



Bundesaamt
für Soziale Sicherung



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

**Richtlinie zur Förderung
von Vorhaben zur Digitalisierung
der Prozesse und Strukturen
im Verlauf eines
Krankenhausaufenthaltes
von Patientinnen und Patienten
nach § 21 Absatz 2 KHSFV**

Version: 04

Stand: 02.10.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1. Förderungsziel, Förderungszweck und Rechtsgrundlage	7
1.1. Förderungsziel und Förderungszweck	7
1.2. Gesetzliche Grundlage	7
2. Gegenstand der Förderung	8
3. Fördermittelempfänger des BAS	8
4. Förderungsvoraussetzungen	8
4.1. Allgemeine Voraussetzungen	8
4.1.1. Voraussetzungen für die Krankenhäuser	8
4.1.2. Voraussetzungen für die Hochschulkliniken	9
4.1.3. Voraussetzungen für die Länder	9
4.2. Weitere Voraussetzungen für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 und 9 KHSFV 9	
4.2.1. Vorgaben des § 19 Abs. 2 KHSFV	9
4.2.2. Vorgaben des § 19 Abs. 3 KHSFV	11
4.3. Förderfähige Vorhaben gemäß § 19 Abs. 1 KHSFV	12
4.3.1. Fördertatbestand 1: Anpassung der technischen/informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses an den jeweils aktuellen Stand der Technik (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHSFV) 13	
4.3.2. Fördertatbestand 2: Patientenportale (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV)	14
4.3.2.1. Digitales Aufnahmemanagement	15
4.3.2.2. Digitales Behandlungsmanagement	17
4.3.2.3. Digitales Entlass- und Überleitungsmanagement	18
4.3.3. Fördertatbestand 3: Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHSFV)	19
4.3.3.1. Digitale Dokumentation	20
4.3.3.2. Systeme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen	23
4.3.4. Fördertatbestand 4: Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHSFV)	24
4.3.5. Fördertatbestand 5: Digitales Medikationsmanagement (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHSFV) .	26
4.3.6. Fördertatbestand 6: Digitale Leistungsanforderung (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 KHSFV)	28

4.3.7.	Fördertatbestand 7: Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHSFV)	30
4.3.8.	Fördertatbestand 8: Digitales Versorgungsnachweissystem für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHSFV)	31
4.3.9.	Fördertatbestand 9: informationstechnische, kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinische Netzwerke (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 KHSFV)	33
4.3.10.	Fördertatbestand 10: IT-Sicherheit (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 KHSFV)	36
4.3.11.	Fördertatbestand 11: Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Epidemie (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 KHSFV)	38
5.	Art, Umfang und Höhe der Förderung	39
5.1.	Art der Förderung	39
5.2.	Umfang der Förderung	39
5.3.	Höhe der Förderung	41
5.4.	Förderungszeitraum	41
5.5.	Mehrfachförderung	41
5.6.	Begleitendes Kreditprogramm der KfW, § 21 Abs. 6 KHSFV	42
6.	Sonstige Förderungsbestimmungen	42
6.1.	Berechtigung der IT-Dienstleister, § 21 Abs. 5 KHSFV	42
6.2.	Berichtspflichten	43
6.2.1.	Bundesamt für Soziale Sicherung	43
6.2.2.	Länder	43
6.2.3.	Krankenhausträger/Hochschul klinik	43
6.3.	Evaluierung	44
6.3.1.	Pflichten des Krankenhausträgers/der Hochschul klinik	44
6.3.2.	Unterstützung der Krankenhausträger/Hochschul kliniken beim Erstellen der Selbsteinschätzung	45
6.4.	Bewirtschaftung der Fördermittel	45
6.5.	Pflichten im Zusammenhang mit der Refinanzierung der Mittel durch die ARF	45
6.5.1.	Auskunfts- und Mitwirkungspflichten (Art. 22 ARF-VO)	46
6.5.2.	Transparenzpflichten (Art. 25a ARF-VO)	46
6.5.3.	Informations- und Publizitätspflichten (Art. 34 Abs. 2 ARF-VO)	46
6.5.4.	Aufbewahrungspflichten	47
7.	Verfahren	47
7.1.	Zuständigkeiten	47

7.1.1.	Land.....	47
7.1.2.	Bundesamt für Soziale Sicherung	48
7.2.	Antragsverfahren	48
7.2.1.	Antragsverfahren Krankenhausträger / Hochschulkliniken	48
7.2.1.1.	Bedarfsanmeldung.....	48
7.2.1.2.	Antrag und Entscheidung beim Land	49
7.2.2.	Antragsverfahren bei dem Land	49
7.2.2.1.	Antragsunterlagen	49
7.2.3.	Antragsverfahren für länderübergreifende Vorhaben.....	51
7.2.3.1.	Antragsunterlagen	52
7.3.	Bewilligungsverfahren.....	52
7.3.1.	Bundesamt für Soziale Sicherung	52
7.3.2.	Land.....	53
7.4.	Anspruch auf Förderung.....	53
7.5.	Verwendungsnachweisverfahren	53
7.5.1.	Verwendungsnachweise des Landes an das Bundesamt für Soziale Sicherung	53
7.5.2.	Verwendungsnachweise der Krankenhausträger/Hochschulkliniken an das Land.....	54
7.6.	Rückforderungen	54
7.6.1.	Rückforderungen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung	54
7.6.2.	Rückforderungen durch das Land	54
7.6.3.	Zinsen.....	54
8.	Geltungsbeginn.....	55
	Anlagenverzeichnis	56

Änderungshistorie:

Alle Änderungen werden durch den Herausgeber der Förderrichtlinie, das Bundesamt für Soziale Sicherung, umgesetzt.

Änderungen				Geänderte Kapitel	Änderungen
Nr.	Datum	Geänderte Version	Neue Version		
1	03.05.2021	02	03	4.3.1 bis 4.3.11	Hinweis_Barrierefreiheit analog für alle FTB
2	01.12.2020	01	02	4.3.10	Ergänzung_B3S_Standard
3	03.05.2021	02	03	4.3.3.2	Ergänzung_politische_Zielsetzung
4	03.05.2021	02	03	4.3.8	FTB_8_Anpassung_Anforderung
5	03.05.2021	02	03	5.2	Ergänzung_Kostenanteil_Baumaßnahmen
6	03.05.2021	02	03	5.2	Konkretisierung_Eigentumsübergang
7	03.05.2021	02	03	5.2	Ergänzung_Vergaberegeln
8	03.05.2021	02	03	5.3	Konkretisierung_Königsteiner_Schlüssel
9	03.05.2021	02	03	5.5	Ausschluss_Doppelförderung
10	03.05.2021	02	03	6.1	Update_Schulung_IT_Dienstleister
11	03.05.2021	02	03	6.3	Konkretisierung_Begleitevaluation
12	03.05.2021	02	03	6.3.2	Konkretisierung_Geltungskreis_Evaluation
13	03.05.2021	02	03	7.2.2.1.	Konkretisierung_Königsteiner_Schlüssel
14	03.05.2021	02	03	7.2.2.1	Konkretisierung_Nachweis_Erklärung
15	03.05.2021	02	03	7.4	Konkretisierung_Anspruch_auf_Förderung
16	03.05.2021	02	03	8.	Anpassung_Geltungsbeginn
17	02.10.2023	03	04	4.1	Anpassungen aufgrund des Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG
18	02.10.2023	03	04	4.1.1	Anpassungen aufgrund des KHPfIEG
19	02.10.2023	03	04	4.2.1	Anpassung aufgrund der Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (GIGV)
20	02.10.2023	03	04	4.3.1 bis 4.3.11	Verweis auf neue Norm
21	02.10.2023	03	04	5.2	Konkretisierung_Zeitraum_Wartungskosten
22	02.10.2023	03	04	5.2	Anpassungen aufgrund des KHPfIEG
23	02.10.2023	03	04	6.3	Anpassungen aufgrund des KHPfIEG
24	02.10.2023	03	04	6.5	Anpassungen aufgrund von Pflichten im

					Zusammenhang mit der Refinanzierung der Mittel durch die Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF)
25	02.10.2023	03	04	7.2.2.1	Anpassungen aufgrund des KHPfIEG
26	02.10.2023	03	04	7.5.1	Anpassungen aufgrund des KHPfIEG

1. Förderungsziel, Förderungszweck und Rechtsgrundlage

1.1. Förderungsziel und Förderungszweck

Die Akutversorgung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern spielt für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung eine große Rolle. Dies zeigt sich insbesondere in der Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Hierfür sind unter anderem ein hohes Digitalisierungsniveau und eine gute technische Ausstattung der Krankenhäuser erforderlich. Gerade Investitionen in Digitalisierung und in eine moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser sind jedoch in den letzten Jahren – zu Teilen bedingt durch einen erheblichen Investitionsstau – nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Daher soll durch gezielte Projekte das Digitalisierungsniveau angehoben und die technische Ausstattung der Krankenhäuser deutlich verbessert werden. Der Zweck des Krankenhauszukunftsfonds ist dementsprechend die Förderung notwendiger Investitionen in Krankenhäuser betreffend

- die Anpassung der technischen und informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen an den jeweiligen Stand der Technik,
- die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung der Patientinnen und Patienten (z. B. durch die Digitalisierung der Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation sowie die Einführung oder Verbesserung der Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin),
- die Informations- und Cybersicherheit und
- die gezielte Entwicklung und Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen sowohl im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen.

Ziel ist eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser. Konkret bedeutet das eine stärkere Digitalisierung in den Krankenhäusern und Hochschulkliniken, die Verbesserung der medizinischen Versorgung, der Souveränität und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, die langfristige Sicherstellung der Versorgungsqualität und die Eröffnung neuer Perspektiven für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

1.2. Gesetzliche Grundlage

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) weist gemäß § 14a Abs. 6 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie nach Maßgabe der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) und dieser Förderrichtlinie die Fördermittel zu, bis der in § 14a Abs. 3 Satz 1 KHG genannte Anteil des Landes nach dem Königsteiner Schlüssel ausgeschöpft ist. Ein Anspruch auf Gewährung der Fördermittel besteht nicht, § 14a Abs. 4 Satz 4 KHG. Vielmehr entscheidet das Bundesamt für Soziale Sicherung nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der jeweils zur Verfügung stehenden Landesanteile.

2. Gegenstand der Förderung

Gegenstand der Förderung sind Maßnahmen nach § 19 KHSFV, die das Ziel der Verbesserung der digitalen Infrastruktur der Krankenhäuser sowohl mit Blick auf die Binnendigitalisierung der Krankenhäuser als auch der sektorenübergreifenden Verknüpfung von vor- und nachgelagerten Leistungserbringern verfolgen. Schwerpunkt liegt hierbei auf der Digitalisierung der Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation sowie der Verbesserung der Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin. Inhärentes Ziel ist dabei die Verbesserung der Patientenversorgung. Ebenso sind Investitionen in die technische sowie informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen inbegriffen.

Darüber hinaus werden ebenfalls nicht-digitale Komponenten, wie z. B. Maßnahmen zur gezielten Entwicklung und Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten, sowie für Fördervorhaben gegebenenfalls erforderliche personelle und räumliche Maßnahmen gefördert. Integraler Bestandteil aller Fördermaßnahmen sind Investitionen in die Informationssicherheit.

3. Fördermittelempfänger des BAS

Das BAS überweist nach Antrag die Fördermittel an das beantragende Land, so dass dieses der Fördermittelempfänger des BAS ist. Die Länder erlassen einen Fördermittelbescheid gegenüber dem Krankenhausträger/der Hochschulklinik und leiten die Fördermittel weiter. Fördermittelempfänger ist der/die Krankenhausträger/Hochschulklinik. Der Fördermittelempfänger muss der Vorhabensträger sein.

4. Förderungsvoraussetzungen

4.1. Allgemeine Voraussetzungen

Das zur Förderung beantragte Vorhaben darf frühestens am 2. September 2020 begonnen haben. Die antragstellenden Länder müssen ihre Anträge gegenüber dem BAS bis spätestens zum 31. Dezember 2021 gestellt haben. Nicht ausgeschöpfte oder durch das BAS nicht für andere Aufgaben verwendete Mittel fließen spätestens mit Ablauf des Jahres 2025 an den Bund zurück. Es wird davon ausgegangen, dass geförderte Vorhaben bis spätestens zum 31. Dezember 2024 abgeschlossen sind.

Fördermittel dürfen nur in Übereinstimmung mit den geltenden Regelungen des EU-Beihilferechts vergeben werden.

4.1.1. Voraussetzungen für die Krankenhäuser

Die Antragsberechtigung eines Krankenhausträgers richtet sich nach den Vorschriften des KHG. Demnach können die Krankenhausträger eine Förderung beantragen, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG.

Daneben muss das Krankenhaus gemäß § 14a Abs. 5 Nr. 4 KHG an der Auswertung nach § 14b Satz 3 teilnehmen.

4.1.2. Voraussetzungen für die Hochschulkliniken

Die Hochschulkliniken sind gemäß § 14a Abs. 2 Satz 2 KHG grundsätzlich berechtigt, Fördermittel für Vorhaben nach § 19 KHSFV zu beantragen. Die Antragsbefugnis ist dabei, im Gegensatz zum Strukturfonds nach § 12a KHG, nicht auf bestimmte Tatbestände beschränkt.

Gemäß § 14a Abs. 2 Satz 3 KHG dürfen aber maximal 10 Prozent der nach § 14a Abs. 3 Satz 1 KHG dem Land zustehenden Mittel für Vorhaben von Hochschulkliniken verwendet werden.

4.1.3. Voraussetzungen für die Länder

Um einen Antrag stellen zu können, muss das Land folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Das antragstellende Land, der Krankenhausträger oder beide gemeinschaftlich tragen mindestens 30 Prozent der Fördersumme, § 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG. Grundsätzlich können sowohl die Länder über die Fördersumme hinaus Fördermittel aus dem Landeshaushalt zur Verfügung stellen als auch die Krankenhausträger zusätzliche Mittel aufwenden. Das bedeutet, dass weder die Länder noch die Krankenhausträger auf einen maximalen Anteil von 30 Prozent festgelegt sind.
- Das antragstellende Land muss sich gemäß § 14a Abs. 5 Nr. 3 lit. a KHG verpflichten, in den Jahren 2020 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereit zu stellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2016 bis 2019 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht.
- Dazu muss das Land die zuvor genannten Haushaltsmittel um den Betrag, den es gemäß § 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG zu tragen hat, erhöhen, § 14a Abs. 5 Nr. 3 lit. b KHG.

4.2. Weitere Voraussetzungen für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 und 9 KHSFV

4.2.1. Vorgaben des § 19 Abs. 2 KHSFV

Die Vorhaben sind nur förderfähig, wenn:

- beim Austausch medizinischer Daten die vorhandenen international anerkannten **technischen, syntaktischen und semantischen Standards** – soweit verfügbar – zur Herstellung einer durchgehenden einrichtungsinternen und einrichtungsexternen **Interoperabilität** digitaler Dienste verwendet werden,

- die Vorgaben zur Interoperabilität, die sich aus den Anforderungen an Schnittstellen in informationstechnischen Systemen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergeben, berücksichtigt werden,
- generierte, für Patientinnen und Patienten relevante Dokumente und Daten in die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V übertragbar sind,
- Maßnahmen zur **Gewährleistung der Informationssicherheit** nach dem jeweiligen Stand der Technik durchgehend berücksichtigt werden, und
- datenschutzrechtliche Vorschriften eingehalten werden.

