



Kurzbericht

öffentlich

2. Sitzung – Gesundheits- und Familienpolitischer Ausschuss

8. Mai 2024 – 14:03 bis 15:36 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Sandra Funken (CDU)

CDU

Maximilian Bathon
Andreas Hofmeister
Stefanie Klee
Max Schad

AfD

Gerhard Bärsch
Arno Enners
Volker Richter

SPD

Nadine Gersberg
Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenb.)
Oliver Ulloth

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Christoph Sippel

Freie Demokraten

Yanki Pürsün



Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU: Michel Mads Pietzonka
 AfD: Dagmar Tröger
 SPD: Bettina Kaltenborn
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Fiona Schultz
 Freie Demokraten: Thorsten Bauroth

Landesregierung, Rechnungshof, etc.:

Name – Bitte in Druckbuchstaben –	Amts-/Dienst- bezeichnung	Ministerium, Behörde
KANTHER	AL II	Mdi
Seidel	IdP	ndI
Gillenbergh	RKü	ndI
Zimmer	PHK	MEI
Zink	M3	HMdI
Rosegarten	RL	HMFG
Brand	Referentin	HMFG
Gelch	M3	HMFG
Optendrenk	St	HMFG
Stolr	Lin	HMFG
Risch	MA	HMFG
Gveto	St Stabsstelle	KV + K... K... K...

Protokollführung: Kathrin Wolf

Die **Vorsitzende** eröffnet die Sitzung, begrüßt die Anwesenden, gratuliert zu Geburtstagen und teilt mit, von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sei im Vorfeld der Sitzung für die Behandlung des Tagesordnungspunktes 1 Öffentlichkeit beantragt worden. – Die Vorsitzende stellt Einvernehmen hierzu fest.

- 1. Dringlicher Berichts Antrag**
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Cannabisgesetz in Hessen: „Wichtige Kehrtwende“ (Mansoori) oder „völlig misslungen“ (Poseck)?
– Drucks. [21/492](#) –

Vorbemerkung der Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege:

Am 1. April 2024 ist das Gesetz zum Umgang mit Cannabis in Kraft getreten. Das Gesetz sieht eine kontrollierte Freigabe der Droge mit zahlreichen Regeln und Vorgaben vor. Das Gesetz hat dabei nicht nur unmittelbare Auswirkungen auf die Abgabe und den Konsum von Cannabis, sondern betrifft zumindest mittelbar auch die Bereiche Sicherheit und Gesundheit. Damit gilt es für einen verantwortungsvollen Umgang mit diesem Gesetz und den damit einhergehenden Auswirkungen sowohl im Bereich der Sicherheit angemessene Vorgaben zu machen und zu normieren als auch Angebote zu den Bereichen Sucht und vor allen Dingen Prävention (weiter-) zu entwickeln und zu etablieren. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei immer auch auf den Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Für den Zuständigkeitsbereich des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege möchte ich vorab gerne als erste konkrete Maßnahme den kurzfristig eingerichteten Runden Tisch „Cannabisprävention“ erwähnen. Die konstituierende Sitzung fand bereits am 25. April 2024 statt. An dieser nahmen Expertinnen und Experten aus der Suchthilfe und Organisationen mit Kontakt zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie die betroffenen Fachressorts teil.

Das gemeinsame Ziel des Runden Tisches ist es, bis Ende des Jahres eine Strategie zu entwickeln, wie die zum Teil noch sehr junge Zielgruppe über den Konsum sowie die daraus entstehenden Folgen informiert und aufgeklärt werden soll. Weitere Termine sind bereits geplant.

Diese Vorbemerkung vorangestellt, berichte ich im Einvernehmen mit dem Hessischen Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz wie folgt:

Frage 1: Hält die Landesregierung das Cannabisgesetz für einen Meilenstein oder für völlig misslungen?

Das Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes im April 2024 bringt erhebliche gesundheitliche Risiken, vor allem für Heranwachsende sowie Herausforderungen im Bereich Sicherheit mit sich. Wir werden das Gesetz daher restriktiv und mit strikten Überwachungen der vorgeschriebenen Einschränkungen umsetzen. Dazu gehören die konsequente Kontrolle der bei Cannabis-Konsum festgelegten Abstandsregeln zu Schulen, Kitas, Spiel- und Sportplätzen, Cannabisverbotszonen sowie strenge Kontrollen im Straßenverkehr

Frage 2: Das Cannabisgesetz regelt bereits ausdrücklich Cannabisverbote. Wie bewertet die Landesregierung mit Blick auf die Sperrwirkung der bundesrechtlichen Regelungen die Ankündigungen des Innenministers, weitere Cannabisverbote einzurichten?

Die Abwehr von Gefahren, einschließlich die Verhütung von Straftaten, unterfällt grundsätzlich der Gesetzgebungskompetenz der Länder. Nach Artikel 70 Absatz 1 Grundgesetz (GG) haben diese das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz die Befugnis nicht dem Bund verleiht. Die Artikel 70 ff. Grundgesetz weisen dem Bund auf dem Gebiet der Gefahrenabwehr keine allgemeine Befugnis zu. Daher kommt grundsätzlich § 71 in Verbindung mit § 74 HSOG als eine allgemeine Ermächtigunggrundlage zum Erlass von Gefahrenabwehrverordnungen der Gemeinden in Betracht.

Frage 3: Liegen der Landesregierung wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die belegen, dass der Konsum von Cannabis gesundheitsschädlicher ist als Alkoholkonsum? Bitte Studien nennen.

