



**Stellungnahme**  
des  
**Marburger Bund Bundesverbandes**

zur  
Formulierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit

**Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser  
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)**  
(Stand Formulierungshilfe: 06.08.2020)

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Tel. 030 746846 – 0  
Fax 030 746846 – 16  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 14. August 2020

## **Allgemeine Bewertung**

Mit der vorliegenden Formulierungshilfe soll ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser für eine modernere und bessere Ausstattung der Krankenhäuser in den Jahren 2022 bis 2024 umgesetzt werden. Das Programm sieht einen Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 3 Mrd. Euro und eine Ko-Finanzierung geförderter Vorhaben in Höhe von 30 Prozent vor. Die Ko-Finanzierung kann ausschließlich durch die Länder oder unter finanzieller Beteiligung der Krankenhausträger erfolgen. Insgesamt umfasst das Förderprogramm bis zu 4,3 Mrd. Euro über die gesamte Laufzeit. Der Zukunftsfonds soll beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angesiedelt sein. Über die Vergabe der Fördermittel entscheiden die Länder auf Antrag der Krankenhäuser.

Der Marburger Bund begrüßt das geplante Zukunftsprogramm. Er sieht bereits seit längerem die Notwendigkeit eines staatlichen Sonderprogramms für die Modernisierung der Krankenhaus-IT in Deutschland. Eine vom Marburger Bund bereits im Jahr 2017 durchgeführte Ad-hoc-Umfrage zur digitalen Ausstattung zeigte, dass die IT-Struktur in deutschen Krankenhäusern nicht adäquat und zukunftsfähig ist und hier dringender Investitionsbedarf durch ein Sonderförderprogramm besteht.

Die vorgesehene finanzielle Beteiligung des Bundes wird ausdrücklich begrüßt. In erfreulicher Klarheit analysiert die Formulierungshilfe die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder und ihre Folgen für die Strukturen der Krankenhäuser. Nach wie vor belasten die zunehmend eigenmittelfinanzierten Investitionen die Krankenhausbudgets. Die dadurch gebundenen Mittel fehlen an anderer Stelle und gehen hauptsächlich zu Lasten der für die Patientenversorgung notwendigen Personalausstattung.

Allerdings sollte sich das Engagement nicht in einem einmaligen Förderprogramm erschöpfen. Insbesondere mit Blick auf notwendige Strukturveränderungen in der Krankenhausversorgung, die neben regionalen Aspekten aus unserer Sicht auch bundesweit einheitlicher Standards und Rahmenvorgaben bedürfen, sollten die Bundesländer und der Bund eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten zukünftig gemeinsam sicherstellen.

## **Digitaler Sicherstellungsauftrag**

Dafür spricht auch, dass die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zukünftig auch deren digitale Strukturen umfassen soll. Auch wenn der Begriff Nachhaltigkeit in § 1 Abs. 1 KHG selbst nicht verwendet wird, zielt die dort getroffene Regelung in ihrer Kombination von Wirtschaftlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit auf ein Ziel ab, das dem Konzept der Nachhaltigkeit jedenfalls dann entspricht, wenn man noch die Zeitkomponente hinzunimmt. Mit Blick auf die schon zum Substanzerhalt unzureichende Finanzierung durch die Länder ist die Änderung im KHG aus unserer Sicht nur dann sinnvoll, wenn der Bund sich auf Dauer an der Investitionskostenfinanzierung beteiligt. Wir betrachten die vorgesehene Ergänzung des Sicherstellungsauftrags im KHG daher als ein Zeichen einer geplanten Verstärkung der Beteiligung des Bundes an der Finanzierung.

## **Ziele der Digitalisierung**

Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern muss der Verbesserung der Gesundheitsversorgung dienen. Das ist aus unserer Sicht der Fall, wenn sie zum Wohle des Patienten und zum Wohle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne einer effektiveren und effizienteren Berufsausübung eingesetzt wird. Eine entsprechende Zielsetzung kommt in der Begründung der Formulierungshilfe zu § 1 KHG zum Ausdruck. Darin heißt es, dass eine zukunftsgegenwärtige wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten maßgeblich auch durch Digitalisierung und Innovation zu erreichen ist. Digitalisierung muss vom Anwender her gedacht werden. Nutzung (Verfügbarkeit und Nutzungsgrad), Nutzbarkeit (Usability) und Nutzen (Wirkung) von eHealth-Lösungen bezogen auf klinische wie sektorübergreifende Prozesse sind die relevanten Kriterien für die Digitalisierung. Gerade die Digitalisierung sei es, die im beruflichen Alltag der Leistungserbringer mehr Zeit für die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten schaffen kann. Die Ziele der Digitalisierung sollten dahingehend aus unserer Sicht in der Formulierungshilfe durchgehend geschärft werden.