Ziel ist, Medienbrüche im Sinne der Patientensicherheit sektorenübergreifend zu vermeiden. Mit der zwingenden Voraussetzung der technischen, syntaktischen, semantischen aber auch organisatorischen Interoperabilität, insbesondere im Hinblick auf die in dieser Richtlinie geförderten Fördertatbestände, wird die Grundlage dafür geschaffen, so dass Informationen künftig leichter, schneller und auf Basis anerkannter internationaler Standards ausgetauscht werden können. Hierbei können für verschiedene Fragestellungen mehrere Lösungen vorhanden sein. Dies ist zum einen darin begründet, dass andere Organisationen sich mit derselben bzw. einer ähnlichen Fragestellung auseinandergesetzt haben oder dass aus anderen Bereichen vergleichbare Lösungen entwickelt wurden. Andere Fragestellungen können wiederum so speziell sein, dass hierfür kein adäquat anwendbarer Standard vorhanden ist.

Um eine durchgehende einrichtungsinterne und einrichtungsexterne Interoperabilität zu erreichen, unter Berücksichtigung von Interoperabilitätsfestlegungen und Standards nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch – insbesondere der Festlegungen für offene und standardisierte Schnittstellen für informationstechnische Systeme nach § 373 SGB V – ist es daher sinnvoll, eine Priorisierung vorzunehmen, welcher Standard bevorzugt verwendet werden soll. Dazu ist die nachfolgende Reihenfolge zu beachten:

1. Sofern ein über die KBV definiertes Medizinisches Informationsobjekt (MIO) oder ein im Interoperabilitätsverzeichnis der gematik (INA - Interoperabilitäts-Navigator) als empfohlen ausgezeichnete Standard bzw. Profil vorhanden ist, ist eine Umsetzung dessen verpflichtend.
2. Sofern kein MIO und kein Standard bzw. Profil auf INA benannt ist, das/der als Lösung für die jeweilige Fragestellung herangezogen werden kann, stehen die folgenden Optionen zur Auswahl:
 - 2.1. Eine entsprechende Lösung kann über einen existierenden offenen, international anerkannten Schnittstellen- und/oder Interoperabilitätsstandard umgesetzt werden, z. B. durch eine FHIR-Profildefinition oder ein IHE-Integrationsprofil.

- 2.2. Eine entsprechende Lösung wird über ein selbst definiertes Profil¹ über einen oder mehrere existierende offene, international anerkannte Schnittstellen- und/oder Interoperabilitätsstandards umgesetzt, z. B. durch Kombination und/oder Erweiterung von mehreren HL7-FHIR-Profildefinitionen.

In beiden Fällen sind verwendete Standards bzw. Profile im Interoperabilitätsverzeichnis INA nach § 385 Abs. 1 Satz 3 SGB V anzumelden,

Als offene, international anerkannte Standards gelten insbesondere:

- alle Standards von ISO/CEN/CENELEC, HL7, NEMA (u. a. DICOM) sowie deren Profilierungen durch HL7 und IHE,
- alle auf der Webseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlichten Semantikstandards (ehemals durch DIMDI veröffentlicht) sowie LOINC und SNOMED-CT, welcher seit dem 1. Januar 2021 genutzt werden kann,
- Profile von offenen, anerkannten internationalen Standards, die ein ordentliches Konsentierungsverfahren bei einer nationalen Standards Developing Organization (SDO) mit Schwerpunkt Gesundheitswesen oder im nationalen Interoperabilitätsforum durchlaufen haben, im Besonderen die deutschen FHIR-Basisprofile.

Ein möglicher Nachweis der Verwendung der Festlegungen kann durch die Vorlage einer Bestätigung der gematik nach § 373 Abs. 5 Satz 2 SGB V erfolgen.

Auch ist es zwingend erforderlich, die allgemein und bereichsspezifisch anwendbaren datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten. Somit werden die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz beim Einsatz digitaler Technologien von vorneherein berücksichtigt und auch die Rechte der betroffenen Patientinnen und Patienten hinreichend gewahrt.

Hinsichtlich der Maßnahmen zur **Gewährleistung der Informationssicherheit** im Krankenhaus ist § 75c SGB V zu berücksichtigen; die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Anforderungen sind grundsätzlich bei der Förderung nach § 14a KHG anzuwenden. Es sind durchgehend entsprechende Maßnahmen zur Sicherstellung der Verfügbarkeit, Unversehrtheit und Vertraulichkeit von betroffenen Informationen zu etablieren.

4.2.2. Vorgaben des § 19 Abs. 3 KHSFV

Weitere Voraussetzung ist, dass im Rahmen der geförderten Strukturen Dienste und/oder Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu nutzen

¹ Ein Beispiel für eine solche Profildefinition findet sich im ePflegebericht unter: <https://simplifier.net/guide/epflegebericht/home>.

sind, sofern diese während der Projektlaufzeit zur regelhaften Nutzung zur Verfügung gestellt werden.

Soweit diese noch nicht vollumfänglich verfügbar sind, sind die geförderten informationstechnischen Infrastrukturen des Krankenhauses gezielt so zu gestalten, dass eine Migration zur Nutzung der jeweiligen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur mit wirtschaftlich und organisatorisch vertretbarem Aufwand im Rahmen der gesetzlichen Fristen ermöglicht wird. Eine entsprechende Anbindung ist mit der Verfügbarkeit der entsprechenden Dienste oder Anwendungen verpflichtend umzusetzen und begründet keinen erneuten Förderatbestand. Dadurch werden Parallelstrukturen vermieden sowie bestehende und zukünftige Dienste effektiv genutzt.

4.3. Förderfähige Vorhaben gemäß § 19 Abs. 1 KHSFV

Das Vorhaben muss nach Maßgabe des § 19 KHSFV förderfähig sein. D. h. es muss mindestens einem der in § 19 KHSFV aufgeführten Tatbestände zuzuordnen sein. Diese sind grundsätzlich jedoch nicht als Abgrenzung zueinander zu verstehen. Vielmehr können die Fördertatbestände auch ineinandergreifen, sich überschneiden oder aufeinander aufbauen. Ein Fördertatbestand ist hierbei nicht als eine einzelne Anwendung zu verstehen, sondern kann als vollintegriertes, interoperables Maßnahmenbündel verstanden werden, welches durch verschiedene Anwendungen realisiert wird. Das bedeutet, dass erst durch die Kombination verschiedener Maßnahmen bzw. Anwendungen die beschriebene Leistung (Service) entstehen kann. Die Förderung nach anderen Tatbeständen, die nicht in § 19 KHSFV angegeben sind, ist ausgeschlossen. Die Aufzählung in § 19 KHSFV ist abschließend.

Die nachfolgend als „**Muss-Kriterien**“ definierten Anforderungen der jeweiligen Fördertatbestände **gilt es**, im Zuge eines Fördervorhabens umfassend und in Gänze **zu berücksichtigen und umzusetzen**. Um die Anforderungen zu erfüllen, können mehrere Einzelanwendungen zu einem integrierten, interoperablen Maßnahmenbündel kombiniert werden, welches die beschriebenen Anforderungen vollständig erfüllt. MUSS-Kriterien sind somit im Rahmen des Fördervorhabens vollständig umzusetzen, es sei denn, entsprechende Ausnahmen sind formuliert. Die **Kann-Kriterien** hingegen stellen **optional** umzusetzende Anforderungen dar. Die aufgeführten Kann-Kriterien sind **weder abschließend noch** haben sie den Anspruch der **Vollständigkeit**.

Nach diesem Verständnis handelt es sich bei MUSS-Kriterien um Mindestanforderungen, die zwingend zu erfüllen sind, wobei stets ein „Mehr“ im Sinne der KANN-Kriterien möglich ist.

4.3.1. Fördertatbestand 1: Anpassung der technischen/informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses an den jeweils aktuellen Stand der Technik (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr 1 KHSFV)

Zielsetzung:

Förderfähig im Sinne des § 19 KHSFV sind Maßnahmen zur Verbesserung und Modernisierung der medizinischen Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Ablauforganisation bei der Behandlung dieser in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser, die die Anforderungen des Notfallstufenkonzepts des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136c Abs. 4 SGB V erfüllen. Dies ist der Fall, wenn das Krankenhaus entsprechende Notfallzuschläge als Teil des Budgets des Krankenhauses vereinbart hat, bzw. wenn diese Zuschläge ersatzweise von der Schiedsstelle nach § 18a KHG festgelegt worden sind. Es bedarf für die Antragstellung daher grundsätzlich einer entsprechenden Feststellung. Die Maßnahmen sollten primär eine technische Modernisierung bedeuten, zum Beispiel Investitionen in die digitale oder apparative Ausstattung der Notfallversorgung, kann aber auch bauliche Aspekte im Rahmen der Barrierefreiheit berücksichtigen. Hierbei dürfen jedoch die Kosten für räumliche Maßnahmen höchstens 10 Prozent der gewährten Fördermittel umfassen. An der Stelle ist auch die Abgrenzung zur Förderung nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 KHSFV vorzunehmen. Diese Förderung ist schwerpunktmäßig auf bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notfallaufnahmen ausgerichtet. Der Schwerpunkt beim hier gegenständlichen Fördertatbestand liegt in der technischen, insbesondere informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen (vgl. BT-Dr. 19/22126, S. 45).

Sofern es zu Anpassungen der technischen/informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme im Rahmen des Fördertatbestandes kommt, sollte – mit Blick auf das Ziel einer durchgehenden Interoperabilität – auch hier die Einhaltung der technischen sowie Interoperabilitätsstandards nach § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) möglichst umgesetzt werden.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich der Anpassung der Notaufnahme an den aktuellen Stand der Technik grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen²:

Förderfähige Maßnahmen zur Anpassung der technischen/informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses an den jeweils aktuellen Stand der Technik **müssen:**

- die Notaufnahme grundsätzlich technisch aufrüsten und an den aktuellen Stand der Technik inklusive einer möglichst unterbrechungsfreien Übermittlung relevanter medizinischer Daten und Steuerung von Prozessen der Notfallversorgung anpassen,

oder

- es den Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme ermöglichen, eine **digitale Eigenanamnese** auf Basis von digitalen Fragebögen in der Notaufnahme vor Ort durchzuführen. Die Angaben müssen in das interne Krankenhausinformationssystem **automatisch integrierbar** sein,

oder

- den Aufbau geeigneter informationstechnischer- und kommunikationstechnischer Anwendungen zum Zwecke des telemedizinischen Austauschs zwischen Rettungsdiensten, Leitstellen und Krankenhäusern (eingeschlossen etwaige Außenstellen, zusätzliche Krankenhausstandorte, MVZs oder niedergelassene Praxen) bzw. den Austausch innerhalb des Krankenhauses sowie etwaiger vorgelagerter Leistungserbringer gewährleisten (siehe 4.3.8.).

4.3.2. Fördertatbestand 2: Patientenportale (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV)

Förderfähig im Sinne des § 19 KHSFV sind Patientenportale, die ein **digitales Aufnahme- und Entlassmanagement sowie das Überleitungsmanagement** von Patientinnen und Patienten zu nachgelagerten Leistungserbringern ermöglichen. Diese dienen einem digitalen Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsempfängern sowie zwischen den Leistungserbringern, den Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen und den Kostenträgern vor, während und nach der Behandlung im Krankenhaus. Ziel ist hierbei, den dabei entstehenden erheblichen Kommunikationsaufwand zu reduzieren, die Kommunikation und den Informationsaustausch zu beschleunigen und die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die Etablierung und Nutzung solcher Portale trägt jedoch nicht nur zu einer Entlastung und Beschleunigung der administrativen Prozesse vor Ort im Krankenhaus bei, sondern hat auch

² In Fördertatbestand 1 findet eine Gliederung der „Muss-Kriterien“ durch eine „oder“ Abgrenzung statt. Dies bedeutet, dass die formulierten Anforderungen förderfähig sind, jedoch nicht zwingend in Kombination umgesetzt werden müssen.

das Ziel der Entlastung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowohl vor als auch im Laufe ihres Behandlungsprozesses.

Sofern einzelne funktionale Anforderungen durch eine direkte Kommunikation/Übertragung zwischen einem KIS und/oder ERP-System des Krankenhauses und der elektronischen Patientenakte der Patientinnen und Patienten nach § 341 SGB V abgebildet werden können, so ist dies zur Erfüllung der Anforderungen ebenfalls zulässig bzw. im Sinne der Datensparsamkeit zu bevorzugen.

Der Fördertatbestand 2 gliedert sich daher entsprechend wie folgt: Fördervorhaben im Sinne des digitalen Aufnahmemanagements, des Behandlungsmanagements und des Überleitungs- und Entlassmanagements. Diese Gliederung ist nicht als Trennung, sondern als Orientierungshilfe zu verstehen. Vielmehr können sich die jeweiligen Maßnahmen in den Gliederungspunkten überschneiden. Zur Erfüllung der funktionalen Anforderungen eines Patientenportals nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV sind sämtliche MUSS-Kriterien in 4.3.2.1., 4.3.2.2. und 4.3.2.3. umzusetzen.

Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben sowohl hinsichtlich des Aufnahmemanagements, des Behandlungsmanagements oder Entlass- und Überleitungsmanagements, grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

4.3.2.1. Digitales Aufnahmemanagement

Zielsetzung:

Das digitale Aufnahmemanagement soll Patientinnen und Patienten bereits im Vorfeld ihres Krankenhausaufenthalts entlasten. Es soll möglich werden, dass Patientinnen und Patienten online ihre notwendigen Daten selbst erfassen, aber auch (Behandlungs-)Entscheidungen in ihrer gewohnten Umgebung treffen können – abseits der Stresssituation innerhalb des Krankenhauses. Darüber hinaus wird das Ziel verfolgt, auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Organisation der administrativen sowie der stationären Aufnahme durch den Einsatz digitaler Dienste zu entlasten, sowie die Kommunikation zu vorgelagerten Leistungserbringern effizienter zu gestalten.

Funktionale Anforderungen:

Ein digitales Aufnahmemanagement **muss:**

- es den Patientinnen und Patienten oder deren vorgelagerten Leistungserbringern ermöglichen, Termine für ambulante Versorgungsleistungen (u. a. Untersuchungen im

- Rahmen der Vor- und Nachsorge) online zu vereinbaren sowie für die teil- und vollstationäre Behandlung online anzufragen und abzustimmen. Dies schließt Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Krankenhaus nach § 116b SGB V mit ein, sofern diese durch das Krankenhaus angeboten werden.
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, eine Anamnese digital von zu Hause aus durchzuführen,
 - es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, ihre Behandlungsunterlagen sowie weitere zur Aufnahme und Behandlung relevante Daten und Unterlagen, insbesondere den bundeseinheitlichen Medikationsplan (Barcode-Scan zur strukturierten Weiterverarbeitung), vorab online hochzuladen, oder dem Leistungserbringer im Rahmen einer vom Patienten oder der Patientin digital erteilten temporären Berechtigung (Consent) den Zugriff auf diese Daten (z. B. in einer existierenden elektronischen Akte) zu ermöglichen,
 - es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, online Antworten zu den häufigsten Fragen eines Krankenhaus-Aufenthalts zu finden,
 - es vorgelagerten Leistungserbringern ermöglichen, Überweisungsscheine bereits vorab online der Klinik zukommen zu lassen,
 - es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Aufnahmemanagements ermöglichen, den Patientinnen und Patienten Nachrichten schicken zu können,
 - es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Aufnahmemanagements ermöglichen, eine Anamnese auch digital in der Klinik vorzunehmen,
 - Schnittstellen zu bestehenden KIS und/oder ERP-Systemen vorweisen, sodass die digital erfassten Daten der Patientin/des Patienten auch für nachgelagerte organisatorische Prozesse sowie Prozesse der Ressourcenplanung (z. B. Personalplanung oder Bettenmanagement) automatisch und interoperabel zur Verfügung stehen.