Entsprechende vergleichende Studien sind nicht bekannt. Der Landesregierung sind Studien bekannt, die die Gesundheitsschädigung durch Cannabis belegen. Diese weisen folgende gesundheitsschädliche Auswirkungen des Cannabiskonsums bei regelmäßigem und häufigem Konsum aus:

- Verschlechterung der Hirnleistung, insbesondere der Gedächtnisleistung, Einschränkungen bei Lern- und Erinnerungsleistungen
- Erhöhung des Erkrankungsrisikos für psychische Störungen, insbesondere Psychosen, Angststörungen und manische Depressionen
- Erhöhung des Risikos für Atemwegserkrankungen

Die Gefahr für diese Gesundheitsschäden besteht insbesondere für Jugendliche, deren Hirnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Ich verweise hierzu insbesondere auf die Ergebnisse der sogenannten CaPRis-Studie (Cannabis: Potential und Risiken) der Drogenbeauftragten der Bundesregierung aus dem Jahr 2018.

Frage 4: Wie viele Todesfälle in Hessen ließen sich in den Jahren 2023 und 2022 auf den Konsum von Cannabis zurückführen?

Mangels einer entsprechenden Statistik sind hierzu keine Angaben möglich.

Frage 5: Wie viele Todesfälle in Hessen ließen sich in den Jahren 2023 und 2022 auf den Konsum von Nikotin zurückführen?

Mangels einer entsprechenden Statistik sind hierzu keine Angaben möglich.

Frage 6: Wie viele Todesfälle in Hessen ließen sich in den Jahren 2023 und 2022 auf den Konsum von Alkohol zurückführen?

Mangels einer entsprechenden Statistik sind hierzu keine Angaben möglich.

Frage 7: Unter welchen Bedingungen können die vom Innenminister angekündigten Verbotszonen ausgewiesen werden?

Frage 8: Inwiefern kann ohne Erfahrungen mit dem legalen Umgang mit Cannabis jetzt schon klar sein, dass diese Bedingungen auf bestimmte Orte oder Veranstaltungen zutreffen?

Frage 9: Welche konkrete Gefahr sollen die angekündigten Cannabis-Verbotszonen abwehren?

Die Fragen 7 bis 9 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der Umsetzung des Cannabisgesetzes orientieren wir uns am vorgegebenen rechtlichen Rahmen. Unser Ziel ist es, dem Gesundheitsschutz, insbesondere von Minderjährigen, und der Sicherheit, zum Beispiel im Straßenverkehr, bestmöglich Rechnung zu tragen.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für den Erlass von Rechtsverordnungen im Sinne § 71 in Verbindung mit § 74 HSOG muss im jeweiligen Einzelfall geprüft werden. Insbesondere ist dabei zu prüfen, ob ein Cannabisverbot im konkreten Einzelfall zur Gefahrenabwehr aufgrund regelmä-

ßig und typischerweise auftretender Schäden für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist. Dazu gehört die konkrete Gefahr des Cannabiskonsums vor Minderjährigen, die gerade bei Volksfesten in Betracht kommt.

Frage 10: Selbst, wenn Dealerinnen und Dealer ihre Tätigkeit nicht einstellen, wird die Nachfrage auf dem Schwarzmarkt durch den legalen Markt deutlich kleiner. Liegen der Landesregierung Erkenntnisse vor, die mit einer Ausweitung des Schwarzmarktes durch die Cannabis-Legalisierung rechnen? Wenn ja: Welche? Bitte Studien nennen.

Die Cannabis-Legalisierung geht einher mit erhöhten Anforderungen für die Strafverfolgungs- und Ordnungsbehörden. Dies gilt insbesondere für die im Gesetz im Einzelnen vorgesehenen Überwachungs-, Sanktionierungs- und Präventionsaufgaben, die mit erheblichen personellen Aufwänden einhergehen, und zwar sowohl bei der Polizei als auch bei den zuständigen Behörden.

In Hessen machten Cannabis-Delikte in den vergangenen Jahren einen Großteil aller Rauschgiftdelikte aus. Es ist damit zu rechnen, dass die Legalisierung zu einer Ausweitung des Schwarzmarktes führt, was wiederum nicht nur gravierende Folgen auf die Bekämpfung der Organisierten Kriminalität hätte, sondern auch einen Anstieg der Jugendkriminalität nach sich ziehen könnte.

Unter Zugrundelegung der polizeilichen Erfahrungswerte ist nicht davon auszugehen, dass langjährige und professionelle Akteure des organisierten Drogenhandels nach einer Legalisierung von Cannabis ihre Tätigkeiten einstellen werden. Da sie sich hierbei – im Unterschied zu den legalen Produzenten – nicht an staatliche Kontrollen und steuerliche Vorgaben halten müssten, könnten sie ihre Produkte günstiger und damit für sie gewinnbringend auf den Markt bringen. Und auch die Gefahr einer Stärkung der Strukturen der Organisierten Kriminalität, die von Seiten kriminalpolizeilicher Experten erwartet wird, wiegt schwer. Die Cannabis-Legalisierung erleichtert den illegalen Handel mit Cannabis massiv und schwächt seine Attraktivität kaum.

Frage 11: Der Innenminister begründet seine Planungen zu einem möglichst restriktiven Umgang mit Cannabis auch mit dem Gesundheitsschutz. Für den Gesundheitsschutz sollte aus wissenschaftlicher Sicht jede Art von Rauch vermieden werden. Wird die Landesregierung das Hessische Nichtraucherschutzgesetz anpassen und Rauchverbote analog zu Cannabisverboten etwa in Sportstätten und Fußgängerzonen umsetzen?