## **Auswahl der Förderschwerpunkte**

Die im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 14a Abs. 1, Nrn. 1-4 KHG) vorgesehenen Förderschwerpunkte, die durch den Krankenhauszukunftsfonds finanziert werden sollen, werden von uns grundsätzlich begrüßt.

Bemerkenswert ist die Konkretisierung daraus abgeleiteter förderungsfähiger Vorhaben (§ 19 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung). Die Auflistung zeigt, woran es den Krankenhäusern mangelt, deutet die Komplexität der Aufgabe an und ist zugleich ein Offenbarungseid für die bisherige Digitalisierung der Krankenhäuser in Deutschland. Hier bedarf es einer politischen Priorisierung der einzelnen Maßnahmen auf Basis einer Analyse des aktuellen Stands der Digitalisierung in den Krankenhäusern. Die Sachstandsfeststellung in jedem Krankenhaus ist gleichzeitig Ausgangspunkt für die Einleitung von krankenhausespezifischen Digitalisierungsprozessen. In den Krankenhäusern sollen IT-Beiräte eingerichtet werden, die aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der Pflege sowie der IT-Abteilungen bestehen und die Prozesse begleiten.

Wir begrüßen die ausdrückliche Erwähnung der Informationssicherheit und die Festlegung, dass 15 Prozent der bewilligten Fördermittel für IT-Sicherheit eingesetzt werden müssen.

Bei der Bereitstellung von ausreichenden Schutzvorkehrungen darf es keine Unterschiede zwischen Maximalversorgern und Krankenhäusern der Regel- und Grundversorgung geben. Alle Krankenhäuser müssen als besonders schutzwürdige kritische Infrastrukturen im Gesundheitswesen eingestuft werden. Bisher werden nur Krankenhäuser oberhalb des Schwellenwerts von 30.000 vollstationären Fällen pro Jahr als kritische Infrastruktur (KRITIS) eingestuft. Aktuell erreichen rund zehn Prozent der Krankenhäuser in Deutschland den Schwellenwert und sind beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) als Betreiber Kritischer Infrastrukturen registriert. Von der KRITIS-Einstufung hängt auch die Frage ab, welche Investitionsmittel zum Schutz vor Hacker-Attacken auf Medizingeräte und Patientendaten bereitgestellt werden. Die vom BSI geforderten Mindeststandards müssen in der gesamten vollstationären medizinischen Versorgung zur Anwendung kommen. Deshalb

sollte der Schwellenwert entfallen, der die Einstufung als kritische Infrastruktur nach der Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle pro Jahr bemisst. Wir plädieren dafür, die Einstufung im Zuge dieses Gesetzesvorhabens zu ändern.

Wir begrüßen die begleitende Evaluierung der Fördermaßnahmen durch die Feststellung des digitalen Reifegrads aller Krankenhäuser (§ 14b KHG). In der Formulierungshilfe wird allerdings nicht näher präzisiert, welche Reifegradmodelle zur Messung des Digitalisierungsgrads in Krankenhäusern bei der Auswahl der Förderschwerpunkte berücksichtigt wurden bzw. künftig genutzt werden sollen. Mit den bisher bekannten Reifegradmodellen findet eine externe Betrachtung statt, ohne dass in relevanter Weise Anwenderinnen und Anwender bei der Beurteilung der digitalen Reife eines Krankenhauses beteiligt werden. Aus diesem Grund hat der Marburger Bund im Jahr 2019 gemeinsam mit dem Bundesverband Gesundheits-IT mit „Check IT“ ein Analysetool zur Bestimmung des digitalen Reifegrades eines Krankenhauses aus der Nutzerperspektive entwickelt. Ärztinnen und Ärzte erhalten damit die Möglichkeit, eine Nutzenbewertung digitaler Lösungen in klinischen Prozessen vorzunehmen. Dabei geben sie Auskunft über die Nutzung, die Nutzbarkeit und den Nutzen von IT-Lösungen in klinischen Arbeitsprozessen. Im Gesamtergebnis werden klinische Prozesse nur teilweise und lückenhaft durch IT unterstützt, einerseits aufgrund fehlender Verfügbarkeit, andererseits aufgrund eines Nebeneinanders von analogen und digitalen Prozessen oder einer unzureichenden Funktionalität zur vollständigen Prozessunterstützung.