Das digitale Aufnahmemanagement **kann**:

- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, mittels Chatbots ihre Anamnese aufzunehmen oder Rückfragen an das Aufnahmemanagement zu stellen,
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, relevanten Dokumenten rechtskonform digital zuzustimmen,
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, mittels Online-Check-In-Terminals auch digital im Klinikum vor Ort aufgenommen zu werden,
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, ihre Daten, beispielsweise generiert durch (sensorbasierte) Wearables, Smart Devices oder Smartphone-Apps, in das digitale Patientenportal der betreffenden Klinik hochzuladen, bzw. den Zugriff darauf mittels einer digital erteilten temporären Berechtigung (Consent) einzuräumen, zu speichern sowie zu löschen, bzw. den Zugriff z. B. auf existierende Patientendaten/ Dokumente im Rahmen einer temporären Patientenbewilligung (Consent) zu ermöglichen, zu speichern und zu löschen,

- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, die Daten der Patientinnen und Patienten, generiert durch (sensorbasierte) Wearables, Smart Devices oder Smartphone Apps, in strukturierter Form abrufen zu können,
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, bereits vorab online über gewünschte Service- und Wahlleistungen (z. B. Einzelzimmer) während ihres Aufenthaltes zu entscheiden,
- es pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten ermöglichen, ihre Einwilligung zu geben, dass für das Aufnahmemanagement relevante Daten durch Pflegedienste oder Pflegeheime übermittelt werden dürfen.

4.3.2.2. Digitales Behandlungsmanagement

Zielsetzung:

Das digitale Behandlungsmanagement soll Patientinnen und Patienten im Laufe ihres stationären Aufenthaltes deutlich stärker als bisher begleiten, einbinden und in ihrem Tagesablauf unterstützen. Digitale Dienste im Rahmen des Behandlungsmanagements verfolgen hierbei unter anderem das Ziel der Erhöhung der Patientensicherheit und der Therapieadhärenz im Laufe des Aufenthaltes sowohl vor Ort in der Klinik als auch im Anschluss an die stationäre Behandlung. Ebenso wird durch eine Digitalisierung des Behandlungsmanagements eine Entlastung auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der Station erreicht.

Funktionale Anforderungen:

Ein digitales Behandlungsmanagement **muss:**

- es den Patientinnen und Patienten auf ihrem eigenen Endgerät ermöglichen, sich während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus zurecht zu finden (mindestens zu örtlichen Gegebenheiten, Ansprechpersonen),
- es den Patientinnen und Patienten auf ihrem eigenen Endgerät ermöglichen, sich über ihre Behandlung, beispielsweise in Form von Aufklärungsvideos, zu informieren und vorab Fragen zur späteren Klärung zu notieren,
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, digitale Behandlungstagebücher auf ihrem eigenen Endgerät zu führen,
- es den Patientinnen und Patienten auf ihrem eigenen Endgerät ermöglichen, Erinnerungen an Untersuchungstermine im Laufe ihres Aufenthaltes zu erhalten,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch eine mobile und digitale Visite ermöglichen, schneller auf relevante Informationen, insbesondere im KIS/KAS und Patientendatenmanagementsystem, zugreifen zu können,
- die Speicherung von Daten der Patientinnen und Patienten in deren elektronischer Patientenakte nach § 341 SGB V ermöglichen.

Das digitale Behandlungsmanagement **kann:**

- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, ein effizientes Mobilitäts- und Aktivitätsmonitoring der Patienten umzusetzen,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, klinische Arbeitsabläufe elektronisch zu steuern (z. B. Termine und Behandlungsmaßnahmen elektronisch zu bestellen) und sich über den Stand der Behandlungsschritte zu informieren,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, Videosprechstunden durchzuführen,
- es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, ihre Daten, beispielsweise generiert durch (sensorbasierte) Wearables, Smart Devices oder Smartphone-Apps, in das digitale Patientenportal der betreffenden Klinik während ihres Aufenthaltes hochzuladen bzw. den Zugriff z. B. auf vergleichbare digitale Akten im Rahmen einer temporären Patientenbewilligung (Consent) zu ermöglichen und zu speichern sowie zu löschen,
- es Patientinnen und Patienten auf ihrem eigenen Endgerät ermöglichen, an Patientenbefragungen teilzunehmen, welche patientenbezogene Ergebnisparameter erheben (Patient-Reported-Outcome Measures),
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, die Daten der Patientinnen und Patienten, generiert durch (sensorbasierte) Wearables, Smart Devices oder Smartphone Apps in strukturierter Form abrufen und in der Behandlungsplanung berücksichtigen zu können.

4.3.2.3. Digitales Entlass- und Überleitungsmanagement

Zielsetzung:

Ziel des digitalen Entlass- und Überleitungsmanagements ist sowohl die Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus im Rahmen der Organisation der Anschlussversorgung als auch die Förderung des strukturierten digitalen Datenaustausches hinsichtlich nachgelagerter Leistungserbringer.

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase in der adäquaten Versorgung für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Krankenhäuser sind daher nach § 39 Abs. 1a SGB V dazu verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten. Die Umsetzung dieses zeitintensiven Prozesses der Suche nach der passenden Einrichtung oder dem passenden Dienst ist jedoch in vielen Kliniken mit erheblichen personellen Ressourcen verbunden. Ein digitales Entlassmanagementsystem verfolgt hier das Ziel der deutlichen Reduktion des bestehenden Aufwandes. Eine bürokratiearme und frühzeitige Abstimmung zur benötigten Medikation, Therapie, häuslichen Krankenpflege, ambulanten und stationären Langzeitpflege, Rehabilitation oder auch zu Heil- und Hilfsmitteln zwischen den Krankenhäusern und in der Versorgung nachfolgenden Einrichtungen und Kostenträgern ist zwingend notwendig,

um Versorgungsbrüche zu verhindern und die Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu erhöhen.

Funktionale Anforderungen:

Ein digitales Entlass- und Überleitungsmanagement **muss**:

- einen strukturierten Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und die Bereitstellung von Dokumenten auf Basis anerkannter Standards an nachgelagerte Leistungserbringer (z. B. bzgl. der Medikamenteneinnahmen, Hinweisen zur Ernährung, Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit, notwendigen Kontrolluntersuchungen, Ansprechpartner bei Komplikationen oder pflegerischen Fragen etc.) ermöglichen,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, auf Basis einer digitalen Plattform innerhalb eines Netzwerkes von ambulanten und stationären Pflege- oder Rehabilitationsanbietern den Versorgungsbedarf ihrer Patientinnen und Patienten melden zu können und mit Hilfe der digitalen Plattform innerhalb eines Netzwerkes zeitnah Rückmeldung hinsichtlich passender freier Kapazitäten zu erhalten,
- die Speicherung von Daten der Patientinnen und Patienten in deren elektronischer Patientenakte nach § 341 SGB V ermöglichen sowie (auf Wunsch des Patienten und/oder berechtigten Angehörigen) auch in anderen digitalen Akten bereitgestellt werden können.

Ein digitales Entlass- und Überleitungsmanagement **kann**:

- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik ermöglichen, mittels KI-Technologien das optimale Entlassdatum unter Berücksichtigung aller vorliegenden relevanten Patientendaten zu ermitteln,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, die Daten der Patientinnen und Patienten, generiert durch (sensorbasierte) Wearables, Smart Devices oder Apps auf mobilen Endgeräten, in strukturierter Form abrufen zu können und an die nachgelagerten Leistungserbringer zu übermitteln bzw. den Zugriff z. B. auf existierende Patientendaten/Dokumente im Rahmen einer temporären Patientenbewilligung (Consent) zu ermöglichen,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses (oder des Sozialdienstes) ermöglichen, Angehörige der Patientinnen und Patienten in die Planung von Entlass- und Überleitungsmanagement einzubeziehen.

4.3.3. Fördertatbestand 3: Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHSFV)

Förderfähig im Sinne des § 19 KHSFV sind digitale Pflege- und Behandlungsdokumentationssysteme sowie die Einrichtung von Systemen, die eine automatisierte und sprachbasierte

Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen unterstützen. Übergeordnetes Ziel ist es, die Verfügbarkeit der Pflege- und Behandlungsdokumentation zu erhöhen und die dafür eingesetzten Zeitaufwände zu reduzieren, um so eine Steigerung der Behandlungsqualität und eine Optimierung des Behandlungsprozesses zu erzielen, da die Pflege ein integraler Bestandteil aller Prozesse im Krankenhaus ist. Hierdurch soll eine möglichst durchgehende digitale Dokumentation über alle Bereiche und Funktionen des Krankenhauses hinweg erreicht werden.

Der Fördertatbestand 3 gliedert sich entsprechend in zwei Themenschwerpunkte: Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation und Systeme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen. Diese Gliederung ist nicht als Trennung, sondern als Orientierungshilfe zu verstehen. Vielmehr können sich die jeweiligen Maßnahmen der Gliederungspunkte überschneiden.

Zur Erfüllung der funktionalen Anforderungen der digitalen Pflege- und Behandlungsdokumentation nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHSFV sind sämtliche MUSS-Kriterien in 4.3.3.1. und 4.3.3.2. umzusetzen.

Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben sowohl hinsichtlich der digitalen Pflege- und Behandlungsdokumentation als auch hinsichtlich der Systeme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

4.3.3.1. Digitale Dokumentation

Zielsetzung:

Eine Voraussetzung für die nahtlose Umsetzung eines möglichst hohen Automatisierungsgrades der in Fördertatbestand 2 beschriebenen Prozesse ist die Umsetzung einer durchgehend **digitalen, syntaktisch, semantisch und organisatorisch interoperablen Pflegedokumentation**. Durch den Einsatz eines solchen Systems können die vielfältigen Leistungs-, Kommunikations- und Abstimmungsprozesse sowohl zwischen den beteiligten Akteuren im Krankenhaus als auch außerhalb des stationären Sektors (siehe Entlass- und Überleitungsmanagement) effizienter und transparenter gestaltet werden. Ebenso kommt es zu einer Verringerung des hohen manuellen Dokumentationsaufwandes durch das medizinische Fachpersonal. Um den hieraus erwachsenden Mehrwert vollständig nutzen zu können, ist eine Interoperabilität der verschiedenen Systeme essenziell. Die Verfügbarkeit einer detaillierten (Pflege-)Dokumentation bildet die Grundlage für die Implementierung von teil- und/oder voll-automatisierten Entscheidungsunterstützungssystemen (siehe Fördertatbestand 4).

Funktionale Anforderungen:

Eine digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation **muss**:

- den gesetzlichen Anforderungen an die Pflegedokumentation nach § 630f BGB genügen,
- eine Umstellung auf eine rein elektronische Dokumentation zur Vermeidung paralleler Dokumentation in eine papierbasierte und eine elektronische Krankenhausakte ermöglichen,
- eine einheitliche, intern bereichsübergreifende elektronische Dokumentation für alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Leistungserbringer innerhalb einer Fachabteilung oder des Krankenhauses insgesamt ermöglichen, eine syntaktische, semantische und organisatorische Interoperabilität zu weiteren eigenständig im Krankenhaus in Anwendung befindlichen Systemen und Geräten sowie Systemen außerhalb der Einrichtung aufweisen, die regelhaft Informationen der Pflege- und Behandlungsdokumentation weiterverarbeiten oder umgekehrt,
- es den berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, transparent und nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben nachvollziehen zu können, welche Änderungen durch wen in der Dokumentation getätigt worden sind,
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, mittels eines fachübergreifenden und einheitlich hinterlegten Terminus (basierend auf internationalen Standards), entsprechende Textbausteine zu verwenden,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, unmittelbare Meldungen im/an das hausinterne Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System) durchzuführen,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses ermöglichen, relevante Unterlagen, die im Rahmen der Pflegedokumentation erstellt werden, digital und lückenlos in der digitalen einrichtungsinternen Akte der Patientin und des Patienten zu erfassen (dies umfasst u. a.: die Patientenstammdaten, Pflegeanamnese, das Biografieblatt, die Pflegeplanung, den Pflegebericht, Therapie- und Medikamentenplan, die Durchführungsnachweise, Wunddokumentationen, Fieberkurven, Schmerzerfassungen, Trinkprotokolle, Sturzprotokolle, Erfassung des Barthel-Index, Dekubituseinschätzung, Leistungsdokumentation komplexer Pflegeleistungen und den Notfallbericht),
- es den berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses ermöglichen, ortsunabhängig im Krankenhaus relevante Daten und Unterlagen der Patientin und des Patienten unmittelbar und vollständig einsehen zu können (hierzu zählen ebenso Anästhesiedokumentation, Intensivdokumentation, OP-Dokumentation, Medikationsdokumentation, Labordaten etc.),
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Übersicht über die bereits getätigten bzw. ausstehenden Dokumentationen bieten,
- die Bereitstellung eines Pflegeberichts ermöglichen,
- Checklisten, Erinnerungshilfen bzw. Signalfunktionen beinhalten, wenn notwendige (Pflicht-)Eingaben fehlerhaft oder unvollständig sind,

- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses ermöglichen, unmittelbar und ortsunabhängig im Krankenhaus relevante Daten und Unterlagen der Patientin/ des Patienten vollständig erstellen/dokumentieren zu können.

Eine digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation **kann**:

- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch eine automatische frühzeitige Risikoerkennung (z. B. Sturz, Dekubitus, Schmerz, Fehlernährung, Inkontinenz bei Pflegebedürftigkeit) auf Basis der jeweiligen Patientendaten bei einer individuelleren Pflegeplanung unterstützen und einen erhöhten oder modifizierten Hilfe- oder Pflegebedarf anzeigen,
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen des patientenübergreifenden Berichtswesens unterstützen, z. B. durch die Überwachung von Qualitätsindikatoren, die Bereitstellung von Informationen hinsichtlich Kosten-Leistungs-Strukturen und Arbeitsprozessen oder zur Erfüllung externer Vorschriften z. B. im Rahmen von Akkreditierungen (z. B. Mindestmengen etc.),
- klinisch-wissenschaftliche Studien unterstützen, sofern etablierte Systeme die Auswahl von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Merkmalen ermöglichen (Patientenrecruiting für klinische Studien) oder auch eine Informationsbasis in anonymisierter Form zur Verfügung stellen,
- den Hygienebereich, z. B. durch die Erkennung von MRSA-Risiken, unterstützen,
- eine automatische Ableitung der Pflegeminuten je Pflegemaßnahme zur Kalkulation des Pflegebedarfes in Zeiteinheiten je Patientin/Patient ermöglichen.

