

**Gemeinsame Ergebnisse der Bund-Länder-Besprechung**  
**zum Krankenhausstrukturfonds**  
**am 18. Mai 2016**

In der Bund-Länder-Besprechung zum Krankenhausstrukturfonds sind die Beteiligten im Sinne einer Orientierungshilfe für praktische Umsetzungsfragen zu nachfolgenden gemeinsamen Ergebnissen gekommen.

**I. Allgemeines zur Förderungsfähigkeit**

1. Förderungsfähige Vorhaben

Nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 KHG darf die Umsetzung eines Vorhabens am 1.1.2016 noch nicht begonnen haben. Als Vorhabenbeginn gilt nach § 1 Abs. 2 Satz 2 KHSFV der Abschluss von der Ausführung zuzurechnenden Verträgen. Der Zeitpunkt der planerischen Entscheidungen ist unerheblich.

Schließungs-, Konzentrations- und Umwandlungsvorhaben sind nach § 1 Abs. 1 KHSFV nur förderfähig, wenn mindestens eine Abteilung betroffen ist. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Vorhaben einen spürbaren strukturverbessernden Effekt haben. Der Begriff der Krankenhausabteilung ist bundesgesetzlich nicht definiert. Zur Auslegung dieses Begriffs können daher auch landesrechtliche Festlegungen herangezogen werden. Auf Grund der Zwecksetzung der Regelung ist allerdings maßgeblich, dass durch die Schließung, Konzentration oder Umwandlung von organisatorisch abgrenzbaren Einheiten ein spürbarer strukturverbessernder Effekt eintritt. Daher kommen Umstrukturierungen unterhalb der Abteilungsebene oder von Abteilungen mit sehr geringer Versorgungsrelevanz für die Förderung mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds ebensowenig in Betracht wie Umstrukturierungen von nicht fachbezogenen Organisationseinheiten.

Macht die Durchführung eines förderungsfähigen Vorhabens Folgemaßnahmen erforderlich, die nicht förderungsfähig sind (z. B. Sanierungsmaßnahmen), sind diese nicht mit Mitteln des Strukturfonds förderfähig, da hiervon kein strukturverbessernder Effekt ausgeht.

## 2. Ko-Finanzierung aus Landesmitteln

Nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KHG trägt das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 % der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens. Eine ausdrückliche Mindestgrenze für den Anteil, den das Land zu tragen hat, enthält die Regelung nicht.

Eine ausschließliche Ko-Finanzierung durch den Träger ist im Ergebnis unzulässig; sie wäre keine Finanzierung „gemeinsam mit dem Träger“ und auch keine Finanzierung, bei der das Land „Kosten trägt“. Die Gesetzesbegründung, wonach das Land den Träger an der Finanzierung beteiligen kann, legt nahe, Förderungsfähigkeit dann anzunehmen, wenn das Land den überwiegenden Anteil der Ko-Finanzierung trägt, und den Träger mit einem geringeren Anteil beteiligt. Danach ist grundsätzlich eine Kostenbeteiligung des Landes in Höhe von mindestens 25% der förderungsfähigen Kosten erforderlich. Andernfalls bestünde eine Konstellation, dass das Land sich an der Finanzierung durch den Träger beteiligt, was der Intention des Gesetzgebers nicht entspräche.

Nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3b KHG sind die durchschnittlichen Haushaltsmittel eines Landes für die Investitionsförderung der Jahre 2012 bis 2014 bzw. die Mittel des Jahres 2015 um den Ko-Finanzierungsbetrag zu erhöhen. Als Erhöhungsbetrag sind die vom Land als Ko-Finanzierung aufgebrauchten Mittel einzustellen („die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2“). Stellt ein Land darüber hinaus weitere Mittel zur Finanzierung eines Vorhabens bereit, sind die Investitionsfördermittel der Jahre 2012 bis 2014 bzw. des Jahres 2015 nicht um diese zusätzlichen Mittel zu erhöhen. Ebenso wenig ist bei der Berechnung des Erhöhungsbetrags der vom Krankenhausträger nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KHG getragene Anteil an den förderfähigen Kosten eines Vorhabens dem Erhöhungsbetrag des Landes nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3b KHG hinzuzurechnen.

