommunikationstechnischer Systeme und Anlagen. Die IT-technischen Maßnahmen sollten in allen Fördertatbeständen förderfähig sein und nicht auf Maßnahmen beschränkt werden, die auf die Interoperabilität informationstechnischer Systeme sowie die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit abzielen. Die Förderung von neuen telemedizinischen Angeboten ist hierbei positiv und als sinnvoll zu bewerten. Darüber hinaus sind auch die für die Umsetzung des Vorhabens erforderlichen Baumaßnahmen, Personalmaßnahmen sowie weitere zwingend notwendige Maßnahmen förderfähig. Es wird in der Verordnung geregelt, dass die Kosten für Baumaßnahmen bei telemedizinischen Netzwerkstrukturen nicht höher sein dürfen als die Fördermittel für kommunikationstechnische Anlagen im engeren Sinne. Diese Regelung soll laut Begründung sicherstellen, dass maximal die Hälfte der Gesamtkosten des Vorhabens für bauliche Anpassungen aufgewendet wird. Umgekehrt bedeutet dies, der überwiegende Anteil der Fördermittel soll für die informationstechnischen und kommunikationstechnischen Anlagen eingesetzt werden. Zwar wird in der Begründung die Intention dieses Zusatzes dargelegt, jedoch bleibt fraglich, ob eine derartige Beschränkung tatsächlich erforderlich ist oder ob sie nicht vielmehr im Ermessen des Antragstellers liegen sollte.

Des Weiteren sieht die Verordnung vor, die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur, die noch nicht zur Verfügung stehen, in Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) zu überführen, sobald diese zur Verfügung stehen. Diese Vorgabe setzt jedoch voraus, dass Krankenhäuser bereits vor der Antragstellung wissen, welche TI-Anwendungen künftig verfügbar sein werden und wie eine spätere Integration erfolgen kann. Eine solche Planung insbesondere im Bereich der sich rasch entwickelnden technischen Anwendungen scheint unrealistisch. Konkret ist daher der in § 3 Abs. 3 vorhandene letzte Satz „Stehen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur noch nicht zur Verfügung, ist zu gewährleisten, dass die verwendeten Dienste und Anwendungen in Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur überführt werden können, sobald diese zur Verfügung stehen.“ ersatzlos zu streichen.

Ein weiterer Fördertatbestand betrifft die Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen an Hochschulkliniken (§ 3 Abs. 4), vorausgesetzt, dass sowohl Hochschulkliniken als auch nicht-universitäre Krankenhäuser gemeinsam an diesen Vorhaben beteiligt sind. Diese Voraussetzung ist bereits im Gesetzestext des KHVVG geregelt und daher durch die Rechtsverordnung nicht anzupassen. Eine Öffnung dieser Regel soll an dieser Stelle trotzdem adressiert werden. Es werden zudem die Förderfähigkeit sowie die Ausgaben für Baumaßnahmen im Kontext von Schließungen von Krankenhausbereichen und weitere Maßnahmen für diesen Fördertatbestand geregelt. Die Förderung für Schließungen von Krankenhausbereichen und Teilschließungen gilt es für alle Tatbestände zu öffnen. Zudem muss eine Klarstellung der Förderfähigkeit von Zentren, die nach GB-A Definition zu Zentren gehören, erfolgen. Ein Ausschluss nach der Definition des G-BA als Zentrum ist dagegen abzulehnen. Schwerpunktversorger und Fachkrankenhäuser, die entscheidende Beiträge zur Behandlung leisten, sollten die Förderung ebenfalls erhalten, unabhängig von einer Beteiligung der Hochschulkliniken.

Darüber hinaus können auch Investitionen in die technische Erweiterung und in digitale Anwendungen förderfähig sein, insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der Interoperabilität zwischen den eingesetzten Systemen. Beispiele für technische Ausstattungen umfassen unter anderem Geräte, die für die Behandlung onkologischer Erkrankungen mit innovativen Therapieverfahren, wie der CAR-T-Zelltherapie, erforderlich sind, sowie spezielle Medizintechnik, beispielsweise PET-CT oder Einrichtungen für Speziallabore. Dies ist positiv zu bewerten, da insbesondere bei Großgeräten wie PET-CTs hohe Anschaffungskosten für die Krankenhäuser anfallen.