4.3.3.2. Systeme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen

Zielsetzung:

Um die zuvor beschriebenen Funktionalitäten noch effizienter zu gestalten und den Zeitaufwand der Dokumentation zu reduzieren, sollen Systeme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen eingeführt werden. Daher ist es wichtig, entsprechende Systeme von Beginn an entsprechend zu implementieren.

Funktionale Anforderungen:

Förderfähige Vorhaben zur automatisierten und spracherkennungs-basierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen **müssen:**

- den Kontext der Spracheingabe und -erfassung verstehen und einordnen können,
- Akzente verstehen und die Spracheingabe erfassen können,
- in die elektronische Patientenakte („Krankenhausakte“) integrierbar sein,
- individuelle Sprachprofile erstellen können,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses ermöglichen, mittels Spracherkennung und -erfassung freigesprochene Spracheingaben als strukturierte Dokumentationseinträge möglichst zeit- und ortonabhängig in der elektronischen Patientenakte abzulegen,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, mittels digitaler Bedienungsmöglichkeiten (Gestenerkennung, Sprachsteuerung, Touchbedienung etc.) durch die jeweiligen Dokumentationsvorlagen zu navigieren.

Förderfähige Vorhaben zur automatisierten und spracherkennungs-basierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen **können:**

- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, mittels Natural Language Processing (NLP) Ansätzen freigesprochene Texte automatisiert zu verarbeiten,
- es ermöglichen, dass analoge Dokumente in Papierform durch die Verwendung automatisierter Lösungen erfasst werden und mittels automatischer Texterkennung die dortigen Inhalte (z. B. medizinische Daten) vom System erkannt, weiterverarbeitet und ausgewertet werden.

4.3.4. Fördertatbestand 4: Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHSFV)

Zielsetzung:

Die unter Fördertatbestand 3 aufgeführten Inhalte können die Grundlage für die Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten Entscheidungsunterstützungssystemen bilden. Hierbei wird eine sukzessive Steigerung der Komplexität ebendieser Systeme angestrebt.

Entscheidungsunterstützungssysteme dienen der Unterstützung der Ärztin und des Arztes, der Pflegefachperson oder weiteren Entscheidungsträgern in der Diagnostik-, Therapie- oder Medikationsempfehlung zum Zeitpunkt der Behandlung einer individuellen Patientin oder eines Patienten. Sie erlauben in Abhängigkeit der Komplexität eine schnelle standardisierte Reaktion auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der medizinischen Behandlung und unterstützen die klinische Dokumentation bei gleichzeitiger Reduktion von Fehlern. Klinische teil- oder vollautomatisierte Entscheidungsunterstützungssysteme leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse schneller in die Praxis implementiert werden können. Sie tragen zudem dazu bei, die Kommunikation zwischen klinischen Entscheidungsträgern und deren zuarbeitenden Funktionen maßgeblich zu unterstützen und somit die Prozessqualität der Behandlung und deren Ergebnis zu steigern.

Anwendungsbereiche klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme sind vielfältig und unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich ihrer Komplexität und damit einhergehender Funktionalität. Wo hingegen weniger komplexe Entscheidungsunterstützungssysteme Patientendaten in geeigneter Form für die klinische Entscheidungsunterstützung visuell darstellen und primär das Ziel verfolgen, Daten gefiltert und strukturiert für die klinische Dokumentation aufzubereiten, erhöht sich die Komplexität beispielsweise durch die Formalisierung und Objektivierung von Expertenwissen. Beispiele hierfür sind unter anderem Medikationsinteraktionssysteme. Die höchste Komplexität erreichen klinische Entscheidungsunterstützungssysteme durch den Einsatz von Machine-Learning und Deep-Learning als Teilbereiche der KI. Teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme stellen zusammen mit der elektronischen Patientenakte und der digitalen Pflege- und Behandlungsdokumentation eine Schlüsselrolle in der Erhöhung der Patientensicherheit dar. Durch eine Verknüpfung der elektronischen Patientenakte mit entscheidungsunterstützenden Systemen kann evidenzbasiertes Wissen zielgerichtet angewendet werden. Hieraus ergeben sich leitliniengerechte und auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft basierte Workflows und Behandlungsempfehlungen für die Patientinnen und Patienten, die sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten als auch die Patientensicherheit und Therapiesensitivität erhöhen. Gleichzeitig soll die interoperable Anschlussfähigkeit der deutschen Kliniken an andere Systeme vorangetrieben werden, um z. B. den Datenaustausch zwischen Krankenhausinformationssystemen und medizinischen Registern zu fördern.

Klinische Entscheidungsunterstützungssysteme dieser Komplexität unterliegen hochkomplexen Algorithmen. Sofern sich hier Fehler ergeben, kann dies kritische Folgen nach sich ziehen,

sodass sich hieraus eine hohe Anforderung an die Vollständigkeit und Konsistenz der Daten und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen ergibt.

Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen:

Förderfähige Vorhaben zur Einrichtung von teil- oder vollautomatisierten klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen **müssen:**

- klinische Patientendaten in strukturierter Form elektronisch aufnehmen,
- klinische Patientendaten in strukturierter Form visuell übersichtlich darstellen können,
- auf Basis klinischer Patientendaten in Verknüpfung mit weiteren Daten/Systemen und Wissensdatenbanken bzw. ggf. systemeigenen Datenbanken Empfehlungen und Hinweise z. B. in Bezug auf die Diagnose und Therapie sowie zur Medikation und dessen Verordnung bzgl. des jeweiligen Patienten individualisiert geben können,
- auf Basis klinischer Patientendaten in Verknüpfung mit weiteren Daten/Systemen Erinnerungs- und Warnsignalfunktionen ausgeben können (z. B. im Rahmen des Medikationsmanagements oder eines Telemonitorings),
- standardisierte Mechanismen zur Gewährleistung der Datenvalidität und deren Integrität von der Datenquelle/den verschiedenen Datenquellen über die Systeme hinweg bis zur Nutzung durch ein KI-System einsetzen,
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses eine Entscheidungsunterstützung bieten, z. B. hinsichtlich der einzuleitenden Pflegemaßnahmen (Medizinische Leitlinien, klinische Pfade, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Leitlinien),
- eine, sofern erforderlich, gerichtsfeste und nachvollziehbare Dokumentation des Entscheidungsprozesses ermöglichen,
- die Möglichkeit zur Plausibilitätsprüfung/Evaluation durch das Fachpersonal beinhalten sowie die anschließende Möglichkeit, Feedback abzugeben (entweder zur Validierung der Ergebnisse oder zur nachträglichen Datenreannotierung),
- die Möglichkeit der zu dokumentierenden Nichtbeachtung der KI- oder Systemempfehlung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufweisen,
- gewährleisten, dass alle relevanten Informationen aus Entscheidungsunterstützungssystemen elektronisch und direkt über das entsprechende Krankenhausinformationssystem bzw. klinische Arbeitsplatzsystem erreichbar sind,
- der Optimierung klinischer Prozesse dienen.

Förderfähige Vorhaben zur Einrichtung teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme **können**:

- kontinuierliches Lernen der KI „im Hintergrund“ und regelmäßige Rezertifizierung/Zulassung von Updates ermöglichen,
- eine Anbindung an weitere Datenpools (Forschungsdatenzentrum, Register, Datenintegrationszentren und Forschungsdatenbanken) sicherstellen.

4.3.5. Fördertatbestand 5: Digitales Medikationsmanagement (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHSFV)

Zielsetzung:

Ziel des Fördertatbestandes ist es, die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Krankenhäusern durch Maßnahmen eines digitalen Medikationsmanagements zu erhöhen. Hierzu sind die durchgehende digitale Dokumentation der Medikation in interoperablen Systemen sowie die ständige Verfügbarkeit dieser Informationen für alle am Behandlungsprozess Beteiligten erforderlich.

Untersuchungen zufolge gibt es in Deutschland jährlich mehrere 10.000 Todesfälle, die auf unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) zurückzuführen sind. Nach Schätzungen sind 6 Prozent der Krankenhauseinweisungen auf ebendiese zurückzuführen, wovon 40 Prozent vermeidbar sind. Gründe für eine fehlerhafte Medikation sind vielfältig (Transkriptionsfehler, Lesbarkeit, Verschreibungsfehler, unvollständige Dokumentation), ließen sich jedoch vielfach durch digitale Unterstützung abmildern.

Der Medikationsprozess im Krankenhaus ist gekennzeichnet durch eine hohe Komplexität. Medikationsinformationen werden häufig in unterschiedlichen Informationssystemen und in einem unterschiedlichen Detailgrad dokumentiert und gespeichert. Als Goldstandard des (digitalen) Medikationsprozesses gelten daher sogenannte Closed-Loop Systeme. Diese beschreiben einen in sich geschlossenen, umfassenden, transparenten und digitalen Medikationsprozess.

Durch Closed-Loop Systeme wird gewährleistet, dass alle relevanten Informationen zur Patientin bzw. zum Patienten und der Medikation zu jeder Zeit verfügbar sind. Dies ermöglicht, dass durch automatisierte, ggf. KI-gestützte Prüfungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen etc. schneller erkannt, unerwünschte Arzneimittelereignisse reduziert und die Patientensicherheit erhöht werden.

Erhöhte Anforderungen an den Medikationsprozess können darüber hinaus zu einer stärkeren Binnendigitalisierung beitragen, da sich hierdurch auch Anforderungen an andere Prozesse, beispielweise an Entscheidungsunterstützungs- und Warnsysteme, digitale Leistungsanforderungen, die elektronische Dokumentation der Pflege oder den Aufnahme- und Entlassprozess, ergeben.

Technische Voraussetzung für ein digitales Medikationsmanagement ist grundsätzlich eine einrichtungsinterne durchgehend interoperable elektronische Patientenakte mit Schnittstellen zu den einzelnen Medikationssystemen beispielsweise der Intensivstation, der Normalstation und dem Aufnahme- und Entlassmanagement. Die Umsetzung eines geschlossenen Medikationsprozesses als Gesamtsystem ist mit hohen Aufwänden verbunden, gleichwohl können bereits einzelne der weiter unten genannten (Einzel-)Anforderungen die Behandlungsqualität und Patientensicherheit steigern. **Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.**

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich des digitalen Medikationsmanagements grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen:

Ein digitales Medikationsmanagement **muss:**

- gewährleisten, dass Verordnungen – soweit möglich - elektronisch und direkt über das entsprechende Krankenhausinformationssystem bzw. klinische Arbeitsplatzsystem stattfinden können,
- gewährleisten, dass (klinische) Pharmazeuten im Rahmen der Validierung der Verordnung Zugriff auf die relevanten Daten haben,
- eine systemische Überprüfung von Wechselwirkungen gewährleisten und eine entsprechende Warnung ausgeben,
- eine systemische Überprüfung von Kontraindikationen gewährleisten und eine entsprechende Warnung ausgeben,
- eine systemische Überprüfung von Fehlmedikationen gewährleisten und eine entsprechende Warnung ausgeben,
- eine systemische Überprüfung von Arzneimittelallergien der Patientin oder des Patienten gewährleisten und eine entsprechende Warnung ausgeben,
- gewährleisten, dass ein patientenspezifischer Bar-/QR-Code zur Begleitung des Medikationsprozesses eingesetzt wird und die wesentlichen Schritte des Medikationsprozesses (insbesondere Verordnung, Stellen, Gabe) durch das Scannen des Codes dokumentiert werden können,
- gewährleisten, dass das Stellen von Medikamenten bzw. Einzeldosen aus dem Stellsystem bzw. sonstigen Medikamentenlagern in Verbindung mit einem patientenspezifischen Bar-/QR-Code stattfindet und somit ggf. mit der zugrundeliegenden Verordnung validiert werden kann,

- gewährleisten, dass die verschriebenen und verabreichten Medikamente in Bezug zu den Laborwerten oder weiteren Vital- sowie demografischen Daten des Patienten gesetzt werden können und entsprechend Warnungen und ggf. Vorschläge hinsichtlich einer Alternativmedikation gegeben werden können,
- gewährleisten, dass die Entnahme von Medikamenten bzw. Einzeldosen aus dem System digital erfasst werden kann,
- gewährleisten, dass eine Unterstützung bei der Kalkulation der korrekten Mischverhältnisse von Infusionslösungen, unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Daten, erfolgt, sofern dies nicht über andere Lösungen sichergestellt wird,
- gewährleisten, dass vor- und nachgelagerte Medikationsinformationen über den bundeseinheitlichen Medikationsplan nach § 31a SGB V sowie sofern verfügbar den elektronischen Medikationsplan nach § 358 SGB V eingelesen und automatisiert/strukturiert weiterverarbeitet bzw. im Rahmen der Entlassung digital bereitgestellt werden.

Ein digitales Medikationsmanagement **kann**:

- die robotikbasierte Stellung von Einzeldosen umfassen,
- gewährleisten, dass die Entnahme von Medikamenten bzw. Einzeldosen aus dem System bzw. sonstigen Medikamentenlagern nur in Verbindung mit einem patientenspezifischen Bar-/QR-Code stattfinden kann und somit nur validierte Verordnungen dem Abgabesystem entnommen werden können,
- gewährleisten, dass optische Systeme sowie Systeme zur Gewichtskontrolle den Prozess der Medikamentenentnahme begleiten,
- Automaten zur Medikamentenausgabe umfassen.

4.3.6. Fördertatbestand 6: Digitale Leistungsanforderung (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 KHSFV)

Zielsetzung:

Der Behandlungsprozess innerhalb eines Krankenhauses ist vielfach durch die Beteiligung und Interaktion zahlreicher unterschiedlicher Fachabteilungen gekennzeichnet. Hierbei kommt es zwischen einzelnen Organisationseinheiten immer wieder zu Leistungsanforderungen, beispielsweise hinsichtlich der Arzneimittelversorgung, apparativer oder funktioneller Diagnostik oder labormedizinischer Untersuchungen.

Die konsequente digitale und/oder automatisierte Anforderung auf Basis eines Diagnose- oder Behandlungsplans und die gleichzeitige digitale Rückmeldung etwaiger Befunde können die Geschwindigkeit von Kommunikationsprozessen erhöhen und zu einer Reduktion von Behandlungsfehlern führen. Insbesondere die elektronische Anforderung von Medikationen führt nachweislich zu einer Reduktion von Medikationsfehlern.

Voraussetzung für eine digitale Leistungsanforderung sind syntaktisch, semantisch und organisatorisch interoperable Informationssysteme innerhalb der verschiedenen Fachabteilungen. **Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.**

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich der digitalen Leistungsanforderung grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen:

Eine digitale Leistungsanforderung **muss**:

- Terminmanagement als Teil der Leistungsanforderung berücksichtigen (z. B. Vereinbarung von Terminen und Terminserien für angeforderte Leistungen),
- es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, Leistungen digital und sicher im Krankenhausinformationssystem/Klinischen Arbeitsplatzsystem anfordern zu können,
- es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, dass die Rückmeldungen hinsichtlich angeforderter Leistungen digital und sicher im System stattfinden und in die digitale krankenhausinterne Patientenakte aufgenommen werden,
- es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, eine Übersicht über alle bereits angeforderten Leistungen zu erhalten,
- es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, standortunabhängig die jeweiligen Daten einsehen zu können,
- eine korrekte Zuordnung der Befundergebnisse zu den jeweiligen Patienten und den krankenhausinternen Patientenakten gewährleisten,
- eine unbeabsichtigte Doppelanforderung durch geeignete Warnhinweise vermeiden,
- es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, Termine an die Patientinnen und Patienten weiterzuleiten (Verknüpfung zu digitalem Behandlungsmanagement),
- eine Terminänderung automatisch an die Ärztinnen und Ärzte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übermitteln (inkl. Weiterleitung an Patientinnen und Patienten).