Die Hessische Landesregierung prüft analog zu anderen Bundesländern die Möglichkeit und Notwendigkeit ergänzender Regelungen.

Frage 12: Insbesondere Kinder und Jugendliche müssen vor den schädlichen Folgen von (legalen) Drogen gewarnt und über mögliche Folgen aufgeklärt werden. Plant die Regierung analog zu Cannabis ein Verbot von Werbung und Sponsoring für Zigaretten und Alkohol?

Es gibt bereits weitreichende Werbe- und Sponsoringverbote für alkoholische Getränke und Tabakwaren, die insbesondere zum Schutz der Gesundheit der Jugendlichen eingeführt wurden.

Frage 13: Gibt es derzeit oder wird es Unterschiede zwischen der Überwachung von Cannabis Verboten und der Überwachung des Nichtraucher-schutzes geben?

a) Wenn ja: Welche?

b) Wenn ja: Warum?

Die konkrete Umsetzung des Cannabisgesetzes des Bundes befindet sich derzeit noch in Prüfung.

Frage 14: Wie soll der angekündigte Bußgeldkatalog beim Verstoß gegen die Cannabis-Verbote aussehen?

Die Ausgestaltung eines Bußgeldkatalogs im Einzelnen sowie der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit der einzelnen Bußgeldtatbestände befindet sich aktuell in der Diskussion.

Frage 15: Wird es Unterschiede zwischen den Bußgeldern beim Verstoß gegen Cannabis-Verbote und den Bußgeldern beim Verstoß gegen den Nichtraucherschutz geben? Wenn ja. Warum?

Hierzu kann zum aktuellen Zeitpunkt und insbesondere unter Einbeziehung der Ausführungen zu Frage 14 keine Antwort gegeben werden.

Abgeordneter **Volker Richter** merkt an, bei den Diskussionen in der vergangenen Legislaturperiode seien viele Argumente gegen den Cannabiskonsum, die die Ministerin zurecht genannt habe, vor allem seitens der GRÜNEN verneint worden.

Zu den Fragen 4, 5 und 6 habe die Ministerin geantwortet, dazu lägen keine Statistiken vor, obgleich die Landesregierung die gesundheitlichen Risiken erkannt und in Frage 1 darauf verwiesen habe. Für die Fragen 4, 5 und 6 müsse man Statistiken erstellen, deshalb wolle er wissen, ob dies in Zukunft geplant sei.

Ministerin **Diana Stolz** stellt fest, dass die Erstellung solcher Statistiken schwieriger sei, als dies vermuten lasse. Um als Fall in der Statistik aufgenommen zu werden, müsse der Totenschein die Todesursache zweifelsfrei benennen. Selbst im Falle einer zum Tode führenden Lungenkrebserkrankung sei das Rauchen als Ursache nicht immer eindeutig beweisbar, da oftmals noch andere begünstigende Faktoren hinzukämen.

Abgeordneter **Marcus Bocklet** bittet die Ministerin um eine Bewertung des Cannabisgesetzes, da dies aus der Antwort zu Frage 1 nicht eindeutig hervorgegangen sei.

Ferner könne er die Aussage, der Schwarzmarkt werde zukünftig anwachsen, nicht nachvollziehen. Vielmehr gehe er davon aus, dass aus der Gruppe der Konsumenten, die sich in der Vergangenheit illegal Cannabis besorgt hätten, nun einige auf legale Beschaffungswege umsteigen würden.

Weiterhin weise er darauf hin, bei der Polizei entstehe nur dann ein personeller Mehraufwand, wenn in Hessen die Restriktionen und Repressionen stärker ausfielen, als das Gesetz dies vorsehe und sie dadurch mehr Kontrollaufgaben hätte. Der Bund Deutscher Kriminalbeamter spreche landesweit von ca. 180.000 konsumnahen Vergehen, die in der Vergangenheit von der Polizei aufgenommen und von der Justiz bearbeitet worden seien. Auf Hessen entfielen rechnerisch somit ca. 10 % der Fälle. Insofern sei in Zukunft also von rund 18.000 Fällen weniger auszugehen, die Polizei und Justiz belasteten. Nachvollziehbar sei, dass durch die Amnestieregelung alte Straffälle überprüft werden müssten und dies zunächst einen Mehraufwand für die Justiz bedeute. Deshalb frage er, ob darüber hinaus eine stärkere Belastung für die Justiz zu erwarten sei.

Zur Frage der Haltung der Landesregierung weist Ministerin **Diana Stolz** darauf hin, es sei kein Geheimnis, dass es in einer Koalition und auch in einer Landesregierung durchaus unterschiedliche Bewertungen bei den Themen gebe könne; sei es aufgrund der Parteizugehörigkeit oder auch der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Ressorts. Als Gesundheitsministerin sehe sie – verstärkt durch die Eindrücke des ersten Runden Tisches „Cannabisprävention“ – insbesondere die Gefahren für die Gesundheit. Da in der Vergangenheit und auch in der Gegenwart zu diesem Thema in der Hessischen Landesregierung unterschiedliche Auffassungen bestanden hätten, habe sich Hessen im Bundesrat enthalten.

