



Deutscher Anwaltverein

Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht

17. Frühjahrstagung

vom 31. März bis 01. April 2017 in Leipzig

Der Strukturfonds nach dem KHSG

Leitender Ministerialdirigent
Dr. Frank Stollmann
Düsseldorf

Der Strukturfonds nach dem KHSG

Mit den durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)¹ neu eingeführten §§ 12 bis 15 KHG sollen strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Neben der herkömmlichen Investitionsförderung durch die Länder soll 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 steht insgesamt ein Betrag von bis zu 1 Milliarde Euro zur Verfügung. Um die Länder bei dem anstehenden Umstrukturierungsprozess zu unterstützen, werden in dem Strukturfonds einmalig Mittel von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV bereitgestellt, die nach dem sog. „Königsteiner Schlüssel“ auf die Länder verteilt werden. Die Maßnahmen werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag zusätzlich leisten. Rechtspolitisch wird in der nunmehrigen Gesetzesänderung zwar nicht die Umkehr zu einer monistischen Finanzierung, jedoch ein Schritt in eine sog. „Teilmonistik“ i.S. einer Mitfinanzierung durch die Krankenkassen bei unveränderter Verantwortung der Länder für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung gesehen.

Zweckbestimmung

Die Zweckbestimmung des Strukturfonds wird in § 12 Abs. 1 S. 3 KHG näher umrissen. 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 näheren Einzelhei-

¹ Vom 10. Dezember 2015, BGBl. I S. 2229.

ten werden in der Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV)² geregelt. Mindestens ergänzend gelten die Vorschriften des jeweiligen Landeshaushaltsrechts, also z.B. in NRW die §§ 23, 44 LHO sowie ggfls. dazugehörige Verwaltungsvorschriften³.

Förderungsfähige Vorhaben

Der in § 12 Abs. 1 S. 3 Halbs. 1 KHG nur beispielhaft („... insbesondere ...“) umrissene Katalog wird in § 1 Abs. 1 KHSFV konturiert. Dabei lässt sich aus der numerischen Aufzählung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung nicht zwingend eine Wertigkeit hinsichtlich der Förderfähigkeit ableiten, die einzelnen Fallgruppen stehen gleichberechtigt nebeneinander. Grundsätzlich denkbar ist auch eine Kombination der einzelnen Fördertatbestände, allerdings gibt es darüber hinaus keine weitergehende Landeskompetenz für zusätzliche Fördertatbestände.

Dem Grunde nach anspruchsberechtigt sind alle Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt des Antrages und der Förderentscheidung im jeweiligen Krankenhausplan des Landes ausgewiesen sind⁴. Nicht dazu gehören etwa bloße Versorgungsvertrags-Krankenhäuser (§§ 108 Nr. 3, 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V) sowie Privatkrankenanstalten nach § 30 GewO. Des Weiteren ist eine Förderung nach Haushaltsrecht ausgeschlossen, wenn der Träger der zu fördernden Einrichtung sich im Insolvenzverfahren befindet.⁵

Kapazitätsabbau

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV wird der Kapazitätsabbau gefördert, d.h. die dauerhafte („... endgültige und ersatzlose ...“) **Stilllegung** akutstationärer Krankenhauskapazitäten. Demnach wird ein Vorhaben gefördert, wenn ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbstständige 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,

² Vom 17. Dezember 2015, BGBl. I S. 2350; vgl. dazu BR-Drs. 532/15.

³ Für Bayern etwa die Richtlinie zur Förderung der Umwandlung von Krankenhäusern (Umwandlungsförderrichtlinie – UmwFR) vom 19. Juli 2016, FMBl. (Bayern) 2016 S. 179.

⁴ Vgl. Ziff. 3. UmwFR Bayern, o. Fn. 3.

⁵ Vgl. Ziff. 4.8 UmwFR Bayern, o. Fn. 3.

ohne dass dafür ein Kapazitätsaufbau erforderlich ist⁶, zum Beispiel bei Schließung einer unterbelegten Fachabteilung in einem Ballungszentrum, wo sich der verbleibende Versorgungsbedarf auf eine Vielzahl benachbarter Krankenhäuser verteilen kann. Ausdrücklich 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). 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.