Eine digitale Leistungsanforderung **kann**:

- eine rechtskonforme Archivierung von Bildern und Befunden gewährleisten,
- es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, den Status der Anforderung nachzuverfolgen.

Hinsichtlich der Anforderung von Arzneimitteln ist ergänzend auf Fördertatbestand 5 „digitales Medikationsmanagement“ zu verweisen.

4.3.7. Fördertatbestand 7: Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHSFV)

Zielsetzung:

Ziel des Fördertatbestandes 7 ist es, standortübergreifende Versorgungsstrukturen zu fördern, durch die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot untereinander derart abstimmen, dass eine flächendeckende, bedarfsgerechte und möglichst spezialisierte stationäre Versorgung gewährleistet werden kann. Durch entsprechende Konzepte, etwa innerhalb von Krankenhausverbänden oder zwischen spezialisierten Zentren, können die Krankenhäuser Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen bereinigen und stattdessen Leistungsschwerpunkte bilden, wodurch die medizinische Behandlungskompetenz und Qualität insgesamt erhöht werden kann. Die hierfür notwendigen technischen Anpassungen sind förderfähig. Dabei können auch IT-Strukturen, welche mittels sog. Cloud-Computing-Systeme einrichtungs- und trägerübergreifend zur Verfügung gestellt werden, aufgebaut werden. Hierdurch soll die Prozessqualität erhöht und der Aufbau/Betrieb paralleler IT-Strukturen reduziert werden. Voraussetzung ist hierbei, dass die Vorhaben wettbewerbsrechtlich zulässig sind. Hierbei ist die Einhaltung aller relevanten daten- sowie sozialdatenschutzrechtlichen und sonstigen rechtlichen Vorgaben zu gewährleisten. Soweit die Infrastruktur den institutionsübergreifenden Austausch medizinischer Daten ermöglichen soll, ist dies auf einzelne Behandlungsfälle von Patientinnen oder Patienten beschränkt. Ein medizinischer Datenaustausch erfolgt zudem nur zwischen medizinischem, aktiv in die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten involviertem Personal. Ein Austausch von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen darf nicht stattfinden. Eine einrichtungsübergreifende Kooperation zur Abstimmung des Leistungsangebots ist insbesondere bei Digitalisierungsvorhaben der Fördertatbestände 2-6 sowie 8-10 möglich.

Den im Kontext des Cloud-Computing entstehenden Risiken für die Integrität, Verfügbarkeit, Vertraulichkeit und Authentizität der Sachverhalte sowie der verarbeiteten oder gespeicherten Daten unter Berücksichtigung von etwaigen Zugriffsmöglichkeiten auf Daten ist durch die Krankenhäuser Rechnung zu tragen und durch entsprechende vertragliche Gestaltungen mit den jeweiligen Anbietern zu berücksichtigen. Ebenfalls zu beachten sind Risiken durch unterschiedliche Schnittstellen zwischen eigenen und fremden Systemen, Risiken des Datenverlustes z. B. infolge außerordentlicher Vertragsbeendigung, der eingeschränkten Übertragbarkeit der Daten auf einen neuen Dienstleister sowie Risiken durch eine Weiterverlagerung durch den Cloud-Anbieter.

Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen. Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich der Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systemen grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen³:

Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme **müssen**:

- zu einer einrichtungsübergreifenden Abstimmung von Versorgungsleistungen
- oder**
- zu einer einrichtungsübergreifenden Nutzung von IT-Ressourcen führen
- und**
- so genutzt werden können, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten auch im Falle der Störung von Telekommunikationsinfrastrukturen (z. B. großräumiger Beeinträchtigung des Internets oder anderer Datennetze) oder zentraler Infrastrukturen dieser Dienste in den nutzenden Einrichtungen dennoch im notwendigen Umfang sichergestellt werden kann.

Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme **können**:

- infrastrukturelle Maßnahmen, wie gemeinsam genutzte IT-Ausstattung (Hardware) einschließen,
- die Entwicklung, die Implementierung und den initialen Betrieb gemeinsam genutzter Software(-Komponenten) beinhalten,
- insbesondere Maßnahmen zur Stärkung der IT-Sicherheit umfassen.

4.3.8. Fördertatbestand 8: Digitales Versorgungsnachweissystem für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHSFV)

Zielsetzung:

Ziel des Fördertatbestandes 8 ist es, online-basierte Versorgungsnachweis-/(Betten-)Systeme in Krankenhäusern zu fördern. Durch derartige Systeme kann ein detaillierter Krankenhaus-Versorgungsnachweis (Bettennachweis) in Echtzeit erbracht und können Patientinnen und Patienten, insbesondere in Notfällen, gleichmäßig und bedarfsgerecht entsprechend den verfügbaren Kapazitäten der Krankenhäuser zugeordnet werden. Derartige Versorgungsnachweissysteme spielen insbesondere für die präklinische Versorgung und

³ In Fördertatbestand 7 findet eine Gliederung der „Muss-Kriterien“ durch eine „oder“ Abgrenzung statt. Dies bedeutet, dass die formulierten Anforderungen förderfähig sind, jedoch nicht zwingend in Kombination umgesetzt werden müssen. In beiden Fällen ist jedoch die mit „und“ angebundene Anforderung zu erfüllen.

hierbei für die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern sowie Rettungsdiensten, Leitstellen und anderen Akteuren eine entscheidende Rolle. Einige Bundesländer nutzen bereits ein derartiges System – mehrheitlich den Interdisziplinären Versorgungsnachweis – IVENA eHealth. Um eine flächendeckende Nutzung zu erzielen, ist vorgesehen, dass sowohl der Ausbau bestehender Systeme wie auch die Einführung neuer Systeme gefördert werden kann.

Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich digitaler Versorgungsnachweissysteme für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen:

Ein digitales Versorgungsnachweissystem für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen **muss**:

- den Rettungsdiensten, Leitstellen, Rettungshubschraubern und weiteren beteiligten Akteuren mittels offener Schnittstellen zu Drittsystemen es ermöglichen, mittels geeigneter Darstellung in Echtzeit feststellen zu können, welches Krankenhaus welche freien Kapazitäten hat (insbesondere Bettenkapazitäten sowie der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten),
- den Leitstellen Daten verfügbar machen, die es den Leitstellen damit ermöglichen, den Patienten oder die Patientin automatisch der bestverfügbaren und ausgestatteten Klinik zuzuweisen,
- in der Lage sein, Daten an Zentralregister wie z. B. vom RKI, der DIVI etc. zu übermitteln,
- den Kliniken Eintreffzeit, Diagnose und Dringlichkeit elektronisch übermitteln können, sodass mit diesen Informationen auf Klinikseite die entsprechende Kapazitätsbereitstellung effizient gesichert werden kann

Ein digitales Versorgungsnachweissystem für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen **kann**:

- den Rettungsdiensten, den Leitstellen und Rettungshubschraubern in Echtzeit sichtbar darstellen, welches Krankenhaus welche weiteren, über die Betten hinausgehenden, verfügbaren Ressourcen hat (d. h. insb. verfügbare Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Fachqualifikation, aber auch apparative Ausstattung),
- die Übertragung medizinisch relevanter Informationen von den Rettungsdiensten an die Notaufnahme im Krankenhaus, z. B. nach dem AKTIN-Protokoll, unterstützen,

- Vorschläge geben zur automatischen Zuweisung von Patienten und Patientinnen auf Basis relevanter Daten an die bestverfügbare und ausgestattete Klinik.

4.3.9. Fördertatbestand 9: informationstechnische, kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinische Netzwerke (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 KHSFV)

Zielsetzung:

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 KHSFV sind sowohl die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren sowie räumliche Maßnahmen förderfähig, die Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten unterstützen, insbesondere im Rahmen von Operationen. Hierzu zählen roboterassistierte Behandlungs- und Operationssysteme, die die behandelnde Ärztin bzw. Operateurin und den behandelnden Arzt bzw. Operateur bei dem Eingriff, beispielsweise bei laparoskopischen, minimalinvasiven oder offen-chirurgischen Eingriffen, unterstützen und somit zur Patientensicherheit beitragen.

Förderfähig sind zudem die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren oder räumlicher Maßnahmen, die erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen aufzubauen und den Einsatz telemedizinischer Verfahren in der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Hierzu zählen telemedizinische Netzwerke zwischen Krankenhäusern sowohl der gleichen als auch unterschiedlicher Versorgungsstufen, Krankenhäusern und ambulanten oder nachstationären Einrichtungen, als auch zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten.

In der Patientenversorgung zählen robotische Assistenzsysteme für die Chirurgie zu den am weitesten ausgereiften Systemen für die robotische Unterstützung des Behandlungspfades. Robotische Assistenzsysteme können zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Vermeidung von Nachbehandlungen beitragen.

Telemedizinische Anwendungen, d. h. die Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung unter Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien und digitaler Informationsübermittlung über räumliche Entfernung hinweg, versprechen, ein hohes Potential zur Lösung vielfältiger Probleme der Gesundheitsversorgung beizutragen. Telemedizinische Methoden finden zunehmend einen breiteren Einsatz in der Patientenversorgung in Deutschland. Telemedizinische Anwendungen verfolgen das Ziel der **Verbesserung der Patientenversorgung**, z. B. in ländlichen Gebieten oder Gebieten mit einer geringen Fachärztedichte, und der Vorbeugung gegen **Versorgungslücken** in der Patientenversorgung, z. B. im Rahmen der Überwachung und Therapie von chronischen Erkrankungen. Auch in strukturschwachen Regionen müssen die Menschen medizinisch gut versorgt werden. Hier kann Telemedizin eine Lösung sein. Gleichzeitig dienen telemedizinische Anwendungen dem fachlichen

Austausch und erhöhen die **Verfügbarkeit von Expertenwissen** an den Stellen, wo es benötigt wird (z. B. im Rahmen einer Operation), sodass sowohl inter- als auch intrasektorale Versorgung und Vernetzung gefördert wird.

Insbesondere strukturelle, syntaktische und organisatorische, aber auch semantische Interoperabilität zwischen den an der Versorgung beteiligten Systemen stellen eine grundlegende Voraussetzung für den reibungslosen Daten- und Informationsaustausch und die Umsetzung sicherer telemedizinischer Anwendungen dar.

Sofern bzgl. der Einzelanforderungen relevant, ist auf die Vereinbarung gemäß § 367 Abs. 1 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) zu verweisen.

Hinsichtlich der Einhaltung von technischen sowie Interoperabilitätsstandards ist auf 4.2.1. bzw. auf § 19 Abs. 2 KHSFV (hier Verweis auf §§ 371 ff. SGB V) zu verweisen.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinischer Netzwerke grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen⁴:

Förderfähige Vorhaben zur Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung **informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinischer Netzwerke müssen:**

- robotische Assistenzsysteme umfassen, die eine syntaktische, semantische und organisatorische Interoperabilität zu den wesentlichen am OP-Management beteiligten IT-Systemen und medizintechnischen Geräten aufweisen, insbesondere in Bezug auf den Austausch medizinischer Informationen,

oder

- die Versendung eines elektronischen Arztbriefes ermöglichen. Auch hierbei ist die Anbindung an die Telematikinfrastruktur bereits möglich und entsprechend umzusetzen

⁴ In Fördertatbestand 9 findet eine Gliederung der „Muss-Kriterien“ durch eine „oder“ Abgrenzung statt. Dies bedeutet, die jeweilig zusammenstehenden Anforderungen müssen in Kombination erbracht werden. Das zuletzt stehende „und“ Kriterium bezieht sich auf die zuvor aufgeführten Punkte und ist immer umzusetzen.

und hinsichtlich der sicheren Verfahren zur Übermittlung von medizinischen Dokumenten über die Telematikinfrastruktur auf § 311 Abs. 6 SGB V zu verweisen sowie auf die Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 383 SGB V der KBV,

oder

- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, mit Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit oder in anderen Einrichtungen in den Austausch zu kommen,
- eine elektronische Übermittlung bzw. digitale Bereitstellung aller für die Einholung und Erbringung von **Telekonsilien** relevanten Informationen (mindestens Patientendaten und Erstbefund, Fragestellung, Einwilligung des Patienten) ermöglichen,
- die apparativen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärztinnen und Ärzte durch den digitalen Austausch von Bildmaterialien (z. B. CT-Aufnahmen, Röntgenaufnahmen, Pathologiebefunden) diese hinreichend – z. B. im Rahmen von **Telekonsilien** – bewerten können. Hierbei sollen Dienste für die Übertragung von Bildformaten gemäß dem Standard für „Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM-Standard)“ genutzt werden, die den Anforderungen an die Kommunikationsdienste gemäß den Regelungen der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllen,
- der Ärztin und dem Arzt die Möglichkeit geben, im Kontext telemedizinischer Konsile die elektronische Beauftragung und Beantwortung mittels rechtsverbindlicher Unterschrift (Schriftform) zu leisten,
- es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, über weite Distanz hinweg in einen fachlichen inter- oder intradisziplinären sowie inter- und intrasektoralen Austausch zu kommen (z. B. im Kontext von Telekonsilien, Tumorboards oder Fallkonferenzen),

oder

- es den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus ermöglichen, klinische Daten und erste Befunde von Notfallpatienten bereits während des Transports in die Klinik beurteilen zu können, z. B. über die Verwendung des AKTIN-Protokolls,

und

- eine Ausstattung der Diagnose- und Funktionsräume an die erforderlichen informationstechnischen- und kommunikationstechnischen Voraussetzungen gewährleisten.

Förderfähige Vorhaben zur Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung **informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinischer Netzwerke können:**

- robotischen Assistenzsystemen ihre digitalen Operationsplanungssysteme, auch in einer (telemedizinischen) Netzwerkstruktur, zur Verfügung stellen,
- den Ärztinnen und Ärzten zum Zwecke der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal, im Rahmen von Fallkonferenzen oder Konsilien eine Übertragung

- von Live-Bewegtbildern von Operationen, Interventionen oder Prozeduren am Patienten ermöglichen,
- es den Ärztinnen und Ärzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, auch über weite Entfernungen hinweg Operationen oder Interventionen mittels ferngesteuerter Roboter durchzuführen,
 - es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, die Vitalparameter der Patientin und des Patienten durch die digitale Übertragung ebendieser bedarfsgerecht in Echtzeit oder zeitversetzt zu überwachen (Telemonitoring),
 - es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, Einsatzkräfte im Rettungsdienst durch einen Remote Support während eines Notfalleinsatzes zu unterstützen,
 - es den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, Leistungen, die im Entlassmanagement der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen veranlasst werden, auf digitalem Wege umzusetzen,
 - eine Warnmeldung erzeugen, sobald definierte Vitalparameter der Patientinnen und Patienten sich so verändern, dass die Patientin und der Patient in Lebensgefahr schweben.