Eine Beteiligung der Kommunen an der Ko-Finanzierung ist zum einen in ihrer Eigenschaft als Träger der zu fördernden Einrichtung möglich. Ist im jeweiligen Landeskrankengesetz vorgesehen, dass die Kommunen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs immer einen Teil der Investitionsförderung tragen, wird darüber hinaus eine Beteiligung der Kommunen an der Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben durch § 12 KHG nicht ausgeschlossen. Auch die Beteiligung der Kommunen an der Investitionsförderung gilt als Ko-Finanzierungsanteil des Landes im Sinne von § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KHG.

### 3. Förderungsfähige Kosten

Zu den förderungsfähigen Schließungskosten gehören auch die Kosten für die Ablösung eines Darlehens, das der Krankenhausträger in der Vergangenheit aufgenommen hat, um Investitionsvorhaben zu finanzieren.

Nach § 2 Abs. 1 KHSFV sind die vom Land zurückgeforderten Mittel der Investitionsförderung nicht förderfähig. Dies gilt unabhängig davon, um welche Art von förderungsfähigen Vorhaben es sich handelt. Hierdurch wird vermieden, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds vom Krankenhausträger dazu verwendet werden, den Rückzahlungsanspruch des Landes hinsichtlich von Investitionsfördermitteln zu befriedigen. Dies wäre auch dann der Fall, wenn ein Land zwar seinen Anteil an der Ko-Finanzierung erbringt, gleichzeitig aber in der Vergangenheit gezahlte Investitionsfördermittel vom Krankenhausträger zurückfordert. Im wirtschaftlichen Ergebnis würde sich diese Konstellation nicht von einer Fallgestaltung unterscheiden, in der ein Land den Rückforderungsanspruch auf seine Ko-Finanzierung anrechnet. Dies soll aber durch § 12 Abs. 2 Satz 3, letzter Halbsatz KHG ausgeschlossen werden. Gleiches gilt auch, wenn nur Teile eines Krankenhauses geschlossen werden oder die Gebäudeteile anderweitig wirtschaftlich genutzt werden. Im wirtschaftlichen Ergebnis würde der Krankenhausträger vom Land nur eine um den zurückgeforderten Betrag gekürzte Ko-Finanzierung erhalten.

Beauftragt ein Land Dritte (z. B. Sachverständige, Architekten, Wirtschaftsprüfer, Personal nachgeordneter Landesbehörden) mit der Abwicklung von Fördermaßnahmen, weil die vorhandenen Personalressourcen nicht ausreichen, können die hierdurch entstandenen Kosten nicht aus Mitteln des Strukturfonds gefördert werden. Dies entspricht der bisherigen Praxis, wonach im Rahmen der Investitionsförderung entsprechende Kosten dem Krankenhausträger nicht in Rechnung gestellt werden.

## II. Förderung von Krankenhausumwandlungen

### 1. Vereinbarkeit mit EU-Beihilfenrecht

Werden die Mittel des Krankenhausstrukturfonds und die Ko-Finanzierungsmittel der Länder dazu verwendet, ein durch eine förderfähige Konzentrationsmaßnahme frei gewordenes Krankenhausgebäude einer ebenfalls förderfähigen Nachfolgenutzung (z. B. Arztpraxen, MVZ, Pflegeheim) zuzufüh-

ren und die hierfür erforderlichen Baumaßnahmen durchzuführen, ist zu beachten, dass sich beihilfenrechtsrelevante Wettbewerbskonstellationen ergeben können.