Die Förderfähigkeit von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind Vorhaben, die in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung (KBV) fallen, ausdrücklich von der Förderung ausgeschlossen. Dieser Ausschluss ist grundsätzlich nachvollziehbar, wirft jedoch potenzielle Abgrenzungsprobleme auf, beispielsweise bei gemeinsam genutzten Infrastrukturen wie einem gemeinsamen Tresen. Diese Bereiche sollten ausdrücklich als förderfähig deklariert werden, da die Verordnung hierzu keine weiteren Konkretisierungen enthält. Insbesondere bei diesem Fördertatbestand

sollten zudem auch die IT-technischen Maßnahmen zur Bildung integrierter Notfallstrukturen förderfähig sein und hier explizit mit aufgenommen werden. Außerdem ist eine Klarstellung vorzunehmen, dass unter dem Begriff „Bildung integrierter Notfallstrukturen“ Vorhaben zum Ausbau und zur Weiterentwicklung bereits bestehender Strukturen umgesetzt werden können. Positiv hervorzuheben ist, dass die sachliche Ausstattung der Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ explizit als förderfähig anerkannt wird.

Die Regelung zur Förderfähigkeit von Vorhaben zur dauerhaften Schließung eines Krankenhauses oder einzelner Krankenhausbereiche ist grundsätzlich, insbesondere aufgrund des expliziten Hinweises auf Regionen mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten, positiv zu bewerten. Der erforderliche Nachweis, dass durch die Schließung keine wesentliche Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung in den betroffenen Leistungsgruppen gemäß § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V eintritt, ist jedoch nicht praktikabel. Aber auch eine detaillierte vorgegebene Regelung, wann eine wesentliche Verschlechterung vorliegt, würde nicht zu sachgerechteren Ergebnissen führen. Zudem ist die Begründung des § 3 Abs. 7 unpräzise. Die dort beschriebene verdoppelte Fahrzeit geht davon aus, dass dies nicht zu einer wesentlichen Verschlechterung der Versorgung führen würde. Eine dort beschriebene mögliche Verdoppelung der Fahrzeit kann von 5 auf 10 Minuten bedeuten und führt nicht zu einer wesentlichen Verschlechterung der Versorgung. Die Bewertung der Versorgungssituation anhand von Fahrzeitminuten sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Die Feststellung einer „wesentlichen Verschlechterung“ sollte ausschließlich bei den für die Krankenhausplanung verantwortlichen Akteuren liegen. Hier müssen auch die Auswirkungen auf umliegende Standorte mitberücksichtigt werden.

Die Rechtsverordnung sollte klarstellen, dass die Kosten für die erstmalige Ausstattung nicht nur bei der Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten gemäß § 3 Abs. 8 förderfähig sind, sondern auch für alle Fördertatbestände, die für Baumaßnahmen eine Erstausrüstung der baulichen Einrichtung vorsehen.

#### § 4 Antragstellung

Hiermit wird ein elektronisches Verwaltungsportal geregelt, eingerichtet durch das BAS für die Antragsstellung. Die Einführung eines digitalen Antragsverfahrens ist positiv zu bewerten und stellt eine Weiterentwicklung im Vergleich zum bisherigen Antragsverfahren des Strukturfonds dar. Eine grundlegende Voraussetzung ist die zuverlässige Funktionsweise der technischen Abläufe, um Verzögerungen durch technische Probleme im Antragsprozess zu verhindern. Ein störungsfreier Betrieb des Portals sowie eine umfassende Unterstützung der Antragsteller sind daher erforderlich, um eine fristgerechte Mittelvergabe sicherzustellen. Der Fristverlängerungszusatz vom 30. September auf den 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres im angegebenen Förderzeitraum (2026–2035) ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Dadurch erhalten die Länder einen verlängerten Zeitraum, um die für den Antrag erforderlichen Unterlagen einzureichen, wenn die Höhe der beantragten Fördersumme und die Anzahl der Fördertatbestände bis zum 30. September des jeweiligen Kalenderjahres angegeben wurde.