Die Teilnehmenden bemängeln die Nutzerfreundlichkeit von Hard- und Software, vielfach gelten ihnen die digitalen Arbeitsmittel als veraltet. Auch die unzureichende sektorenübergreifende Vernetzung wird als sehr hinderlich wahrgenommen. Auffallend ist, dass die Teilnehmenden vor allem bei der Bewältigung von Dokumentationsaufgaben schon jetzt eine erhebliche Entlastung durch digitale Anwendungen erfahren. Zudem sind IT-Lösungen eine große Hilfe bei organisatorischen Prozessen und beim Austausch von Daten. Es steht also ein speziell für die deutschen Krankenhäuser entwickeltes Tool zur Verfügung, mit dem bereits Daten erhoben wurden. Es wurde von IT-Fachleuten zusammen mit Ärztinnen und Ärzten entwickelt und könnte für die Evaluierung im Sinne des KHZG weiterentwickelt werden.

Check IT-Onlineportal: [www.mb-checkit.de](http://www.mb-checkit.de)

### **Moderne Notfallkapazitäten**

Wir teilen die Ausführungen in der Formulierungshilfe, dass der Investitionsbedarf für moderne Notfallstrukturen nicht allein digitalen Lösungen umfasst, sondern in erheblichem Maße die Schaffung der notwendigen räumlichen Infrastruktur.

Die Inhalte der Modernisierung der Notfallkapazitäten bleiben in dem Entwurf allerdings unklar und sollte präzisiert werden. Dies betrifft insbesondere die geplanten Formulierungen im KHG und in der KHSFV, die unterschiedlich und zum Teil auslegungsbedürftig sind. So heißt es in § 14a KHG Krankenhauszukunftsfonds: „moderne Notfallkapazitäten, räumlich wie in der investiven Ausstattung“ während § 19 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung in Nr. 1 von der „Anpassung von Notaufnahme eines Krankenhauses an den Stand der Technik“ spricht.

Es wird nicht deutlich, ob sich die finanzielle Modernisierung allein auf die krankenhauserinterne Infrastruktur entsprechend den vom G-BA aufgestellten Notfallstufen für die stationäre Notfallversorgung beziehen soll. Die Herausforderung in der Notfallversorgung liegt aus unserer Sicht ebenso in der sektorenübergreifenden Gestaltung der ambulanten Notfallversorgung, in die die Krankenhäuser maßgeblich einbezogen sind. Deshalb sieht der Strukturfonds (§ 12a KHG) auch Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen vor. Diese Regelung soll allerdings gestrichen werden, ohne dass diese Wortgleich in den neuen Krankenhauszukunftsfonds übernommen wird.

Auch vor diesem Hintergrund erachten wir es nicht für zielführend, dass eine Förderung von Maßnahmen in Bezug auf Notfallkapazitäten künftig nur noch aus den Mittel des geplanten Krankenhauszukunftsfonds möglich sein soll.

### **Verteilung der Fördermittel**

Der Entwurf zum Krankenhauszukunftsgesetz sieht vor, den Krankenhausstrukturfonds um weitere zwei Jahre bis Ende 2024 zu verlängern und die Fördermittel aus dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser analog zu den Regeln des Strukturfonds zu verteilen. Dies betrachten wir als einen grundsätzlich gangbaren Weg, auch dass die Hochschulklinika partizipieren können.

Die vorgesehene Finanzierungsbeteiligung der Länder in Höhe von jeweils 30 Prozent der Fördermittel begrüßen wir. Die Möglichkeit einer alleinigen Übernahme der Ko-Finanzierung durch einzelne Krankenhausträger lehnen wir ab, da damit einseitig finanzstarke Kliniken bevorzugt werden. Die finanzielle Ausstattung einer Klinik ist keinesfalls mit der Bedarfsgerechtigkeit gleichzusetzen. Insofern sollten potentiell alle Kliniken die Möglichkeit erhalten, ihre Strukturen im Bereich der Notfallversorgung und der Digitalisierung durch ein bundesweites Förderprogramm zu verbessern.

Wir geben zu bedenken, dass Krankenhäuser, die bislang schon viel in die Digitalisierung investiert haben gegenüber denjenigen, die gar nicht investiert haben, benachteiligt sind, weil der Entwurf nicht auf den Digitalisierungsstand abstellt. Um Anreize zu schaffen, sollten die Zahlungen an den Digitalisierungsstand der Kliniken geknüpft werden.

Eine Quotierung der Mittel für die Digitalisierung und die Notfallversorgung bezogen auf das jeweilige Bundesland wäre aus unserer Sicht zu begrüßen, um eine mögliche einseitige Förderung zu verhindern.