Dies gilt auch unabhängig davon, wer Träger oder Betreiber der geförderten Nachfolgeeinrichtung ist, da als „Unternehmen“ im Sinne des Europäischen Wettbewerbsrechts sämtliche Beihilfenempfänger – unabhängig von ihrer Rechtsform – anzusehen sind, die Dienstleistungen auf einem Markt anbieten. D.h. auch wenn das Krankenhaus selbst nach Umwandlung Träger einer Altenpflegeeinrichtung ist und die Umwandlung eine veränderte Infrastruktur schafft, könnte dies möglicherweise als wettbewerbsrelevante „Starthilfe“ anzusehen sein.

Ein beihilfenrechtsrelevanter Vorteil, d.h. eine selektive Begünstigung aus staatlichen Mitteln kann entstehen, wenn der staatlichen Förderung für die Umwandlung aus dem Strukturfonds keine marktgerechte Gegenleistung gegenübersteht. Auch wenn der Träger der zu fördernden Einrichtung zur Finanzierung der Maßnahme beigetragen hat, entfällt nicht bereits hierdurch der begünstigende Charakter der Maßnahme, sodass in der Regel von einem solchen beihilfenrechtsrelevanten Vorteil auszugehen sein dürfte, wenn die Länder entsprechende Mittel für eine Umwandlung zur Verfügung stellen. Nur wenn der Vergleich mit einem marktwirtschaftlich handelnden privaten Investor (sog. „private investor test“) ergibt, dass dieser in einer vergleichbaren Situation genauso gehandelt hätte (wenn z.B. eine Veräußerung entsprechender Gebäudeteile zu einem Marktpreis nur möglich ist, wenn diese vorher entsprechend umgewandelt werden und dafür Mittel aus dem Strukturfonds benötigt werden), würde kein solcher Vorteil entstehen.

Eine drohende Wettbewerbsverfälschung ist schon dann zu bejahen, wenn die Förderung der Umwandlung die Wettbewerbsfähigkeit (beispielsweise eines MVZ oder einer Altenpflegeeinrichtung) stärkt. Diesbezüglich ist auch insbesondere auf die bereits bestehende Wettbewerbssituation zwischen öffentlich getragenen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu verweisen, wenn Krankenhäuser sich durch Gründung von MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligen. Ein in der Trägerschaft eines Krankenhauses stehendes MVZ darf weder direkt noch indirekt Vorteile durch die von den Ländern gewährte Investitionsförderung oder durch die von den Kommunen gewährten Defizitausgleiche erlangen.

Eine mögliche Beeinträchtigung des innergemeinschaftlichen Handels ist immer dann anzunehmen, wenn sich die Beihilfe nicht ausschließlich auf den Wettbewerb innerhalb eines Mitgliedstaats auswirkt. Da Gesundheitsdienstleistungen grundsätzlich auch grenzüberschreitend erbracht werden können, ist eine zumindest potentielle Beeinträchtigung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten anzunehmen.

Somit ist grundsätzlich der Anwendungsbereich des Art. 107 AEUV eröffnet. Eine beihilfenrechtskonforme Ausgestaltung dürfte hier aber insbesondere der DAWI-Freistellungsbeschluss: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:007:0003:0010:DE:PDF> ermöglichen, jedenfalls wenn eine bestimmte DAWI-fähige Nachfolgenutzung gefördert werden soll. Hierfür wäre dann aber erforderlich, dass über das gewünschte Ziel des Abbaus von Überkapazitäten hinaus auch die Folgenutzung, d.h. die nicht-akutstationäre Dienstleistung, die in dem ehemaligen Krankenhausgebäude angeboten werden soll, als DAWI qualifiziert und entsprechend förderfähig ist.