Konzentrationswirkung

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV wird ein Vorhaben gefördert, wenn 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 führt. Unwirtschaftlichen Mehrfachvorhaltungen soll auf diese Weise entgegen gewirkt werden, insbesondere wenn es sich um Versorgungsangebote mit hoher Komplexität handelt, wie etwa die Versorgung in Schlaganfall-, Perinatal- oder Schädel-Hirn-Verletzungszentren⁷.

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 ausgeht. So etwa, wenn ein Krankenhausträger

⁶ Vgl. dazu auch *Jendges / Augurzky / Hacker*, f & w 2016 S. 144, 146f.

⁷ Vgl. BR-Drs. 532/15, S. 11.

über zwei Betriebsstätten an unterschiedlichen Standorten verfügt und die an einem Standort betriebene Fachabteilung geschlossen und an den anderen Standort verlagert werden soll⁸.

Umwandlungstatbestand

Regelungsvorbild für den **Umwandlungstatbestand** des § 1 Abs. 1 Nr. 3 KHSFV war § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG. Hintergrund der Regelung ist, dass zur Verbesserung der Struktur des stationären Versorgungsangebots auch eine Umwandlung der entsprechenden Versorgungskapazitäten in Angebote beitragen kann, die dem sich wandelnden Versorgungsbedarf besser entsprechen. Aus Strukturfondsmitteln kann daher ein Vorhaben gefördert werden, wenn ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine unselbstständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden. Bereits stillgelegte Versorgungsstrukturen können nicht Gegenstand einer Umwandlungsmaßnahme im Sinne von § 1 Abs. 1 Nr. 3 KHSFV sein.

Dabei differenziert der Verordnungsgeber zwischen zwei Untergruppen. In der ersten Fallgruppe muss es um die Umwandlung in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung gehen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3a KHSFV). 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. In einer weiteren Fallgruppe setzt die Förderfähigkeit 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). Die Förderfähigkeit erstreckt sich bei dieser Untergruppe beispielsweise auf die Umwandlung in ein MVZ, in ein Gesundheits- und Pflegezentrum oder in eine Einrichtung der Prävention oder der Rehabilitation. Dabei wird von den Förderbehörden vor allem darauf zu achten sein, dass durch die staatliche Förderung keine Wettbewerbsverzerrung eintritt.

Voraussetzung für eine Förderung ist überdies in beiden Untergruppen, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den hierfür

⁸ Vgl. *Stollmann* in Dietz/Bofinger, 57. Lfg. April 2016, § 12 KHG Erl. V.1.2.

geltenden rechtlichen Vorgaben steht. 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 dieses den Richtlinien zur ambulanten Bedarfsplanung nicht widerspricht.

Vorhabenbeginn

In Umsetzung der gesetzlichen Forderung aus § 12 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG darf die Umsetzung des Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen haben (§ 1 Abs. 2 S. 1 KHSFV). Als Vorhabenbeginn gilt gemäß § 1 Abs. 2 S. 2 KHSFV der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Planungen, die Einholung von Angeboten, Vertragsgespräche u.a. vor dem genannten Zeitpunkt sind damit förderunschädlich. Dies statuiert § 1 Abs. 2 S. 3 KHSFV auch ganz deutlich für den Fall von Baumaßnahmen, bei denen Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens gelten⁹. Damit sind z.B. die Aushebung der Baugrube oder Teilbaumaßnahmen als förderschädlich einzustufen. Nach dem 1. Januar 2016 begonnene Teilabschnitte können – bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 KHSFV – gefördert werden, wenn sie einen selbstständigen Abschnitt eines vor diesem Zeitpunkt begonnenen Gesamtvorhabens darstellen (vgl. § 1 Abs. 2 S. 4 KHSFV).

Förderungsfähige Kosten

§ 2 KHSFV trifft nähere Bestimmungen über die Festlegung der im Einzelnen förderungsfähigen Kosten. Entsprechend allgemeiner Fördergrundsätze dürfen Fördermittel nur dem Förderzweck entsprechend verwendet werden (§ 2 Abs. 4 S. 1 KHSFV). Es sind zudem nur die Kosten zu berücksichtigen, die den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen (§ 2 Abs. 4 S. 2 KHSFV). Nach § 2 Abs. 1 KHSFV sind nicht förderungsfähig die Kosten, die auf andere als die in § 9 KHG genannten Förderatbestände entfallen, sowie die vom Land zurückgeforderten Mittel der Investitionsförderung. Damit soll klargestellt werden, dass die Strukturfondsförderung beschränkt

⁹ Vgl. auch BT-Drs. 18/5372, S. 52.

ist auf diejenigen Kosten, die auch im Rahmen des KHG förderungsfähig sind. 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 oder 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 KHSFV sind die Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder 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.