4.3.10. Fördertatbestand 10: IT-Sicherheit (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 KHSFV)

Zielsetzung:

Ziel des Fördertatbestandes 10 ist die Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit in Krankenhäusern, die nicht zu den Kritischen Infrastrukturen nach dem BSI-Gesetz (BSI-Kritisverordnung - BSI-KritisV) gehören, sowie in Hochschulkliniken. Maßnahmen zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit sind bei diesen Krankenhäusern bisher von der Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds ausgeschlossen. Durch den zunehmenden Grad der Digitalisierung und die Durchdringung der Prozesse auch in Krankenhäusern, die nicht zur Kritischen Infrastruktur nach dem BSI-Gesetz gehören, ist eine Berücksichtigung dieser im Rahmen des Fördertatbestandes Nummer 10 dringend angezeigt. Um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und den Krankenhausbetrieb so effizient wie möglich zu gestalten, ist der Einsatz von zu Teilen hochkomplexen IT-Systemen notwendig und nicht mehr wegzudenken. Durch die zunehmende Vernetzung verschiedener Systeme und Komponenten steigen jedoch auch die Risiken hinsichtlich der Auswirkungen, die mit einem Ausfall oder der Beeinträchtigung ebendieser Systeme verbunden sind im gleichen Maße. Zeitgleich werden die Angriffsflächen der IT- und Internettechnologien zunehmend vielfältiger und deutlich größer. Diesen muss durch geeignete Cybersicherheitsmaßnahmen entgegengewirkt werden. Durch Hersteller bzw. Anbieter von Systemen bereitgestellte Informationen für eine sichere Konfiguration bzw. nötige Ergänzungsmaßnahmen im Netzwerk sollten beachtet werden.

Hierbei ist sowohl die Sicherheit der IT-Systeme als auch der dabei verarbeiteten Informationen in der Gesundheitsversorgung von höchster Bedeutung. Eine Vermeidung von Störungen der **Verfügbarkeit**, der **Integrität** und der **Vertraulichkeit** der **informationstechnischen**

Systeme, Komponenten und Prozesse muss sichergestellt sein. Gleiches gilt für die **Authentizität der Informationen**. Nur so kann die Patientensicherheit und Behandlungseffektivität sowie die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses aufrechterhalten und geschützt werden.

Cybersicherheit ist die notwendige Bedingung für die fortschreitende Digitalisierung in den Kliniken. Dies kann durch ein geeignetes Informationssicherheitsmanagementsystem nach ISO 27001 nativ oder BSI IT-Grundschutz gesteuert und überwacht sowie insbesondere durch die Umsetzung des Branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S) für die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus vollständig gewährleistet werden.

Die im Folgenden beschriebenen Anforderungen und darin exemplarisch skizzierten Sicherheitssysteme werden nicht solitär innerhalb eines der Bereiche Prävention, Detektion, Mitigation, Response oder Awareness eingesetzt, sodass eine Anwendung mehrere Bereiche abdecken kann.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich der IT-Sicherheitsmaßnahmen insbesondere im Bereich Awareness grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen⁵:

Förderfähige Vorhaben zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit **müssen**:

- die **Prävention** gegen Informationssicherheits-Vorfälle (u. a. Systeme zur Zonierung von Netzwerken, Next Generation Firewalls, sichere Authentisierungssysteme, Micro-Virtualisierung/Sandbox-Systeme, Schnittstellen-Kontrolle, Intrusion Prevention Systeme; Network Access Control, Schwachstellenscanner, Softwareversionsmanagement, Datenschleusen, Datendiode, VPN-Systeme, verschlüsselte Datenübertragung, verschlüsselte mobile Datenträger, ISMS)

oder

- die **Detektion** von Informationssicherheits-Vorfällen (u. a. Security Operation Center, Log Management Systeme, Security Information Event Management Systeme, Intrusion Detection Systeme, lokaler Schadsoftwareschutz mit zentraler Steuerung, Schadsoftwareschutz in Mailsystemen bzw. bei Mailtransport)

oder

- die **Mitigation** von Informationssicherheits-Vorfällen (u. a. automatisierte Backup-Systeme, lokaler Schadsoftwareschutz mit zentraler Steuerung)

⁵ In Fördertatbestand 10 findet eine Gliederung der „Muss-Kriterien“ durch eine „oder“ Abgrenzung statt. Dies bedeutet, dass die formulierten Anforderungen förderfähig sind, jedoch nicht zwingend in Kombination umgesetzt werden müssen. Eine Kombination ist dennoch möglich.

oder

- die Steigerung und Aufrechterhaltung der **Awareness** gegenüber Informationssicherheits-Vorfällen bzw. der Bedeutung von IT-/Cybersicherheit (u. a. regelmäßige Risikoanalysen, Schulungsmaßnahmen, Informationskampagnen, Awareness-Messungen)

oder

- eine Kombination davon zum Ziel haben.

Bei der Implementierung der jeweiligen Maßnahmen sind die unter 4.2.1. benannten Anforderungen einzuhalten.

Förderfähige Vorhaben zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit **können**:

- Cloud- und KI-gestützte Verfahren zur Erkennung von Angriffen als Gegenstand haben.

4.3.11. Fördertatbestand 11: Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Epidemie (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 KHSFV)

Zielsetzung:

Die COVID-19-Pandemie hat eindringlich gezeigt, dass es zur Behandlung hochinfektiöser Patienten erforderlich ist, dass in ausreichendem Maße Kapazitäten an Einbettzimmern in den Krankenhäusern zum Zweck der Isolation zur Verfügung stehen. In Patientenzimmern mit mehr als zwei Betten können die maßgeblichen Abstandsregeln nicht eingehalten werden, so dass es gilt, diese in Zwei- oder Einbettzimmer umzuwandeln, sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl an krankenhausplanerisch festgesetzten Betten führt.

Existierende Richtlinien und Verordnungen zur Barrierefreiheit werden durch das KHZG nicht angetastet. Bei den Überlegungen sind entsprechende Vorgaben hinsichtlich der Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Epidemie grundsätzlich und insbesondere unter baulichen Aspekten zu berücksichtigen, sofern diese für den jeweiligen Fördernehmer relevant und einschlägig sind.

Funktionale Anforderungen:

Förderfähige Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Pandemie **müssen**:

- die Umwandlung von Mehrbettzimmern zu maximal Zwei- oder Einzelzimmern beinhalten,

- zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten führen.

Förderfähige Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Pandemie **können:**

- die Einrichtung von Unterdruckzimmern zum Gegenstand haben,
- die Ausrüstung der Bettplätze mit Monitoringanschlüssen zum Gegenstand haben,
- die Ausrüstung der Bettplätze mit Sauerstoff- und Druckluftanschlüssen zum Gegenstand haben,
- die Einrichtung eigener Nasszellen auf dem jeweiligen Zimmer als Gegenstand haben,
- die Einrichtung von Schleusen vor den Zimmern als Gegenstand haben.

5. Art, Umfang und Höhe der Förderung

5.1. Art der Förderung

Die Fördermittel werden als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung gewährt.

5.2. Umfang der Förderung

Der Umfang der Förderung richtet sich nach § 20 KHSFV und der damit verbundenen Einordnung der einzelnen Maßnahmenpositionen als förderungsfähige Kosten. Demnach werden folgende Kosten als förderfähig anerkannt:

- für erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen einschließlich der Kosten für die Beratungsleistungen bei der Planung, Ausschreibung und Beschaffung des konkreten Vorhabens,
- für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich der Kosten für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- für räumliche Maßnahmen, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind; bei Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 - 10 KHSFV nur in Höhe von höchstens 10 Prozent der gewährten Fördersumme

und

- für die Beschaffung von Nachweisen nach § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV.

Förderfähige Kosten beinhalten insbesondere Investitionskosten für die Beschaffung, Entwicklung, Errichtung oder Erweiterung während der Projektlaufzeit sowie den initialen Betrieb (bis zu drei Jahre) der erforderlichen technischen und informationstechnischen Maßnahmen oder

deren Entgelt zur Nutzung von bereitgestellter Software im Rahmen von sog. Dienstleistungs- oder Nutzungsverträgen oder Subscriptionmodellen, wie z. B. Pay as You Use oder Platform as-a-Service über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren. Förderfähig sind, abgesehen von Förderatbestand 7 (4.3.7.), nur Kosten, die von 4.1.1. erfassten Einrichtungen. Da die geförderten Digitalisierungsmaßnahmen nachhaltig implementiert werden sollen und damit auch über die Projektlaufzeit reichen sollen, ist im Rahmen der Projektlaufzeit in Abhängigkeit der jeweiligen Maßnahme ein Eigentumsübergang zum Krankenhausträger anzustreben (z. B. Medikationssysteme). Sofern ein Eigentumsübergang nicht möglich ist, ist dies im Rahmen der Beantragung nachvollziehbar zu begründen.

Kosten für Wartung und Betrieb sind insgesamt für bis zu drei Jahre sowohl innerhalb als auch unmittelbar nach der Projektlaufzeit förderfähig und können daher auch für den Zeitraum nach Abschluss des Vorhabens geltend gemacht werden, sofern innerhalb der Projektlaufzeit die zukünftig anfallenden Kosten festgesetzt und somit eine zweckentsprechende Verwendung der Fördergelder nachgewiesen wurde.

Personelle Maßnahmen und anteilige Personalkosten, die im Krankenhaus selbst entstehen, sind förderfähig, sofern sie im unmittelbaren und direkten Sachzusammenhang mit der Entwicklung, der Wartung und Pflege bzw. Abschaltung von geförderten Informations- und Kommunikationstechnologien stehen.

Kosten für Nachweise betreffen im Wesentlichen solche, die bereits im Rahmen der Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds vorgesehen sind. Zusätzlich können künftig hierüber aber auch Kosten gefördert werden für beauftragte, berechnete IT-Dienstleister, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie der Förderrichtlinien des BAS ausweisen.

Nach § 20 Abs. 2 Satz 1 KHSFV sind förderungsfähige Kosten für technische und informationstechnische Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHSFV insbesondere die Kosten für die Bereitstellung des Systems und der Anbindung an das Krankenhaus oder anderer Leistungserbringer an das System, einschließlich der für die Nutzung erforderlichen Software. Dazu zählen auch die Kosten für die Nutzung/Bereitstellung einer Software im Rahmen von sog. Subscriptionmodellen wie z. B. Pay as You Use oder Platform-as-a-Service. Ebenfalls sollten Softwarelizenzen-/Wartungskosten eingeschlossen werden über einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren. Bei Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 und 10 KHSFV sind insbesondere die Kosten des Krankenhauses für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen, die zum Aufbau telemedizinischer Netzwerke sowie der Sicherung der für die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses maßgeblichen Prozesse anfallen, förderfähig. D. h. auch die unmittelbaren Kosten der Krankenhäuser für die sichere Anbindung an die ambulante Einrichtung, vgl. § 20 Abs. 2 Satz 2 und 3 KHSFV.

Fördermittel werden auch in dem Umfang gewährt, die ein Krankenhausträger für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines zur Finanzierung eines förderungsfähigen Vorhabens aufgenommene Darlehen aufwendet (§ 20 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 2 Abs. 3 KHSFV).

Nach § 14a Abs. 3 Satz 5 KHG sind mindestens 15 Prozent der für die Förderung eines jeweiligen Vorhabens beantragten Mittel für technische und organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit zu verwenden. Ziel dessen ist es, dass

alle geförderten Maßnahmen bereits zu Beginn den Anforderungen und Standards der IT- und Cybersicherheit entsprechen.

Es sind nur solche Kosten förderfähig, die den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen (§ 20 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 2 Abs. 4 KHSFV).

Bei der Vergabe von Aufträgen sind die Vorgaben des nationalen und europäischen Vergaberichts durchgehend zu berücksichtigen. Es gelten hierbei die sonst üblichen sowie landesspezifischen Regelungen.

5.3. Höhe der Förderung

Jedes Land kann den Anteil beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 6. November 2018, abzüglich der Aufwendungen des BAS gemäß § 14a Abs. 6 Satz 3 KHG und des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 14b KHG, ergibt (§ 14a Abs. 3 Satz 1 KHG). Das BAS gibt die Förderanteile der Länder bekannt und veröffentlicht diese auf seiner Homepage unter www.bundesamtsozialesicherung.de (§ 21 Abs. 1 KHSFV). Die Liste der Förderanteile ist als **Anlage 1** dieser Richtlinie beigelegt. Das BAS weist die Fördermittel zu, bis der Anteil des Landes ausgeschöpft ist, § 14a Abs. 6 Satz 1 KHG.

Vorhaben werden anteilig gefördert. Das BAS gewährt Fördermittel grundsätzlich in Höhe von bis zu 70 Prozent der förderfähigen Kosten gegenüber dem Land. Das Land leitet die Fördermittel mittels Bewilligungs- und Auszahlungsbescheid an den Träger weiter. Das Land und/oder der Krankenhausträger tragen die restlichen 30 Prozent des Vorhabens. Jedes Land regelt in eigener Zuständigkeit, wie die restlichen 30 Prozent eines Vorhabens gefördert werden bzw. durch wen die Kosten für das geförderte Vorhaben zu übernehmen sind.

Eine Förderung durch das Land ist auch in einem höheren Maße möglich.

5.4. Förderungszeitraum

Fördermittel werden gewährt für Vorhaben, die frühestens am 2. September 2020 begonnen haben, § 14a Abs. 5 Nr. 1 KHG. Der Begriff des Beginns einer Maßnahme ist in § 1 Abs. 2 KHSFV näher erläutert. Die Länder können bis zum 31. Dezember 2021 beim BAS Fördermittel beantragen.

5.5. Mehrfachförderung

Eine Mehrfachförderung ist ausgeschlossen. Eine Mehrfachförderung liegt nicht vor, wenn es sich um getrennte Abschnitte eines Vorhabens handelt und insoweit eine sachliche Differenzierung und Kostentrennung möglich ist.

Eine Doppelförderung von Projekten aus Mitteln und Programmen des Bundes, d. h. eine Förderung z. B. durch den Innovationsfonds nach §§ 92 a und b SGB V bei gleichzeitiger Förderung durch den Krankenhauszukunftsfonds, ist grundsätzlich ausgeschlossen.

5.6. Begleitendes Kreditprogramm der KfW, § 21 Abs. 6 KHSFV

Das BAS beauftragt die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) gemäß § 21 Abs. 6 KHSFV mit einem den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Kreditprogramm, das Krankenhausträger, falls sie Zahlungen gemäß § 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG zu tätigen haben, bei der Zahlung des von ihnen zu tragenden Anteils der förderungsfähigen Kosten unterstützt⁶. Die KfW stellt für entsprechende Vorhaben Darlehen zur Finanzierung der Vorhaben zur Verfügung. Über das Kreditprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau können auch weitere Finanzierungspartner und -programme auf EU-Ebene eingebunden werden. **Hinsichtlich der Förderfähigkeit von Kosten im Zusammenhang mit einem Darlehen ist auf 5.2 zu verweisen.**

6. Sonstige Förderungsbestimmungen

6.1. Berechtigung der IT-Dienstleister, § 21 Abs. 5 KHSFV

Für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6, 8 und 10 KHSFV sind nur IT-Dienstleister, die für das Krankenhaus die geförderten Digitalisierungsvorhaben umsetzen sollen, von den Krankenhausträgern/Hochschulkliniken zu beauftragen, die vom BAS gemäß § 21 Abs. 5 KHSFV berechtigt worden sind. Die Berechtigung wird nach erfolgreichem Abschluss der Lernerfolgskontrolle automatisch mittels eines Zertifikatsdownloads erteilt, und weist nach, dass die leitende Mitarbeiterin oder der leitende Mitarbeiter des IT-Dienstleisters über die notwendige Eignung verfügt, um die Passfähigkeit des konkreten IT-Vorhabens mit einem der Fördertatbestände des Krankenhauszukunftsfonds bewerten zu können.