MinDirig **Dr. Wilhelm Kanther** hebt hervor, in Zukunft sei mit einer Mehrbelastung der Justiz schon allein deshalb zu rechnen, weil in dem Konsumcannabisgesetz und dem Medizinal-Cannabisgesetz mindestens 50 Ordnungswidrigkeits- oder Straftatbestände benannt würden. Potenziell werde die Durchsetzung dessen, was durch den Bundestag beschlossen worden sei, die Zahl der Verfahren in die Höhe treiben.

Ein Blick in die Niederlande, die bereits seit vielen Jahren den Besitz von Cannabis entkriminalisiert hätten, zeige, dass nicht zu erwarten sei, durch die Teillegalisierung von Drogen die Kriminalität senken zu können. Stattdessen sei dort sogar zu beobachten, dass dies dazu geführt habe, dass Mitglieder der organisierten Rauschgiftkriminalität sogar den Ministerpräsidenten bedrohten.

IdP **Thomas Seidel** bestätigt, die Teillegalisierung von Cannabis werde potenziell zu einer Steigerung der Anzahl an Konsumenten führen. Erwartbar sei, dass nicht alle Konsumenten Cannabis von Anbauvereinigungen oder Cannabisclubs bezögen, sondern auf günstigeren „Stoff“ vom Schwarzmarkt zurückgriffen. Insofern sei die derzeitige Prognose, dass der Schwarzmarkt in gleicher Intensität bestehen bleibe und genutzt werde.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** merkt an, er höre von einem Teil der Hessischen Landesregierung sehr viel Meinung zum Thema Cannabis, gleichzeitig blieben Fragen unbeantwortet. Er rege dazu an, zur Beseitigung der Zweifel die vorliegenden Fakten zu benennen.

Zudem bitte er darum, mitzuteilen, wer zum Runden Tisch „Cannabisprävention“ eingeladen worden sei.

Ferner sei er irritiert, dass die Ministerin Risiken für Minderjährige und Heranwachsende angesprochen habe, obgleich explizit für diese Gruppe Cannabis nicht legalisiert worden sei. Die Aussage der Ministerin habe den gegenteiligen Eindruck erweckt.

Er gehe davon aus, sollte es weitere Statistiken zum Cannabiskonsums geben, seien diese dem Ministerium bekannt und würden vorgetragen werden. Dies gelte analog zu den abgefragten Statistiken zu Alkohol und Nikotin, bei denen teilweise mit Schätzungen gearbeitet werde und bei denen Dunkelziffern zu berücksichtigen seien. Da solche Statistiken fehlten, schlummerten an dieser Stelle Risiken.

Außerdem zeige er sich irritiert über die Aussage, die Legalisierung von Cannabis habe keine Wirkung auf den Schwarzmarkt, da dies impliziere, sie habe auch keine negative Wirkung. Den Aussagen des Innenministeriums zufolge rechne man jedoch mit negativen Auswirkungen. Dem entgegne er, dass vielmehr davon auszugehen sei, dass ein Teil der Konsumentinnen und Konsumenten die legalen Möglichkeiten nutzen würde, zum Beispiel durch Social Clubs.

Die Ankündigung, nach der Teillegalisierung mit allen Mitteln den Cannabiskonsum kontrollieren und reglementieren zu wollen, kritisiere er. Diesen intensiven Einsatz wünschte er sich in Bezug auf härtere Drogen, zum Beispiel im Frankfurter Bahnhofsviertel. Er halte die Verhältnismäßigkeit bei einem sehr starken Vorgehen gegen Cannabis, einer Droge, bei der der Schaden für andere Menschen weit geringer ausfalle als bei härteren Drogen, für nicht gegeben und sei gespannt auf die Erklärung des Innenministers. Er befürchte, dass sinnvolle Aufgaben nicht mehr durchgeführt würden, weil man sich beim Thema Cannabis „austobe“, was seiner Ansicht nach nicht der Sicherheit dieses Landes diene.

Zudem bemängelt er die fehlende Orientierung für die Kommunen aufgrund der fehlenden Rechtsverordnung. Deshalb frage er, wann mit der Rechtsverordnung zu rechnen sei.

Ministerin **Diana Stolz** wiederholt, es liege keine Studie vor, die die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Alkohol und Cannabis vergleiche. Gleichwohl gebe es sowohl Studien zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Alkohol als auch von Cannabis; gesundheitliche Beeinträchtigungen seien nachgewiesen.

Am ersten Runden Tisch „Cannabisprävention“ hätten Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Ebene, der Suchtberatungen, der Universitäten, der Polizei, der Landesärztekammer, des Hessischen Jugendrings und der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle teilgenommen. Bei dieser Veranstaltung sei ihr besonders eine Feststellung der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle nachhaltig in Erinnerung geblieben. Diese habe ein landläufiges Missverständnis aufgeklärt: Angebote mit ehemaligen Drogenabhängigen seien als abschreckende präventive Maßnahme nicht geeignet, sondern hätten eher einen Push-Effekt, wohingegen sich Restriktionen, soziale Ächtung und Kontrollen als geeignete Mittel für die Prävention gezeigt hätten. Das entspreche den Beobachtungen bei der Prävention gegen das Rauchen in Deutschland. Seitdem das Rauchen nicht mehr salonfähig sei, sei die Anzahl der Raucher deutlich zurückgegangen. Insofern gelte es zu vermeiden, dass der Cannabiskonsum sozial adäquat werde. Ansonsten sehe das Gesundheitsministerium eine Gefahr für junge Menschen, deren Gehirnentwicklung noch nicht vollständig abgeschlossen sei, also Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 25 Jahren.