### **Fördermittel nicht ausreichend**

Die geplanten förderungsfähigen Vorhaben sind sehr ambitioniert. Die Mittel in Höhe von insgesamt 4,3 Mrd. Euro werden dafür bei weitem nicht ausreichen. Dies betrifft insbesondere die beiden Förderschwerpunkte Digitale Infrastruktur und moderne Notfallkapazitäten der Krankenhäuser.

Aufgrund des derzeitigen digitalen Reifegrades sind aus unserer Sicht allein für eine Modernisierung der IT in den Krankenhäusern finanzielle Mittel in Höhe von mindestens 10 Mrd. Euro in den nächsten 6 Jahren erforderlich. Umgerechnet auf den in der Formulierungshilfe vorgesehenen Förderzeitraum von zwei Jahren, würden die vorgesehenen Bundesmittel diesem Erfordernis zwar Rechnung tragen. Der erhebliche Investitionsbedarf in moderne Notfallkapazitäten, der Aufbau telemedizinischer Netzwerke, oder die baulichen Erfordernisse im Falle einer Pandemie sind davon aber nicht umfasst. Hinzu kommt, dass mindestens 15 Prozent der beantragten Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit verwendet werden sollen.

Die kurze Laufzeit des Förderprogramms von zwei Jahren hat aus unserer Sicht den Charakter einer Anschubfinanzierung. Gerade in der IT sind aber erhebliche laufende Kosten wie zum Beispiel für Upgrades, Wartungskosten und regelmäßige Neuanschaffungen zu finanzieren. Für die Folgezeit nach Auslaufen des Krankenhauszukunftsfonds müssten daher andere Wege der Finanzierung gefunden werden.

Nach der Formulierungshilfe haben Krankenhäuser zudem keinen Anspruch auf Förderung. Wir gehen davon aus, dass zahlreiche Krankenhäuser leer ausgehen werden, weil die Fördermittel aufgebraucht sind.

## **Zu den Schwerpunkten des Referentenentwurfes im Einzelnen**

### **Zu Artikel 1**

### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)**

#### **Zu Nr.1 (§ 1 Abs. 1)**

§ 1 Absatz 1 soll wie folgt ergänzt werden: *„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digitalen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“*

Wie bereits eingangs ausgeführt, ist die Ergänzung nur dann sinnvoll, wenn die Finanzierung auf Dauer sichergestellt wird.

### **Zu Nr. 3 (§ 12a)**

#### **Zu Absatz 1 Satz 4 – Streichung Nr. 2 „Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen“**

Vorhaben, die die Förderung von Maßnahmen in Bezug auf Notaufnahmen zum Gegenstand haben, können laut Formulierungshilfe künftig nur noch aus Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds gefördert werden. Wie bereits in unserer allgemeinen Bewertung ausgeführt, wird die Formulierung aber nicht identisch in die Regelungen zum Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a KHG und § 19 KHSFV) übernommen. Das führt zu Unklarheiten bezüglich des Inhaltes künftiger Förderung und sollte geändert werden.

Wir halten es für rechtlich bedenklich, dass Förderanträge, die Länder bereits im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds gestellt haben, nur als Anträge zur Förderung aus dem Krankenhauszukunftsfonds weiterverfolgt werden können. Dadurch würde die Finanzierungsgrundlage geändert. Der geltende Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von 2 Mrd. Euro wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und den antragstellenden Bundesländern finanziert. Nach den geltenden Regelungen des Strukturfonds II muss der Anteil der Ländermittel an den Projekten mindestens 25 Prozent betragen. Der Krankenhauszukunftsfonds wird dagegen mit 3 Mrd. Euro aus den Haushaltsmitteln des Bundes gespeist und sieht eine Ko-Finanzierung in Höhe von 30 Prozent vor.

### **Zu § 14a (NEU) Krankenhauszukunftsfonds**

#### **Zu Abs.1: Förderzweck**

Die vorgesehenen Förderzwecke werden von uns grundsätzlich begrüßt. Klarstellungsbedarf sehen wir

#### **zu Nr. 1 Moderne Notfallkapazitäten, räumlich wie in der investiven Ausstattung**

Auf die vom bisherigen § 12a Abs. 1 KHG abweichende Formulierung hatten wir bereits hingewiesen.

Unklar ist, was unter dem Begriff „modern“ zu verstehen ist. In der Begründung wird dann auf den Stand der Technik verwiesen. Auch hierbei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Soweit damit „anerkannte Regeln der Technik“ oder „allgemein anerkannte Regeln der Technik“ gemeint sein soll, wäre eine entsprechende Klarstellung erforderlich.

#### **Zu § 14b (NEU) – Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser**

Die Messung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser soll laut Begründung auf der Grundlage einer strukturierten Selbsteinschätzung erfolgen.