Das Schulungsprogramm wurde vom BAS unter Hinzunahme eines Drittdienstleisters ausgearbeitet und zum 29.12.2020 unter www.krankenhauszukunftsfonds.de kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Online-Schulung vermittelt die Inhalte der Fördertatbestände sowie weiterer prozessualer Aspekte des Krankenhauszukunftsfondsprogramms.

Im Anschluss an die Schulung erfolgt die Lernerfolgskontrolle in Form eines Online-Fragebogens, der das Wissen über die Voraussetzungen und Inhalte der Förderung mit Bezug auf die vorliegende Fördermittelrichtlinie abfragt. Durch die Unterweisung der IT-Dienstleister sollen diese befähigt werden, zu bewerten, ob die Fördervorhaben sowohl mit Blick auf die Ziele der Förderung, aber auch mit Blick auf die zeitlichen, finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen, realisiert werden können. Werden für die Umsetzung eines förderfähigen Vorhabens mehrere IT-Dienstleister (ggf. im Unterauftragsverhältnis) tätig, so reicht die Berechtigung des hauptsächlich tätigen IT-Dienstleisters bzw. dessen leitender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus, sofern dieser gegenüber den anderen beteiligten IT-Dienstleistern über entsprechende

⁶ Weitere Informationen: <https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/%C3%96ffentliche-Einrichtungen/Kommunale-Unternehmen/Infrastruktur/Krankenhaus-digitalisieren/>

Steuerungs- und Controllingkompetenzen bzw. -befugnisse verfügen, um die Ziele des Vorhabens zu erreichen.

Das Durchlaufen der Schulung verbunden mit dem erfolgreichen Abschluss des Online-Fragebogens begründet die Berechtigung nach § 21 Abs. 5 KHSFV. Sofern Fördervorhaben vor dem 1. Januar 2021 begonnen haben, ist die Berechtigung nachzuholen. Dies gilt auch für Beratungsleistungen.

6.2. Berichtspflichten

6.2.1. Bundesamt für Soziale Sicherung

Das BAS hat regelmäßig das Fördergeschehen in zusammengefasster Form auf seiner Homepage zu veröffentlichen. Die erstmalige Veröffentlichung wird zum 31. März 2022 mit Stand vom 31. Dezember 2021 erfolgen, danach jährlich zum 31. März mit Stand vom 31. Dezember. Die Veröffentlichung hat gemäß § 21 Abs. 4 KHSFV folgende Angaben, ohne dabei aber Rückschlüsse auf das betroffene Vorhaben zuzulassen, zu enthalten:

- die Anzahl und den Gegenstand der gestellten Anträge jeweils gesamt und nach Ländern und Vorhaben sowie länderübergreifenden Vorhaben differenziert,
- die Höhe der beantragten Fördermittel, jeweils gesamt und nach Ländern und Vorhaben sowie länderübergreifenden Vorhaben differenziert, und unter Angabe der Höhe der durch die Länder bereitgestellten Fördermittel,

sowie

- die Höhe, der vonseiten des BAS bewilligten Fördermittel jeweils gesamt und nach Ländern und Vorhaben sowie länderübergreifenden Vorhaben differenziert, wobei die Fördermittel für Vorhaben von Hochschulkliniken oder Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, gesondert ausgewiesen werden.

6.2.2. Länder

Die Berichtspflichten der Länder beziehen sich ausschließlich auf den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Daher wird unter Punkt 7.5. „Verwendungsnachweise“ näher auf die Berichtspflichten der Länder eingegangen.

6.2.3. Krankenhausträger/Hochschulklinik

Der Krankenhausträger/die Hochschulklinik hat gegenüber der nach § 14b KHG zu beauftragenden Forschungseinrichtung Berichtspflichten. Die werden daher unter dem nachfolgenden Punkt 6.3. „Evaluierung“ und dem Unterpunkt 6.3.1. „Pflichten des Krankenhausträgers/der Hochschulklinik“ erläutert.

Darüber hinaus hat der Krankenhausträger/die Hochschulklinik Berichtspflichten gegenüber dem jeweiligen Land. Das betrifft den Zuständigkeitsbereich der Länder. Daher legt jedes Land

selbst fest, welche Berichtspflichten seitens des Krankenhausträgers/der Hochschulklinik bestehen.

6.3. Evaluierung

Der Krankenhauszukunftsfonds bzw. dessen Auswirkungen auf den Grad der Digitalisierung der Krankenhäuser in Deutschland ist gemäß § 14b KHG zu evaluieren. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt daher eine Forschungseinrichtung oder ein Forschungskonsortium mit einer den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Auswertung. Die Auswertung hat sich auf die Digitalisierung aller Krankenhäuser und insbesondere der nach dem Krankenhauszukunftsfonds geförderten Vorhaben zu beziehen. Die Evaluierung hat Aussagen darüber zu treffen, inwiefern durch die Förderung durch den Krankenhauszukunftsfonds eine Verbesserung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser eingetreten ist. Aus der Auswertung soll sich ergeben, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser und der Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert werden konnte. Dafür wird im Rahmen der Auswertung der Reifegrad aller Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung jeweils zum 30. Juni 2021 und zum 30. Juni 2024 unter Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle festgestellt. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Krankenhausstrukturverordnung einen weiteren Stichtag festlegen. Das BAS würde in diesem Fall die Förderrichtlinie innerhalb von 6 Monaten ab Bekanntgabe des zusätzlichen Stichtages aktualisieren.

Eine Teilnahme all derjenigen Kliniken, die eine Förderung aus dem Krankenhauszukunftsfonds erhalten haben oder eine solche beantragt haben oder eine solche beabsichtigen, zu beantragen, ist im Zuge dessen ggf. rückwirkend verpflichtend. Den teilnehmenden Krankenhäusern wird ein Teilnahmezertifikat durch die mit der Reifegradmessung beauftragte Forschungseinrichtung ausgestellt. Die Länder prüfen, ob diejenigen Krankenhäuser, die nach § 14a KHG eine Förderung in dem jeweiligen Land erhalten, an der Reifegradmessung teilgenommen haben und bestätigen die Teilnahme gegenüber dem BAS.

6.3.1. Pflichten des Krankenhausträgers/der Hochschulklinik

Der Krankenhausträger/die Hochschulklinik hat der beauftragten Forschungseinrichtung auf deren Aufforderung in elektronischer Form die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstandes digitaler Maßnahmen zu übermitteln. Bei intersektoralen Projekten sind diese ggf. um die Einschätzung der beteiligten Einrichtungen zu ergänzen. Der Krankenhausträger/die Hochschulklinik ist ebenfalls zu einer Übermittlung verpflichtet, wenn zum Zeitpunkt der Erhebung noch kein positiver Förderbescheid vorliegt, jedoch eine Förderung beantragt ist oder beantragt werden soll.

6.3.2. Unterstützung der Krankenhausträger/Hochschulkliniken beim Erstellen der Selbsteinschätzung

Die Forschungseinrichtung entwickelt u. a. ein Tool, das den Krankenhäusern für ihre Selbsteinschätzung zur Verfügung gestellt wird und eine Vergleichbarkeit der ermittelten Reifegrade sicherstellt. Zudem unterstützt sie die Krankenhäuser bei ihrer Selbsteinschätzung je nach Bedarf auf Anfrage. Hierbei soll nicht nur erfasst werden, inwieweit sich der digitale Reifegrad der geförderten Krankenhäuser verbessert hat, sondern auch inwieweit die Förderung Anreize für die übrigen Krankenhäuser geschaffen hat, Anstrengungen zur Verbesserung ihres digitalen Reifegrades zu unternehmen. Aus diesem Grund sind im Rahmen des Forschungsvorhabens mindestens die tatsächlich geförderten Krankenhäuser als auch diese, die eine Förderung beantragt haben, zu Grunde zu legen, möglichst jedoch alle Krankenhäuser in Deutschland.

6.4. Bewirtschaftung der Fördermittel

Die durch das BAS ausgezahlten Fördermittel sind als Einnahmen in den Haushaltsplänen der Länder zu vereinnahmen, § 24 Abs. 3 i.V.m. § 9 KHSFV. Die Länder haben für die haushaltsmäßige Übertragbarkeit der ihnen gewährten Fördermittel Sorge zu tragen. Die Bewirtschaftung richtet sich nach dem jeweiligen Landeshaushaltsrecht.

6.5. Pflichten im Zusammenhang mit der Refinanzierung der Mittel durch die ARF

Die mit dem Krankenhauszukunftsfonds bereitgestellten Fördermittel sollen durch die Europäische Aufbau- und Resilienzfazilität (ARF) refinanziert werden. Das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ wurde hierzu in den Deutschen Aufbau- und Resilienzplan (DARP) aufgenommen. Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, ein wirksames und effizientes internes Kontrollsystem zum Schutz der finanziellen Interessen der Union vorzusehen. Das BAS, die Länder und die Krankenhäuser/Hochschulkliniken haben in diesem Zusammenhang insbesondere folgende Pflichten.

6.5.1. Auskunfts- und Mitwirkungspflichten (Art. 22 ARF-VO⁷)

Das BAS und die Länder sind verpflichtet, an den für den Schutz der finanziellen Interessen der Union gemäß Art. 22 ARF-VO erforderlichen Maßnahmen mitzuwirken. Hierzu gehören insbesondere die Erteilung von Auskünften zu den Kommunikations- und Prüfkettens des Förderprogramms, die Abgabe von Erklärungen zur Prävention, Aufdeckung und Behebung von Betrug, Korruption und Interessenkonflikten sowie die Erhebung von Daten zum Zwecke der Prüfung und Kontrolle der Verwendung der Mittel.⁸

Bedienstete der Europäischen Kommission, des Europäischen Amtes für Betrugsbekämpfung (OLAF), des Europäischen Rechnungshofs und der Europäischen Staatsanwaltschaft (EUStA) bzw. von diesen Bevollmächtigte sind berechtigt, im Rahmen einer örtlichen Überprüfung, Grundstücke und Gebäude im erforderlichen Umfang zu betreten und alle für dieses Vorhaben relevanten Unterlagen einzusehen. Die Länder und die Krankenhäuser/Hochschulkliniken sind verpflichtet, die zur Prüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

6.5.2. Transparenzpflichten (Art. 25a ARF-VO)

Das BAS ist verpflichtet, Auskünfte für die Veröffentlichung der 100 größten Endempfänger von Fördermitteln im Sinne des Art. 25a ARF-VO zu erteilen. Hierzu gehören insbesondere die Bezeichnung des Krankenhauses, die von jedem Krankenhaus erhaltene Fördersumme sowie das Institutionskennzeichen des Krankenhauses als eindeutige, auf nationaler Ebene festgelegte Kennung des Endempfängers. Die Länder übermitteln dem BAS die entsprechenden Daten zwei Mal im Jahr.

6.5.3. Informations- und Publizitätspflichten (Art. 34 Abs. 2 ARF-VO)

Das BAS und die Länder stellen sicher, dass die Förderung durch die Union Sichtbarkeit erhält. Dies kann insbesondere durch das Versehen der Auszahlungs- bzw. Förderbescheide mit dem EU-Emblem und der Finanzierungserklärung „Finanziert von der Europäischen Union – NextGenerationEU“ erfolgen.

Die Krankenhäuser/Hochschulkliniken gewährleisten als Endempfänger der Fördermittel die Sichtbarkeit der Herkunft der Mittel/der Unionsfinanzierung. Dies kann insbesondere durch eine Einbindung von EU-Emblem und Finanzierungserklärung in die digitalen Dienste erfolgen.

⁷ Verordnung (EU) 2021/241 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Februar 2021 zur Einrichtung der Aufbau- und Resilienzfazilität.

⁸ Eine Konkretisierung dieser Pflichten erfolgt ggf. mit der nächsten Aktualisierung der Förderrichtlinie.

An den Durchführungsorten können kleinere Plakate (A4 oder A5) verwendet werden, die das EU-Emblem und die Finanzierungserklärung enthalten.



Das EU-Emblem und die Finanzierungserklärung sind über das Download-Center für visuelle Elemente der Europäischen Kommission verfügbar (https://ec.europa.eu/regional_policy/de/information/logos_downloadcenter/). Wird das EU-Emblem in Verbindung mit einem anderen Logo gezeigt, muss es mindestens so deutlich und gut sichtbar wie die anderen Logos platziert werden. Das EU-Emblem muss unterscheidbar bleiben und darf nicht modifiziert werden.

6.5.4. Aufbewahrungspflichten

Die Unterlagen zum Krankenhauszukunftsfonds müssen mindestens bis zum 31. Dezember 2031 aufbewahrt werden. Gemäß Art. 12 des Financing Agreement⁹ zwischen der EU Kommission und der Bundesrepublik Deutschland können durch die EU-Kommission Prüfungen während der Umsetzung des DARF und bis fünf Jahre nach der Abschlusszahlung durchgeführt werden. Die Abschlusszahlung seitens der EU Kommission ist gegenwärtig für das Jahr 2026 vorgesehen, sodass sich eine Pflicht zur Aufbewahrung der Unterlagen bis mindestens zum Ende des Jahres 2031 ergibt.

7. Verfahren

7.1. Zuständigkeiten

7.1.1. Land

Die Krankenhausträger und Hochschulkliniken richten ihre Bedarfsanmeldung und ggf. gesonderten Antrag an die vom jeweiligen Landesministerium festgelegte Bewilligungsbehörde.

⁹ RECOVERY AND RESILIENCE FACILITY FINANCING AGREEMENT between the Commission and the Federal Republic of Germany

7.1.2. Bundesamt für Soziale Sicherung

Das BAS ist gegenüber den Ländern die zuständige Bewilligungsbehörde.

7.2. Antragsverfahren

7.2.1. Antragsverfahren Krankenhasträger / Hochschulkliniken

7.2.1.1. Bedarfsanmeldung

Der Krankenhasträger/die Hochschulklinik muss gegenüber dem zuständigen Land seinen Bedarf mit Hilfe des Formulars über die Bedarfsanmeldung anmelden. Das BAS stellt die entsprechenden Formulare bereit. Die Formulare zur Bedarfsanmeldung finden sich in der Anlage 2 zu dieser Richtlinie sowie auf der Homepage des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de.

Bei länderübergreifenden Vorhaben reichen Krankenhasträger gemeinsam eine Bedarfsanmeldung ein. Hierbei ist eine federführende Einrichtung zu benennen. Die Bedarfsanmeldung ist an alle betroffenen Länder zu senden.

7.2.1.2. Antrag und Entscheidung beim Land

Die Länder können das Nähere über die Ausgestaltung der Förderanträge der Krankenhausträger festlegen, § 14a Abs. 4 Satz 2 KHG. Sie können neben der Bedarfsanmeldung weitere Angaben, wie einen gesonderten Antrag, von dem Krankenhausträger/der Hochschulklinik verlangen. Die Ausgestaltung ist Ländersache.