Nach dem DAWI-Freistellungsbeschluss kommt insbesondere Art. 2 Abs. 1 lit. c) in Betracht: „Ausgleichsleistungen für die Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zur Deckung des sozialen Bedarfs im Hinblick auf Gesundheitsdienste und Langzeitpflege, Kinderbetreuung, den Zugang zum und die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, den sozialen Wohnungsbau sowie die Betreuung und soziale Einbindung sozial schwacher Bevölkerungsgruppen“. Zur Orientierung wird auf die entsprechende Auslegungs- und Anwendungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit verwiesen: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/F/Finanzierung\\_der\\_Daseinsvorsorge/2014-02-05\\_Handreichung\\_DAWI\\_mit\\_Deckblatt.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/F/Finanzierung_der_Daseinsvorsorge/2014-02-05_Handreichung_DAWI_mit_Deckblatt.pdf)

Hinzuweisen ist schließlich darauf, dass die Beachtung der EU-beihilfenrechtlichen Voraussetzungen der beihilfengewährenden Stelle obliegt und diese auch für die Erfüllung der formellrechtlichen Vorgaben verantwortlich ist.

## 2. Prüfung von Zulässigkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Nachfolgenutzung

Auszuschließen ist, dass Mittel des Krankenhausstrukturfonds zur Förderung von Umwandlungsmaßnahmen verwendet werden, obwohl sich die geförderte Nachfolgenutzung nicht oder nicht in dem vorgesehenen Umfang realisieren

lässt, weil sie entweder unzulässig ist oder hierfür kein Bedarf besteht. Die Prüfung von Zulässigkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Nachfolgenutzung führt daher jedes Land schon in eigenem Interesse durch, damit nicht mit den Mitteln der Ko-Finanzierung des Landes Vorhaben gefördert werden, die später nicht oder nicht ausreichend genutzt werden können. Ist etwa die Umwandlungsmaßnahme mit einem Bettenaufbau verbunden, ist zu prüfen, ob der höhere Bedarf tatsächlich besteht. Wie ein Land sich seine Auffassung zur Zulässigkeit und Bedarfsgerechtigkeit bildet, unterliegt dem Verantwortungsbereich der Länder und hängt von den Umständen des konkreten Einzelfalls ab.

### **III. Förderung von Konzentrationsmaßnahmen**

Unerheblich für die Förderungsfähigkeit einer Konzentrationsmaßnahme ist, ob die Maßnahme sich auf Einrichtungen eines oder mehrerer rechtlich selbständiger Krankenhausträger bezieht, oder ob sie eines oder mehrere Krankenhäuser zum Gegenstand hat. Auch enthält die KHSFV keine Vorgaben für eine Mindest- oder Höchstentfernung der betroffenen Krankenhausstandorte. Im Rahmen der Konzentrationsförderung schließt auch ein fehlender Abbau von Bettenkapazitäten die Förderungsfähigkeit nicht aus, da insoweit auch eine Verringerung von Vorhaltungsaufwand förderungsfähig ist.

### **IV. Antragsverfahren, Prüf- und Nachweispflichten**

Die Gestaltung des Antragsverfahrens im Verhältnis zu den Krankenhausträgern unterliegt der Verfahrenshoheit des einzelnen Landes.

Gegen nachträgliche Erhöhungen von beantragten Fördermitteln, etwa auf Grund von nicht vorhergesehenen Kostensteigerungen, sprechen keine durchgreifenden Gesichtspunkte, sofern das Land seinen Anteil am Königsteiner Schlüssel noch nicht ausgeschöpft hat. Gleiches gilt für nachträgliche Verringerungen beantragter Fördermittel, etwa auf Grund von Kostenminderungen oder um Kostensteigerungen bei anderen Vorhaben, für die ein Antrag gestellt und bewilligt worden ist, Rechnung zu tragen.

Da es sich bei der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht um ein Sondervermögen des Bundes im Sinne des § 113 BHO handelt, sind die Vorgaben der Bundeshaushaltsordnung für die Prüfung der Verwendungsnachweise der Fördermittel nicht analog anwendbar. Daher genügt als Verwendungsnachweis nach § 8 Abs. 2

KHSFV ein - hinreichend aussagekräftiges - Testat des Wirtschaftsprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.