Nach § 12 Abs. 1 S. 6 können Fördermittel auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung dem Grunde nach förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen worden sind¹⁰.

Verfahrensfragen

¹⁰ Dazu weiterführend BT-Drs. 18/6586, S. 99; BR-Drs. 532/15, S. 14f.; *Stollmann*, o. Fn. 8, § 12 KHG Erl. V.2.

Bei dem Förderverfahren handelt es sich um ein mehrstufiges Verwaltungsverfahren, wobei die Letztentscheidungskompetenz beim Land liegt (vgl. nur § 13 S. 1 KHG)¹¹. Beteiligte des Verfahrens sind neben dem begünstigten Krankenhausträger und den Kostenträgern auch das Bundesversicherungsamt (BVA) als „Zahlstelle“ des Bundes. Das jeweilige Land muss bis zum 31. Juli 2017 einen Antrag auf Auszahlung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds beim BVA stellen (vgl. § 12 Abs. 1 S. 5 KHG, § 4 Abs. 1 S. 1 KHSFV). Die Antragsberechtigung für die Mittelbereitstellung liegt also ausschließlich beim Land, weder ein Krankenhausträger noch sonstige Dritte sind insoweit unmittelbar beim BVA antragsberechtigt. Freilich ändert dies nichts daran, dass es faktisch einer Kundgabe auf Förderung einer bestimmten Maßnahme gegenüber dem jeweiligen Land bedarf. Diese wird i.d.R. von einem bestimmten Träger ausgehen, ggfls. kann hier natürlich auch eine Anregung oder Aufforderung einer Landesbehörde vorausgehen.

Die Entscheidung muss „im Einvernehmen“ mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ergehen (§ 13 S. 1 KHG)¹². An das erklärte Einvernehmen der Kostenträger sind weder das Land noch – bei der Bereitstellung der Mittel – das BVA gebunden. Es ergibt sich daraus kein Hindernis, die Antragstellung (an das BVA) 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 Ersetzungsbefugnis¹³. Ein Förderbescheid, der ohne das erforderliche Einvernehmen erlassen wurde, ist rechtswidrig, jedoch nicht schon allein deshalb nichtig (§ 44 Abs. 3 Nr. 4 VwVfG). Die Fehlerhaftigkeit kann geheilt werden, wenn die versäumte Mitwirkung nachgeholt wird (§ 45 Abs. 1 Nr. 5 VwVfG).

Die Erklärung des Einvernehmens bzw. die Versagung ist mangels unmittelbarer rechtlicher Außenwirkung kein selbstständig anfechtbarer Verwaltungsakt. Damit scheidet bei Versagung des Einvernehmens eine Verpflichtungsklage auf Erteilung

¹¹ Vgl. auch BR/Drs. 532/15, S. 13, 17f.; *Stollmann*, o. Fn. 8, § 13 KHG Erl. II. 1.

¹² Zum Hintergrund vgl. *Stollmann*, o. Fn. 8, § 13 KHG Erl. II. 2.

¹³ Eingehend dazu *Stollmann*, o. Fn. 8, § 13 KHG Erl. II. 2.

des Einvernehmens aus, d.h. etwa dass der betroffene Krankenhausträger) unmittelbar auf Erlass eines Förderbescheides klagen muss. Im Zuge der Verpflichtungsklage gegen die Förderbehörde wird (inzident) über die Pflicht zur Erteilung des Einvernehmens entschieden¹⁴.

Durch den Gesamtzusammenhang des § 6 KHSFV wird deutlich, dass es im Rahmen des Verfahrens zweier Bescheide bedarf. Durch den sog. Auszahlungsbescheid (vgl. § 6 KHSFV) stellt das BVA den antragstellenden Ländern die Strukturfondsmittel zur Verfügung. Adressat des Auszahlungsbescheides ist ausschließlich das jeweils antragstellende Land, ein Verwaltungsrechtsverhältnis zwischen dem BVA und dem letztlich Begünstigten wird damit nicht begründet¹⁵. 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 krankenhauserische Beurteilung und Prüfung der einzelnen Vorhaben, die Beachtung der Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit, auch die Übereinstimmung der Fördermittelgewährung mit dem Wettbewerbsrecht und dem EU-Beihilfenrecht – 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 Krankenhausträger (vgl. auch § 6 Abs. 4 KHSFV). In jedem Fall aber treffen das BVA und das betreffende Land ihre jeweiligen Entscheidungen über die Bereitstellung von Fördermitteln unabhängig voneinander und in eigener Verantwortung¹⁶.