Das Land trifft die Entscheidung, für welche Vorhaben eine Förderung beim BAS beantragt werden soll. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder entscheiden vielmehr nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Entscheidung ist innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Bedarfsanmeldung seitens des Krankenhausträgers/der Hochschulklinik zu treffen. Innerhalb dieser Entscheidungsfindung ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Länder können weitere Organisationen im Gesundheitswesen beteiligen.

7.2.2. Antragsverfahren bei dem Land

Das Land stellt beim BAS einen Antrag auf Förderung des Vorhabens des Krankenhausträgers. Die entsprechenden Antragsformulare befinden sich in der Anlage 3 zu dieser Richtlinie sowie auf der Homepage des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de. Dabei macht das BAS gemäß § 14a Abs. 6 Satz 5 KHG von seinem Recht Gebrauch, zum Zwecke einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Fördervorhabens näheres zur Durchführung des Förderverfahrens zu treffen und Antragsunterlagen nach § 22 Abs. 2 KHSFV in einem einheitlichen Format vorzugeben.

7.2.2.1. Antragsunterlagen

Dem Antrag des Landes gegenüber dem BAS sind gemäß § 22 Abs. 2 KHSFV folgende Unterlagen beizufügen:

1. Vorhabensbeschreibung mit Angabe des voraussichtlichen Beginns und Endes sowie der voraussichtlichen Höhe des Investitionsvolumens (§ 22 Abs. 2, § 4 Abs. 2 Nr. 1 KHSFV),
2. Erklärung mit Angabe der voraussichtlichen Höhe der förderungsfähigen Kosten, Finanzierungsanteil des Landes und/oder ggf. Finanzierungsbeiträge Dritter (§ 22 Abs. 2, § 4 Abs. 2 Nr. 2 KHSFV),
3. Erklärung des antragstellenden Landes zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 14a Abs. 5 Nr. 3 KHG einzuhalten, sowie die Zusicherung des antragstellenden Landes/Krankenhausträgers zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG einzuhalten (§ 22 Abs. 2 Nr. 1 KHSFV).

§ 22 Abs. 2 Nr. 1 KHSFV sieht eine Erklärung über die Bereitstellung der erforderlichen Landesinvestitionsmittel sowie die Erhöhung dieser Mittel um die Ko-Finanzierung vor. Die Erklärung muss sich also darauf beziehen, dass das Land sich verpflichtet, in den Jahren 2020 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in

der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt, der in den Haushaltsplänen der Jahre 2016 bis 2019 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht (§ 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG). Das Land hat in der Erklärung zusätzlich verbindlich anzugeben, dass die für die Jahre 2020 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel zusätzlich um die von Land zu tragende Fördersumme erhöht werden.

Parallel dazu hat das antragstellende Land oder der Krankenhausträger zuzusichern, dass es bzw. er mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen wird.

4. Nachweise darüber, dass und inwiefern ein Anteil in Höhe von mindestens 15 Prozent für technische und organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt wird, § 22 Abs. 2 Nr. 2 KHSFV,
5. Bei einer Antragstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHSFV sind Nachweise über die mit der Anpassung der Notaufnahme an den Stand der Technik verbundenen Maßnahmen vorzulegen, § 22 Abs. 2 Nr. 3 KHSFV. D. h. Nachweise über die Anschaffung der Software und der Anbindung an die Notaufnahme sowie über die geplanten oder bereits durchgeführten Schulungen,
6. Bei einer Antragstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 KHSFV sind Nachweise über die Etablierung digitaler Dienste beizufügen (§ 22 Abs. 2 Nr. 4 KHSFV). Der Nachweis muss durch eine Bestätigung eines nach § 21 Abs. 5 KHSFV beauftragten, berechtigten Dienstleisters erfolgen. Die Bestätigung ist mittels einer Erklärung abzugeben. Der Dienstleister ist verantwortlich (im Rechtssinne) für den Inhalt der Erklärung. Berechtigte Dienstleister haben ihre Befähigung, Informations- und Kommunikationstechnologien im Sinne des § 19 KHSFV entwickeln und implementieren zu können, durch eine Berechtigung nachzuweisen,
7. Bei einer Antragsstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHSFV ist die Bestätigung (Eigenauskunft des Antragstellers), dass das Konzept zur Abstimmung des Leistungsangebots mehrerer Krankenhäuser wettbewerbsrechtlich zulässig ist, vorzulegen (§ 22 Abs. 2 Nr. 5 KHSFV),
8. Bei einer Antragstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHSFV ist die Bestätigung des nach § 21 Abs. 5 KHSFV berechtigten Mitarbeitenden des zu beauftragenden IT-Dienstleisters oder der zu beauftragenden Dienstleister, dass die technischen Voraussetzungen für die Anbindung und Nutzung des Systems gegeben sind, beizufügen (§ 22 Abs. 2 Nr. 6 KHSFV). Damit ist insbesondere eine Bestätigung, über das Bestehen der technischen Voraussetzungen für die Anbindung und Nutzung des Versorgungsnachweis-/ (Betten-) Systems, vorgesehen,
9. Bei einer Antragstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 KHSFV ist eine schriftliche oder elektronische Bestätigung des Krankenhausträgers, dass die Dienste

und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch verwendet werden, und diese die Anforderungen nach 4.2.1. erfüllen, vorzulegen, sobald sie zur Verfügung stehen (§ 22 Abs. 2 Nr. 7 KHSFV). Die tatsächliche Verwendung der IT-Dienste ist zu bestätigen,

10. Bei einer Antragstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 KHSFV ist die Bestätigung der nach § 21 Abs. 5 KHSFV berechtigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des zu beauftragenden IT-Dienstleister oder der zu beauftragenden Dienstleister, dass die Maßnahmen erforderlich sind, um die informationstechnischen Systeme des Krankenhauses an den Stand der Technik anzupassen, beizufügen (§ 22 Abs. 2 Nr. 8 KHSFV),
11. Bei einer Antragstellung eines Vorhabens nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 KHSFV ist der Bescheid der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, aus dem sich die Verringerung der Betten, mit denen das Krankenhaus in dem Krankenhausplan aufgenommen ist, ergibt, mit dem Antrag vorzulegen (§ 22 Abs. 2 Nr. 9 KHSFV),
12. Die Berechnung des Barwertes nach § 20 Abs. 3 i.V.m. § 2 Abs. 3 Satz 3 KHSFV einschließlich der Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsthematischen Annahmen ist, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll, dem Antrag beizufügen (§ 22 Abs. 2 Nr. 10 KHSFV).

Wird ein Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens durch den Krankenhausträger finanziert, können Fördermittel aus dem Krankenzukunftsfonds bis zur Höhe des Betrags gewährt werden, der dem Barwert der in den ersten zehn Jahren nach der Darlehensaufnahme aufzuwendenden Zinsen, Tilgungsleistungen und Verwaltungskosten entspricht. Die Begrenzung auf zehn Jahre trägt dem Umstand Rechnung, dass bei einem längeren Zeitraum die der Ermittlung des Barwertes zu Grunde zu legenden versicherungsmathematischen Annahmen unsicherer werden mit der Folge, dass auch die Ermittlung der Höhe des Barwertes unzuverlässiger wird.

Die vorzulegenden Erklärungen und Nachweise sind schriftlich einzureichen. Muster oder weitergehende Formvorgaben werden seitens BAS nicht gemacht.

7.2.3. Antragsverfahren für länderübergreifende Vorhaben

Die betroffenen Länder stellen gemeinsam einen Antrag für das länderübergreifende Vorhaben. Sofern also der/die Krankenhausträger ein Vorhaben für mehrere Standorte in unterschiedlichen Ländern durchführen wollen, ist ein länderübergreifender Antrag zu stellen. Die entsprechenden Antragsformulare befinden sich in der Anlage 4 zu dieser Richtlinie sowie auf der Homepage des BAS unter www.bundesamtsozialesicherung.de. Dabei macht das BAS wie-

derum gemäß § 14a Abs. 6 Satz 5 KHG von seinem Recht Gebrauch, zum Zwecke einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Fördervorhabens Näheres zur Durchführung des Förderverfahrens zu treffen und Antragsunterlagen nach § 22 Abs. 2 KHSFV in einem einheitlichen Format vorzugeben.

7.2.3.1. Antragsunterlagen

Anträgen bzgl. **länderübergreifenden Vorhaben** sind die in § 22 Abs. 2 KHSFV aufgeführten Unterlagen beizufügen, siehe dazu im Einzelnen unter Punkt 7.2.2.1. „Antragsunterlagen“.

Zusätzlich sind aber gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 12 KHSFV folgende weitere Unterlagen vorzulegen:

- Erklärung, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils die Kosten des Vorhabens nach § 14a Abs. 5 Nr. 2 KHG tragen,
- Erklärung, in welchem Verhältnis die Fördermittel an die beteiligten Länder auszu zahlen sind und
- Erklärung, in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen würden.

7.3. Bewilligungsverfahren

7.3.1. Bundesamt für Soziale Sicherung

Das BAS prüft die Anträge der Länder und die darin enthaltenen Fördervoraussetzungen. Es entscheidet über die Anträge durch Bescheid und zahlt die bewilligten Mittel an das antragstellende Land aus, § 23 Abs. 1 i. V. m. § 6 Abs. 1 KHSFV.

Die Länder haben dem BAS unverzüglich, spätestens jedoch 15 Monate nach der Bekanntgabe des Auszahlungsbescheides ihren Bescheid über die Förderung des jeweiligen Vorhabens, vorzulegen.

Die Auszahlungsbescheide sind gemäß § 23 Abs. 2 KHSFV mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass

- die Voraussetzungen für die Gewährung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind,
- der Finanzierungsanteil des Krankenhauszukunftsfonds höher als 70 % liegt,
- die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
- die nach § 25 Abs. 1 KHSFV geforderten Angaben nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vorgelegt werden
oder
- die Angaben nach § 25 Abs. 1 Nr. 5 KHSFV über die Bereitstellung der Haushaltsmittel für Investitionsmittel ergeben, dass die Verpflichtungen nach § 14a Abs. 5 Nr. 3 KHG nicht erfüllt worden sind.

7.3.2. Land

Die Länder regeln in ihrer eigenen Zuständigkeit Näheres zu ihrem Bewilligungsverfahren.

7.4. Anspruch auf Förderung

Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Vielmehr entscheidet das BAS nach pflichtgemäßem Ermessen.

Das Land kann Näheres in eigener Zuständigkeit regeln. So kann das Land etwa festlegen, dass es nur eine Auswahl an Tatbeständen fördern wird.

Das BAS weist in der Regel die Mittel zu, wenn das Vorhaben förderfähig ist und die Landesmittel noch nicht erschöpft sind.

7.5. Verwendungsnachweisverfahren

7.5.1. Verwendungsnachweise des Landes an das Bundesamt für Soziale Sicherung

Die Länder haben den Nachweis zu erbringen, dass die gewährten Fördermittel zweckentsprechend verwendet werden/wurden. Dazu haben sie dem BAS nach § 25 Abs.1 KHSFV zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2021, für die Vorhaben, für die das BAS Fördermittel gewährt hat, folgende Angaben zu übermitteln (Übersicht aller Nachweise in Anlage 5):

- Angaben über den Stand der Umsetzung und dem voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,
- bei den in § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6, 8 und 10 genannten Vorhaben einen Nachweis des oder der beauftragten, berechtigten IT-Dienstleister darüber, dass bei dem aktuellen Umsetzungsstand des Vorhabens die Voraussetzungen der Förderrichtlinien des BAS, die die technische Umsetzung des Vorhabens betreffen, sowie § 14a Abs. 3 Satz 7 des KHG, eingehalten wurden,
- die Ergebnisse einer Zwischenprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt ist,
- Angaben zur Höhe der ausgezahlten Fördermittel,
- aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass das Land die allgemeinen Voraussetzungen (s. Punkt. 4.1.3. „Allgemeine Voraussetzungen Land und § 14a Abs. 5 KHG) insbesondere im Hinblick auf die Ko-Finanzierung, die Bereitstellung im Haushalt und die Teilnahme an der Auswertung nach § 14b Satz 3 KHG, einhalten,
- aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des bisher für die Krankenhausträger und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.

Die Länder teilen dem BAS Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit. Das BAS kann die Vorlage weiterer Nachweise verlangen, sofern dies für die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel erforderlich ist.

7.5.2. Verwendungsnachweise der Krankenhausträger/Hochschulkliniken an das Land

Die Krankenhausträger/Hochschulkliniken haben gegenüber dem Land den Nachweis zu erbringen, dass die gewährten Fördermittel zweckentsprechend verwendet werden/wurden. Das Nähere dazu bestimmen die Länder in ihrer eigenen Zuständigkeit.

Die Länder prüfen nach § 25 Abs. 2 KHSFV durch geeignete Maßnahmen die Richtigkeit eines Verwendungsnachweises der Krankenhausträger.

7.6. Rückforderungen

7.6.1. Rückforderungen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung

Das BAS kann im Rahmen des § 24 KHSFV Rückforderungsansprüche geltend machen. Danach sind Rückforderungsansprüche geltend zu machen, wenn einer der in § 23 Abs. 2 KHSFV genannten Fälle vorliegt (s. dazu unter Punkt 7.3. „Bewilligungsverfahren Bundesamt für Soziale Sicherung“). Auch kann das BAS den Auszahlungsbescheid aufheben und die gewährten Fördermittel zurückfordern, wenn das Land seinen Bescheid über die Förderung eines Vorhabens nicht in der in § 23 Abs. 3 KHSFV genannten Frist dem BAS vorlegt. Für die Rücknahme oder den Widerruf von Auszahlungsbescheiden des BAS und für die Erstattung von Fördermitteln gelten die §§ 44 bis 51 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, § 24 Abs. 1 KHSFV.

Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das BAS zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.

7.6.2. Rückforderungen durch das Land

Das Land fordert gewährte Mittel von dem Krankenhausträger/der Hochschulklinik zurück, wenn die Voraussetzungen für die Förderung nicht vorliegen. Näheres regeln die Länder in ihrer eigenen Zuständigkeit.

Fordert ein Land von ihm gewährte Mittel von einem Krankenhausträger oder einer Hochschulklinik zurück, so hat es auch den aus dem Krankenhauszukunftsfonds gezahlten Anteil zurückzufordern und an das BAS zu Gunsten des Krankenhauszukunftsfonds zurückzuzahlen, § 24 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. § 7 Abs. 3 Satz 1 KHSFV. Die Regelung über die Zinserträge gelten entsprechend, § 24 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. § 7 Abs. 3 Satz 2 KHSFV.

7.6.3. Zinsen

Gemäß § 24 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. § 7 Abs. 2 Satz 2 KHSFV sind Zinserträge, die mit den Fördermitteln erzielt worden sind, anteilig an das BAS zu Gunsten des Krankenhauszukunftsfonds abzuführen. Das gilt nicht für die Zinserträge, die ein Land aus der Bewirtschaftung (s. Punkt

6.4. „Bewirtschaftung“) der Fördermittel erzielt, wenn es diese in Teilbeträgen an den Krankenhausträger/die Hochschulklinik auszahlt.

8. Geltungsbeginn

Diese Förderrichtlinie ist zum 30. November 2020 in Kraft getreten.

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Übersicht Förderanteile je Bundesland
- Anlage 2 Formular Bedarfsanmeldung
- Anlage 3 Antragsformular
- Anlage 4 Antragsformular länderübergreifende Vorhaben
- Anlage 5 Übersicht Nachweise