Mit dem Antrag ist laut § 4 Abs. 1 S. 3 ein Nachweis darüber zu erbringen, dass das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen über die Förderung des Vorhabens durch Mittel aus dem Transformationsfonds hergestellt wurde. In diesem Zusammenhang wird in der Verordnung direkt auf den § 13 KHG verwiesen. Der Aufbau von Doppelzuständigkeiten zwischen den Bundesländern und den Krankenkassen ist hierbei nicht nachvollziehbar. Die Investitionsfinanzierungen liegen im System der dualen Krankenhausfinanzierung in der Zuständigkeit der Bundesländer. Trotz der durch die Verordnung fehlenden direkten Regelungsmöglichkeiten bleibt dieser Aspekt zu adressieren und sollte bei der weiteren Ausgestaltung der Investitionsförderungen ausdrücklich berücksichtigt werden. Eine Streichung des Satzes „im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ ist daher notwendig und der § 13 KHG entsprechend gesetzlich anzupassen.

§ 4 Abs. 2 Nr. 7 besagt, dass das an dem Vorhaben beteiligte Land bzw. die beteiligten Länder einen Nachweis zu übermitteln haben, dass das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser vom jeweiligen Land geprüft wurde. Alternativ kann auch ein entsprechendes Testat eines Wirtschaftsprüfers, der durch den jeweiligen Krankenhausträger beauftragt wurde, übermittelt werden. Was diese Regelung unter einem Testat eines Wirtschaftsprüfers versteht, ist unklar. Die diesbezügliche Entwurfsbegründung hilft nicht weiter, da dort auch nur unspezifiziert auf ein Testat eines Wirtschaftsprüfers Bezug genommen wird. Somit ist diese Regelung auszulegen. Sinnvollerweise kann man dabei nur zu dem Ergebnis kommen, dass als Testat der eine Abschlussprüfung beendende Prüfbericht einschließlich des Bestätigungsvermerks des Wirtschaftsprüfers ausreichend ist. So besteht für den Wirtschaftsprüfer im Rahmen einer Abschlussprüfung die Pflicht, die Einschätzung der Unternehmensleitung zur Fortführung der Unternehmenstätigkeit (sog. „Going-Concern-Prinzip“) zu beurteilen. Das Ergebnis dieser Beurteilung findet sich im Prüfungsbericht und im Bestätigungsvermerk (Testat). Dies ist auch die Auffassung des Berufsstandes der Wirtschaftsprüfer (vgl. IDW PS 270 n. F., 10/2021). Der Abschlussprüfer betrachtet regelmäßig einen Zeitraum von 12 Monaten nach dem Datum des Bestätigungsvermerkes. Unter diesen Voraussetzungen bewertet der Abschlussprüfer das Insolvenzrisiko und berichtet dazu im Prüfungsbericht sowie im Bestätigungsvermerk. Sobald auch nur geringste Anzeichen eines Insolvenzrisikos bestehen, wird der Abschlussprüfer – schon aus Gründen der Haftung – im Abschlussbericht darauf hinweisen. Da die Bewertung des Insolvenzrisikos Bestandteil des Prüfberichtes sowie des Bestätigungsvermerks ist, ist eine gesonderte Bescheinigung im Rahmen der Abschlussprüfung nicht erforderlich und wird somit auch nicht erteilt. Daher erscheint eine Auslegung der Regelung, dass zum Nachweis des fehlenden Insolvenzrisikos eine gesonderte Bescheinigung vorzulegen ist, nicht geboten. Eine gesonderte diesbezügliche Bescheinigung müsste vom Krankenhaus auch gesondert beauftragt werden und würde einen erheblichen zusätzlichen Prüfungs- und Berichtsaufwand und zusätzliche Kosten für das Krankenhaus verursachen, was vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser sowie dem vom Gesetzgeber beabsichtigten Bürokratieabbau kontraproduktiv wäre. Um in der Praxis eine Diskussion über die Ausgestaltung des Testates im Rahmen der Übermittlung nach § 4 Abs. 2 Nr. 7 zu vermeiden, sollte diese Regelung

dahingehend klargestellt werden, dass als vorzulegendes Testat der Prüfbericht sowie der Bestätigungsvermerk des Wirtschaftsprüfers aus der Abschlussprüfung ausreichend ist. Erreicht werden kann dies durch eine Ergänzung des § 4 Abs. 2 Nr. 7 wie folgt: „oder ein Testat eines Wirtschaftsprüfers, der durch den jeweiligen Krankenhausträger beauftragt wurde, als Testat in diesem Sinne ist der Prüfbericht einschließlich Bestätigungsvermerk aus der Abschlussprüfung des Krankenhauses ausreichend.“