Entscheidungsspielräume

Nach § 13 S. 3 KHG besteht kein subjektiver Anspruch auf eine Förderung¹⁷. Dies unterscheidet die Gewährung einer Zuwendung aus Mitteln des Strukturfonds von einer entsprechenden Investitionsfinanzierung nach bisherigem Krankenhausrecht (vgl. §§ 4, 9 KHG). 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). Sollte im Verlaufe des Verfahrens – etwa weil die potentiellen Fördermaßnahmen die Summe des dem betreffenden

¹⁴ BVerwG, NVwZ 1986 S. 556; NVwZ-RR 1989 S. 6 f.

¹⁵ So auch BR-Drs. 532/15, S. 17; *Stollmann*, o. Fn. 8, § 13 KHG Erl. II.4.3.

¹⁶ Zur Prüfkompetenz des BVA vgl. *Stollmann*, o. Fn. 8, § 13 KHG Erl. II.4.1.

¹⁷ Vgl. auch Ziff. 9.5 UmwFR Bayern, o. Fn. 3.

Land zur Verfügung stehenden Finanzierungsrahmens übersteigen – eine Auswahlentscheidung notwendig werden, so bietet sich eine entsprechende Anwendung des § 8 Abs. 2 KHG an.

Kriterien für die Abwägung können in diesem Zusammenhang etwa sein: eine Eigenbeteiligung des Krankenhausträgers, der Grad des Beitrags zur Strukturbereinigung (Abbau von Versorgungskapazitäten, Reduzierung des Vorhaltungsaufwandes) oder der Grundsatz „Schließung vor Umwandlung“. Letztlich kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an, eine pauschalierende Betrachtungsweise verbietet sich¹⁸. 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). 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)¹⁹.

Im Rahmen des Förderbescheids muss auch die Verknüpfung mit dem Krankenhausplanungsrecht erfolgen. Soweit planungsrechtliche Aspekte nicht vor Erlass des Förderbescheides abschließend und verbindlich geklärt sind, lässt sich die Zielsetzung in vergleichbarer Weise durch die Beifügung geeigneter Nebenbestimmungen erreichen. So etwa durch eine Auflage oder auflösende Bedingung (vgl. § 36 Abs. 2 Nrn. 2 oder 4 VwVfG), mit der der Bestand des Förderbescheides und die Auszahlung der bewilligten Fördermittel von der Durchführung und Finalisierung eines Planungsverfahrens und der (teilweisen) Herausnahme aus dem Krankenhausplan abhängig gemacht und mit dem die Krankenhausplanung verbindlich gesichert wird.

¹⁸ aA offenbar *Jendges / Augurzky / Hacker*, f & w 2016 S. 144, 146f. mit dem Vorschlag eines Punkteschemas.

¹⁹ BR-Drs. 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.

Normative Grundlagen

- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015, BGBl. I S. 2229
- Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV) vom 17. Dezember 2015, BGBl. I S. 2350 (vgl. dazu BR-Drs. 532/15)
- Richtlinie zur Förderung der Umwandlung von Krankenhäusern (Umwandlungsförderrichtlinie – UmwFR) vom 19. Juli 2016, FMBl. (Bayern) 2016 S. 179

Weiterführende Literatur

- *Jendges / Augurzky / Hacker*, Krankenhausstrukturfonds: Nur keine Häppchen, f & w 2016 S. 144
- *Rau*, Das KHSG in der Gesamtschau, das Krankenhaus 2015 S. 1121 (1136f.)
- *Stollmann*, in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz u.a., 57. Lfg. April 2016, Erläuterungen zu den §§ 12 bis 15 KHG
- *Szabados*, Krankenhausstrukturgesetz, ZMGR 2016 S. 154 (159f.)

Ltd. Ministerialrat Dr. Frank Stollmann

c/o Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1

40213 Düsseldorf

E-Mail: frank.stollmann@mgepa.nrw.de