Bei der Feststellung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser muss die Sichtweise derjenigen berücksichtigt werden, die als Anwenderinnen und Anwender am besten beurteilen können, welche digitalen Lösungen ihren Arbeitsalltag und damit auch die Versorgung insgesamt verbessern können. Die strukturierte Selbsteinschätzung darf sich nicht darin

erschöpfen, dass Geschäftsführungen ohne Rücksprache mit Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften darüber entscheiden, welche Maßnahmen umgesetzt werden. Das von uns beschriebene Analysetool „Check IT“ hat von Anfang an diesen Ansatz verfolgt, die Expertise der Anwenderinnen und Anwender bei der Entwicklung und Beschaffung digitaler Produkte direkt einzubeziehen.

## **Zu Artikel 2** **Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung**

### **Teil 3 - Förderung nach § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

#### **§ 19 - Förderungsfähige Vorhaben**

##### **Zu Absatz 1:**

Hier bedarf es ggf. einer politischen Priorisierung. So aufschlussreich die konkrete Benennung der anzugehenden Prozesse und Strukturen ist, so sehr wird deutlich, dass mit den zur Verfügung gestellten Mitteln nicht alle notwendigen Veränderungen gleichzeitig angegangen werden können.

##### **Zu Nr. 1: Anpassung von Notaufnahme eines Krankenhauses an den Stand der Technik**

Auf die vom bisherigen § 12a Abs. 1 KHG abweichende Formulierung hatten wir bereits hingewiesen.

Bei der Formulierung „Stand der Technik“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Soweit damit „anerkannte Regeln der Technik“ oder „allgemein anerkannte Regeln der Technik“ gemeint sein soll, wäre eine entsprechende Klarstellung erforderlich.

##### **Zu Nr. 8 IVENA**

Der Marburger Bund begrüßt die geplante Förderungsfähigkeit des Interdisziplinären Versorgungsnachweises IVENA. Solche Systeme sind insbesondere Voraussetzung für eine integrative Notfallversorgung, worauf der Marburger Bund im gemeinsamen Konzept mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingewiesen hat.

Laut Begründung des Entwurfs nutze die überwiegende Mehrzahl der Bundesländer bereits ein derartiges System. Die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage FDP vom 06.03.2020 ergibt hier allerdings ein anderes Bild:

Demnach nutzen sechs Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt) IVENA flächendeckend, nahezu flächendeckend oder führen die flächendeckende Nutzung bis Ende 2020 ein. Zwei Länder (Bayern und Sachsen) nutzen IVENA in einigen Regionen.



Drei Länder (Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein) nutzen IVENA derzeit noch nicht, befinden sich jedoch in intensiven Planungen zur Einführung des Systems. Fünf Länder (Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen) nutzen IVENA nicht. Es werden dort teilweise alternative Systeme genutzt (insb. in Hamburg das Zentrale Datenmanagement – ZDM, in Rheinland-Pfalz seit 2012 der Zentrale Landesweite Behandlungskapazitätsnachweis – ZLB).

Derzeit nehmen laut Antwort der Bundesregierung knapp 500 Krankenhäuser und 70 Leitstellen an IVENA teil.

Fakt ist, dass die Hälfte der Bundesländer IVENA nutzt, insgesamt aber nur 500 Krankenhäuser. Laut DKG nehmen von 1.700 Akutkrankenhäusern in Deutschland etwa 1.200 Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung mit rund 11 Mio. Fällen teil. An der stationären Notfallversorgung nehmen bislang 1.748 allgemeine Krankenhäuser teil. Davon wären rund 1.120 nach dem G-BA Stufenmodell zuschlagsberechtigt.

Folglich ist hier mit einem immensen Investitionsbedarf zu rechnen.

#### **Zu Nr. 9. Telemedizinische Netzwerke**

Werden von uns ausdrücklich begrüßt.

#### **Zu Absatz 2:**

Die Vorgabe von Kriterien und Standards sowie der Hinweis auf die Informationssicherheit werden begrüßt.

### **Zu Artikel 4** **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **Zu § 5 Absatz 3f (NEU) – Vergütungsabschläge als „negative Anreizsetzung“**

Diese Regelung halten wir in ihrer vorgesehenen Ausgestaltung für verfehlt. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Krankenhäuser können bei den Bundesländern Mittel aus diesem Fonds für einzelne Projekte beantragen. Welche Krankenhäuser Gelder erhalten, entscheiden letztlich die Länder. Krankenhäuser können also einen Förderantrag gestellt haben, der nicht bewilligt wurde, weil zum Beispiel die Fördermittel bereits voll abgerufen wurden.