Insbesondere im Rahmen der durch das KHVVG bedingten Umstrukturierungen stellt der Zusammenschluss von zwei Krankenhausstandorten eine mögliche Maßnahme zur Vermeidung von Insolvenzen dar. Dies gilt sowohl für Einrichtungen, die sich bereits in einem Insolvenzverfahren befinden, als auch für solche, die durch einen Zusammenschluss eine drohende Insolvenz abwenden könnten. Es muss sichergestellt sein, dass bei der Prüfung auf die positive Fortbestehensprognose abgestellt wird und Krankenhäuser im Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung nicht von der Förderung ausgeschlossen werden. Der Nachweis ist im Rahmen der Antragsprüfung beim BAS vorzulegen, führt jedoch gemäß der Verordnung nicht automatisch zum generellen Ausschluss von der Förderung. Vielmehr ist eine Rückzahlung der Mittel lediglich dann vorgesehen, wenn ein Insolvenzverfahren eröffnet wird. Es ist zu begrüßen, dass ausschließlich die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens zum Ausschluss führt. Die für den Fall einer Insolvenz vorgesehene Rückerstattung ist nachvollziehbar.

Bei der Beantragung von Fördermitteln ist sicherzustellen, dass mehrere Krankenhäuser für dasselbe Vorhaben einen Anspruch auf Fördermittel gewährt bekommen, z. B. muss bei Konzentration von Leistungsbereichen der Aufbau des Leistungsbereichs an dem „aufnehmenden“ Krankenhaus ebenso förderfähig sein wie die Schließung des Leistungsbereichs an dem „abgebenden“ Krankenhaus. Dieser Ansatz ist bislang lediglich in der Begründung zu § 4 Abs. 1 Satz 6 des Entwurfs enthalten, muss jedoch ausdrücklich im Verordnungstext verankert werden.

Es wird grundsätzlich befürwortet, dass die Prüfung des BAS im Rahmen der Bewilligung der Fördermittel auf eine Plausibilitätsprüfung umgesetzt wird. § 4 Abs. 4 des Entwurfs enthält dazu relevante Ansätze, indem Erklärungen und Bestätigungen als Nachweise gefordert werden. Um die Plausibilitätsprüfung konsequent umzusetzen, muss jedoch das Recht zur Anforderung weiterer Nachweise in Abs. 5 auf den Ausnahmefall (statt Einzelfall) begrenzt werden. Dies ist zu korrigieren. Insgesamt ist das Antragsverfahren aufgrund der zahlreichen Vorgaben sehr umfangreich und mit einem hohen Aufwand verbunden.

### § 5 Auszahlung der Fördermittel und § 6 Verwendung der Fördermittel

Das BAS entscheidet über die eingereichten Anträge, erlässt entsprechende Auszahlungsbescheide und leitet die bewilligten Fördermittel an das antragstellende Land weiter. Die Regelung stellt klar, dass die Auszahlungsbescheide ausschließlich an die Länder gerichtet sind und die Mittel direkt an diese ausgezahlt werden. Ein unmittelbares Verwaltungsrechtsverhältnis zwischen dem BAS und den einzelnen Krankenhausträgern wird somit nicht begründet. Dies ist nachvollziehbar.

Grundsätzlich sollten Übermittlung und Bereitstellung der Unterlagen ausschließlich an das BAS erfolgen, nicht an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Diese Regelung führt lediglich zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand, ohne einen erkennbaren Mehrwert zu bieten. Dies gilt grundsätzlich für alle Übermittlungspflichten an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die sich aus der Verordnung ergeben. Zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden, wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Fördermittel ist das BAS befugt, die Auszahlungsbescheide mit Nebenbestimmungen zu versehen. Solche Nebenbestimmungen können unter anderem die Verpflichtung zur Vorlage des Förderbescheides innerhalb einer festgelegten Frist, die Übermittlung erforderlicher Nachweise oder die Festlegung einer zeitlichen Bindung beinhalten. Werden diese Anforderungen nicht erfüllt, ist das BAS berechtigt, die bewilligten Mittel zurückzufordern. Da die Regelungsmöglichkeiten innerhalb der Festlegungen von Nebenbestimmungen durch das BAS erfolgen können, wären diese aus Transparenzgründen durch vorgegebene Handlungsspielräume zu ergänzen.