MinDirig **Dr. Wilhelm Kanther** stellt klar, dass die bessere Sicherheit des Frankfurter Bahnhofsviertels nicht am Innenministerium und auch nicht am dortigen Polizeipräsidenten scheitere. Ferner habe der Oberbürgermeister in seiner Funktion als Dienstvorgesetzter der Stadtverwaltung durch die örtliche Ordnungsbehörde eine Waffenverbotszone einrichten lassen. Der Problematik des Bahnhofsvorplatzes müsse gemeinsam in einem großen Schulterschluss begegnet werden. Dies liege im Interesse aller Beteiligten. Zudem könne auf dem Bahnhofsvorplatz nicht zwischen Cannabishändlern und Händlern anderer Drogen differenziert werden.

Bei den Rechtsverordnungen müssten die Delegationsverordnung verändert, eine Zuständigkeitsverordnung erlassen und die Zuständigkeit für die Bußgelder nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz geregelt werden. Dies werde derzeit angegangen. Hinzu komme, je nach Entscheidung der Landesregierung, eine Regelung zu § 30 Konsumcannabisgesetz bezogen auf die Begrenzung der Anbauvereine auf maximal einen pro 6.000 Einwohner. Des Weiteren stehe eine Kostenordnung aus. Im Gesamtzusammenhang sei das Ordnungswerk die geringere Herausforderung, die größere Herausforderung stelle die Konzeptionierung eines ordentlichen Antragsverfahrens dar.

Das Gesetz glänze nicht durch einfache Formulierungen. Seines Erachtens sei es äußerst bürokratisch, da enorm viele Aspekte zu beachten seien und entsprechende Antragsverfahren und Genehmigungsbescheide benötigt würden. Aktuell seien die Kolleginnen und Kollegen damit befasst, all diese dem Gesetz entsprechend zu konzeptionieren – am besten digital. Er hoffe darauf, dass die Antragsstrecke bis zum 1. Juli 2024 fertiggestellt sei, da zu diesem Zeitpunkt der Gesetzteil zu den Anbauvereinungen in Kraft trete und ab dann Anträge eingehen könnten. Diese seien qua Gesetz bei Vorliegen der Voraussetzungen nach drei Monaten zu genehmigen. Erst nachdem die Konzeptionierung des Antragsverfahrens abgeschlossen sei, würden die Fragen des Vollzugs in Angriff genommen und konzeptioniert.

Abgeordneter **Gerhard Bärsch** betont, die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN habe mit der Enthaltung der Landesregierung im Bundesrat einen wunden Punkt in der Koalition getroffen. Insofern frage er, ob es auch sachliche Gründe für diese Enthaltung gebe oder ob diese rein politische Gründe gehabt habe; denn zuvor sei von einigen Ministern aus den Reihen der CDU deutliche Kritik geäußert worden: Ministerpräsident Boris Rhein habe von einer „Katastrophe für Deutschland“ gesprochen, Kultusminister Armin Schwarz befürchtete gar eine „Drogenwelle an hessischen Schulen“, und nach den Worten von Innenminister Prof. Dr. Roman Poseck sei „von einem politischen Fehler“ zu sprechen. Dies offenbare, dass es nicht möglich gewesen sei, den Koalitionspartner mit den gewichtigen Argumenten zu überzeugen. Daher stelle er noch einmal explizit die Frage, ob die Landesregierung aus Sicht von Ministerin Diana Stolz hier verantwortungsvoll gehandelt habe.

Bezugnehmend auf die Gefahren, die durch die Verabschiedung der Cannabisgesetze für Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren drohten – hinsichtlich einer Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten bis zu einem erhöhten Risiko für Depressionen oder Suizidgedanken im Erwachsenenalter –, frage er, ob die Landesregierung über den angesprochenen runden Tisch hinaus weitere Maßnahmen in der Präventionsarbeit plane, beispielsweise eine Bereitstellung oder Ausweitung psychotherapeutischer Angebote.

Ministerin **Diana Stolz** unterstreicht, unterschiedliche Auffassungen zu einem Bundesgesetz innerhalb einer Koalition stellten keine Katastrophe für das Land dar, sondern seien lediglich Ausdruck gelebter Demokratie. In diesem Fall habe es unterschiedliche Auffassungen gegeben, wie man mit der Bundesgesetzgebung umgehen solle, weshalb es zu einer Enthaltung gekommen sei, die von beiden Seiten auch so kommuniziert worden sei. Eine grundsätzliche Ablehnung des Gesetzentwurfes habe nicht im Raum gestanden. Die mehrheitlich abgelehnten Anträge auf Einberufung des Vermittlungsausschusses hätten lediglich eine erneute Arbeit am Gesetzentwurf bedeutet.

Die gesundheitlichen Risiken seien der Grund gewesen, zum Runden Tisch „Cannabisprävention“ auch ärztliche Sachverständige einzuladen. Nun gelte es, Arbeitsgruppen zu bilden, um zu klären, welche Maßnahmen in den einzelnen Bereichen ergriffen werden sollten. Sie halte nichts

davon, gleich zu Beginn vom Ministerinnenschreibtisch aus zu entscheiden, was das Richtige für Hessen sei, sondern setze auf die Zusammenarbeit von und mit den Experten unterschiedlicher Bereiche. Insofern sei der erste Runde Tisch „Cannabisprävention“ ein erleuchtendes Ereignis gewesen. Im Vorfeld habe sie mit anderen Ergebnisse gerechnet.