Gemäß § 6 Abs. 2 Satz 2 obliegt es den Ländern, durch geeignete Maßnahmen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel sowie die Richtigkeit der Verwendungsnachweise der Krankenhausträger zu überprüfen. Dabei sind die Länder befugt, Einsicht in Unterlagen zu nehmen sowie nach vorheriger Ankündigung die Geschäftsräume der Krankenhäuser zu betreten und zu besichtigen. Dies ist zu streichen. Eine derartige Nachweispflicht sollte mit vertretbarem Aufwand umgesetzt werden, insofern ist insbesondere auf diesen Zusatz der Begehung zu verzichten.

Die Länder übermitteln dem BAS sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen unverzüglich, spätestens jedoch 20 Monate nach der Bekanntgabe des Auszahlungsbescheids, ihren Förderbescheid zu dem jeweiligen Vorhaben. Positiv zu bewerten ist die Verlängerung der Frist zur Vorlage des Förderbescheides von bisher 15 Monaten (im Rahmen des Strukturfonds) auf nunmehr 20 Monate.

### § 7 Rückforderung von Fördermitteln und § 8 Aufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung

Gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 1 der Verordnung können bewilligte Fördermittel zurückgefordert werden, wenn die Voraussetzungen für ihre Bewilligung von Anfang an nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn das jeweilige Land seinen Verpflichtungen zur Kofinanzierung und zur Investitionskostenförderung gemäß § 12b KHG nicht nachkommt. Darüber hinaus werden weitere Rückforderungsgründe vorgesehen, beispielsweise, wenn das antragstellende Land den Förderbescheid nicht innerhalb der in § 5 Abs. 2 Satz 1 festgelegten Frist beim BAS einreicht, wenn der Förderbescheid keine zeitliche Bindung enthält oder wenn die in § 6 Abs. 3 genannten Unterlagen gar nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorgelegt werden. Ebenso ist eine Rückforderung möglich, wenn der Verwendungsnachweis nicht innerhalb der 20 Monate übermittelt wird. Es ist jedoch klarzustellen, dass Krankenhäuser für Versäumnisse der zuständigen Landesbehörden nicht

verantwortlich gemacht werden können. Eine etwaige Rückforderung von Fördermitteln aufgrund von Verzögerungen oder Versäumnissen auf Länderebene ist zu streichen. Dafür sollten Regelungen vorgesehen werden, die sicherstellen, dass Verantwortung und Konsequenzen stimmig sind und die Krankenhäuser nicht für eventuelle Verwaltungsfehler der Landesbehörden verantwortlich gemacht werden.

Das BAS soll das Fördergeschehen in zusammengefasster Form monatlich und erstmals ab dem 31.03.2026 auf seiner Internetseite veröffentlichen. Dies betrifft die Anzahl und die Gegenstände der gestellten Anträge sowie die Höhe der beantragten und vonseiten des BAS bewilligten Fördermittel, jeweils gesamt und nach Ländern und Vorhaben sowie länderübergreifenden Vorhaben differenziert. Dabei ist auch die Höhe der durch die Länder bereitgestellten Fördermittel (Anteil an der Kofinanzierung) anzugeben. Die Regelung ist im Hinblick auf Transparenz und zeitnahe Kenntnisnahme zu den abgerufenen Mitteln nachvollziehbar.

### § 9 Beteiligung der privaten Krankenversicherung und § 10 Auswirkungen der Wirkung der Förderung

Die Verordnung sieht in § 9 derzeit eine nicht verpflichtende Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) am Transformationsfonds vor. Allerdings liegt eine nicht verpflichtende Einbindung nur vor, da eine verpflichtende Einbindung offensichtlich nicht im Regelungsbereich einer Rechtsverordnung möglich ist. Dennoch ist an dieser Stelle zu betonen, dass die geförderten Vorhaben sowohl gesetzlich als auch privat versicherten Krankenhauspatienten zugutekommen. Eine angemessene finanzielle Beteiligung der PKV wäre daher sachgerecht.

In § 10 der Verordnung sind Auswertungen der Rahmenbedingungen des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels vorgesehen. Gemäß § 14 KHG hat das BAS eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen mit der Durchführung der Evaluierung zu beauftragen. Eine regelmäßige und unabhängige Evaluation der geförderten Maßnahmen ist zu begrüßen, da sie als Grundlage zur Weiterentwicklung des Transformationsfonds genutzt werden kann.

# Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail [dkg@mail.dkgev.de](mailto:dkg@mail.dkgev.de)