Abgeordneter **Christoph Sippel** merkt an, bei Minderjährigen führe Alkoholkonsum zu ähnlichen Schäden wie Cannabiskonsum. Deshalb wolle er wissen, ob die Landesregierung plane, Initiativen im Bundesrat anzustoßen, um im Jugendschutzgesetz den Alkoholkonsum durch Minderjährige und auch den Konsum von Alkohol im Beisein von Jugendlichen – das sei landläufig häufig der Fall – zu untersagen.

Ministerin **Diana Stolz** wirft ein, ihr sei keine Studie bekannt, die die Altersgrenze in Bezug auf den Einfluss von Alkohol auf die Hirnentwicklung analog mit dem Einfluss von Cannabis auf die Hirnentwicklung sehe. Diesbezüglich wolle sie sich noch einmal erkundigen, da ihr nur andere Altersgrenzen bekannt seien. Dennoch halte sie es für schwierig, Alkohol- und Cannabiskonsum miteinander zu vergleichen, da dies unterschiedliche Suchtmittel mit unterschiedlichen Wirkungen seien. Sie tue sich schwer damit, beide auf dieselbe Stufe zu stellen, obgleich beide gesundheitliche Auswirkung hätten.

Abgeordneter **Marcus Bocklet** vertritt den Standpunkt, der Runde Tisch „Cannabisprävention“ sei eine sehr gute Einrichtung. Aus seiner Tätigkeit als Jugendsozialarbeiter wisse er, wie wichtig präventive Maßnahmen seien. Deshalb gelte es, vor Drogen zu warnen, egal ob vor legalen oder illegalen Drogen, und auch auf die moralische und gesundheitliche Komponente des Drogenkonsums hinzuweisen. Diesbezüglich erinnere er sich an den Umgang von Jugendlichen mit der verbreiteten Droge Alkohol – dem „Komasaufen“ oder „Flatratesaufen“ an den Wochenenden –, der genauso schädlich sei wie der Konsum von jeder anderen Droge auch. Deshalb unterstütze er voll und ganz den Ansatz der Gesundheitsministerin.

An die Vertreterinnen und Vertreter des Innenministeriums gerichtet wolle er festhalten, dass er nicht darüber klagen wolle, wenn die Einhaltung eines verabschiedeten Gesetzes mit entsprechenden Kontroll- und Repressionsmaßnahmen durchgesetzt werde. In den Ausführungen der Ministerin sei seines Erachtens nicht deutlich genug herausgestellt worden, dass der Besitz und Konsum von Cannabis lediglich für Erwachsene ab 25 Jahren entkriminalisiert worden sei. Der Besitz und der Konsum von Cannabis durch und der Verkauf von Cannabis an Jugendliche sei nach wie vor verboten.

Die Diskussion über die Entkriminalisierung von Cannabis beschäftige den Landtag schon seit mehreren Legislaturperioden. Er erinnere diesbezüglich an eine zweitägige Anhörung zu den Risiken und den Folgen des Cannabiskonsums. Seines Erachtens würde niemand behaupten, dass

der Cannabiskonsum gesundheitsfördernd sei; es sei eine Droge und jede Droge berge gesundheitliche Risiken. Die Zahlen – er könne diese gerne nachliefern – belegten jedoch, dass trotz des Verbotes von Cannabis, dessen Konsum schon seit Jahrzehnten gleichbleibend sei. Insofern entspreche der zunächst paradox erscheinende Schluss, dass es schlauer wäre, Cannabis zu legalisieren, dem Gesundheitsschutz und der der Risikominimierung durch Legalisierung; denn der illegale Drogenhandel könne nicht kontrolliert werden. Durch die Entkriminalisierung könne zumindest dafür gesorgt werden, dass weniger veruneinigtes Cannabis – mit Waschmittel oder Fensterkitt gestreckter „Shit“ oder Haschisch – konsumiert werde. Seines Erachtens gehe damit keine gesellschaftliche Anerkennung einher, sondern ein solcher Schritt führe lediglich dazu, dass sich Cannabiskonsumern „sauberen“ Stoff beschaffen könnten, wenn sie das wollten.

Die Prognose des Innenministeriums, der Schwarzmarkt werde mit der Teillegalisierung zunehmen, halte er aufgrund der ihm vorliegenden Zahlen aus Kanada für paradox. Eine repräsentative Umfrage unter den dortigen Konsumenten, fünf Jahre nach der Legalisierung von Cannabis, habe ergeben, dass 70 % der bisherigen Konsumenten weniger die Droge auf dem Schwarzmarkt einkauften. Aus diesem Grund sehe er es kritisch, dass Spekulationen und Sorgen zu den Veränderungen des Schwarzmarktes nach der Gesetzesänderung zu Fakten gemacht würden. Die tatsächlichen Veränderungen sollten evaluiert werden.

Ferner stimme er zu, dass sich die Händler von Cannabis über neue Einnahmequellen Gedanken machen würden und auf andere Drogen umsteigen könnten. Schon damals, als er noch als Jugendsozialarbeiter tätig gewesen sei, habe es ihn wenig schockiert, wenn Jugendliche ihm zu verstehen gaben, dass sie „in 20 Minuten an Haschisch kommen können“, was einen niedrigschwiligen Zugang zu Drogen bescheinige, den es konstant gegeben habe. Problematisch habe er stets die damit verbundene Gefahr gesehen, dass der Schwarzmarkthändler den Jugendlichen auch „das stärkere Zeug – Crack oder Age – aus der anderen Hosentasche“ anbieten könnte.

Er bitte die Regierungskoalition, keinen Kulturkampf zu betreiben, sondern der Sache eine Chance zu geben und abzuwarten, ob die Gesetzesänderung gesundheitliche Vorteile mit sich bringe, die die Nachteile überwiegen könnten. Andere Länder hätten damit bereits gute Erfahrungen gemacht.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** merkt an, die Landesregierung schein beim Thema Rechtsverordnungen den Fokus auf die Anbauvereinigungen zu legen, die ab dem 1. Juli 2024 erlaubt seien. Deshalb frage er, mit welchem zeitlichen Vorlauf vor dem 1. Juli mit den Rechtsverordnungen zu rechnen seien. In Nordrhein-Westfalen gelte seit dem 23. April 2024 eine Cannabis-OWI-Verordnung, die lediglich drei Paragraphen umfasse. Dies sollte Hessen als Vorbild gelten.

Zum Drogenhandel wolle er festhalten, dass für die Sicherheit das Landesministerium zuständig sein sollte. Zudem gehe er davon aus, dass die vor Ort in Frankfurt Zuständigen genau wüssten, an welchem Ort welche Droge gehandelt werde – das sei nicht immer am Kaisertor – und für das ein oder andere einen Blick entwickelt hätten.

Ferner könne er heute nicht feststellen, dass die Koalitionspartner unterschiedlicher Meinung seien, wie von Ministerin Diana Stolz dargelegt.

MinDirig **Dr. Wilhelm Kanther** entgegnet, die genannte Ordnungswidrigkeitenverordnung stehe nicht in Verbindung mit dem Gesetzesteil zu den Anbauvereinen, auch wenn es viele Ordnungswidrigkeiten die Anbauvereine betreffend gebe. Bei diesen sei man aber nicht an den 1. Juli 2024 gebunden. Dennoch würden auch diese geprüft, damit die Verordnung, wenn sie benötigt werde, schnell vorliege. Seit dem Beschluss des Bundestages sei nichts verloren gegangen. Alles werde parallel vorbereitet und in Kürze zur Verfügung stehen.

Beschluss:

GFA 21/2 – 08.05.2024

Der Dringliche Berichts Antrag gilt mit der Entgegennahme des mündlichen Berichts der Ministerin im Ausschuss als erledigt.

Zuvor kam der Ausschuss überein, den Dringlichen Berichts Antrag in öffentlicher Sitzung zu beraten.

- 2. Dringlicher Berichts Antrag**
Fraktion der Freien Demokraten
Krankenhausplanung – Wann erledigt die Landesregierung
ihre Hausaufgaben?
– Drucks. [21/495](#) –

Vorbemerkung der Fragestellenden:

„Die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser müssen eine Zukunft haben. Die Landesregierung muss zügig handeln, weil sonst die Gesundheit der Menschen in Hessen beeinträchtigt wäre“, heißt es im April 2024 aus dem Gesundheitsausschuss des Hessischen Städtetages.

Um die Grundversorgung der Krankenhäuser im Land zu erhalten, ist es notwendig, dass das Hessische Gesundheitsministerium frühzeitig seine Pläne zur Krankenhausreform vorstellt. Bei der Krankenhausplanung handelt es sich um nicht mehr und nicht weniger als eine verfassungsrechtlich vorgegebene Aufgabe im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge, nach der die Länder verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen (§ 6 KHG).

Vorbemerkung der Antwortenden:

Das Hessische Krankenhausgesetz gibt den Krankenhäusern, den Kommunen und dem Land Hessen – damit der Hessischen Landesregierung – die Aufgabe, eine qualitativ hochwertige, bedarfs- und patientengerechte stationäre Versorgung sicherzustellen. Ausgehend von diesem gesetzlichen Auftrag, bietet der dringliche Berichtsantrag die Gelegenheit, einmal darzustellen, wie das Land Hessen die stationäre Versorgung mit der Krankenhausplanung gestaltet und fortentwickelt. Dabei eröffnet der Dringliche Berichtsantrag auch die Möglichkeit, einmal mit Missverständnissen und Fehlinformationen zu dieser Thematik aufzuräumen.

Die Krankenhausplanung in Hessen basiert auf drei Ebenen. Die oberste Ebene bildet das Hessische Krankenhausgesetz. In diesem legt der Gesetzgeber die strukturellen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung fest. Exemplarisch wird dort der Vorrang der an der Notfallversorgung mitwirkenden Krankenhäuser vor anderen Krankenhäusern geregelt (§ 17 Absatz 2 Hessisches Krankenhausgesetz, HKHG) oder welche Gremien an der Krankenhausplanung mitwirken (§ 20 ff HKHG). Die zweite Ebene bildet der Landeskrankenhausplan, der die Details ausformt und beispielsweise Festlegungen wie die 30 Minuten Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Regelfall festlegt (Punkt 6.4.5). Der Landeskrankenhausplan entfaltet aber selbst keine rechtliche Wirkung, sondern wird durch einzelne Verwaltungsakte wirksam. Aus diesem grundsätzlichen Charakter resultiert auch, dass es keineswegs geboten ist, einen Krankenhausplan ständig zu verändern. Es ist gerade die Funktion von Grundsatzdokumenten, eine verlässliche Entscheidungsbasis zu bieten. Die notwendige Flexibilität wird vielmehr über die Entscheidungen im Einzelfall sichergestellt. Diese Erteilung von Versorgungsaufträgen, zukünftig voraussichtlich in Form der Zuteilung von Leistungsgruppen, berücksichtigt die Besonderheiten der Situation vor Ort und beinhaltet erforderlichenfalls Nebenbestimmungen oder Kooperationen.

Für die Umsetzung der Krankenhausreform bedeutet dies, dass zunächst die Grundlagen auf Bundesebene klar sein müssen, dann können die Grundlagen in Hessen angepasst werden und erst dann kann die Umsetzung der Reform in Einzelregelungen erfolgen.

Die in Hessen notwendigen Grundsatzentscheidungen bereiten wir derzeit vor.

Am 4. Oktober 2023 hat der Landeskrankenhausauschuss eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines neuen Krankenhausplans eingesetzt. Diese hat bislang sieben Sitzungen durchgeführt, um einen neuen Krankenhausplan vorzubereiten. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass Hessen seine Hausaufgaben gemacht hat.

Losgelöst von diesen Ausführungen möchte ich Sie als Mitglieder des Gesundheits- und Familienpolitischen Ausschusses einmal abstrakt zum Thema Krankenhausreform informieren: Um auch weiterhin eine bedarfsgerechte Versorgung in allen Regionen Hessens sicherzustellen, bedarf es einer Veränderung in der Krankenhauslandschaft in Hessen, dabei wird es auch zu sektorenübergreifenden Lösungen kommen.

Dieser dringend notwendige Transformationsprozess bietet uns neben notwendigen Veränderungen aber zusätzlich die Chance, durch innovative Konzepte und Kooperationen die Versorgung

in Hessen gegenüber der bisherigen Situation zu verbessern. Diese Chance gilt es zu nutzen. Die Aufgabe der Politik wird es dabei sein, zunächst nachvollziehbare Verunsicherungen in der Bevölkerung aufzufangen und entgegenzuwirken und im besten Fall die Vorzüge herauszustellen. Dabei ist es besonders wichtig, dass die Notwendigkeit des Transformationsprozesses sachorientiert und fraktionsübergreifend begleitet wird, ohne parteipolitische Interessen in den Vordergrund zu stellen.

Es gilt, dass wir alle an einem Strang ziehen, so wie es bereits die Bundesländer in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) getan haben. Hier haben alle 16 Bundesländer gemeinsam eine Stellungnahme entwickelt und diese gemeinschaftlich am 30. April 2024 an das Bundesministerium für Gesundheit übersendet.

Diese Vorbemerkung vorangestellt, beantworte ich den Dringlichen Berichtsantrag wie folgt.

Frage 1: In welchem Stadium befindet sich die Krankenhausplanung aktuell?

Derzeit gilt der Krankenhausplan vom Juni 2020. Ein neuer Krankenhausplan wird aktuell erarbeitet. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der Landeskrankenhausplan kontinuierlich durch Einzelentscheidungen weiterentwickelt wird.

Frage 2. Wann, mit welcher Beteiligung und mit welchem Ergebnis im Hinblick auf die Krankenhausplanung fand zuletzt ein hessischer Krankenhaustagungsgipfel statt?

Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich zunächst die Begrifflichkeiten klarstellen, damit wir alle das gleiche Bild haben: Die Krankenhausplanung ist nach § 20 Absatz 1 Nr. 2 Hessisches Krankenhausgesetz 2011 (HKGH) eine Aufgabe des Landeskrankenhausausschusses, der das fachlich zuständige Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) berät. Der Landeskrankenhausausschuss tagt bedarfsabhängig an drei bis vier Terminen im Jahr. Die letzte Sitzung fand am 22. Februar 2024 statt. Die nächste Sitzung ist für den 4. Juni 2024 geplant.

Davon zu unterscheiden ist der sogenannte „Hessische Versorgungsgipfel“, der im Jahr 2023 tagte und vom Ministerpräsidenten Boris Rhein einberufen und zusammen mit dem damaligen zuständigen Gesundheitsminister Herrn Kai Klose durchgeführt wurde. An diesem Gipfel haben sich Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitswesen mit der Landesregierung unter anderem zu dem Thema der Krankenhausstrukturreform des Bundes ausgetauscht. Der Versorgungsgipfel übernimmt nicht die Aufgabe des Landeskrankenhausausschusses und damit auch nicht die Krankenhausplanung.

Frage 3: Ist sich die Landesregierung bewusst, dass die Mehrzahl der Bundesländer aktuellere Krankenhauspläne vorgelegt hat?

Der Landesregierung ist bewusst, dass bei oberflächlicher Betrachtung der Eindruck entstehen kann, dass die Krankenhausplanung in Hessen nicht aktuell sei. Gleichwohl ist dieser Eindruck vielmehr der Tatsache geschuldet, dass einzelne Bundesländer Änderungen der Versorgungsaufträge eines Krankenhauses in ihrem jeweiligen Plan nachvollziehen. Beispielsweise liegt der Krankenhausplan Bayern in der 49. Fortschreibung vor. Die Funktion des Berichts über den aktuellen Stand der Versorgungsaufträge übernimmt in Hessen aber der jährlich erscheinende Versorgungsatlas Hessen.

Frage 4: Für wann ist hinsichtlich der Krankenhausplanung der nächste hessische Krankenhaushausgipfel geplant?

An dieser Stelle möchte ich zunächst auf die Ausführungen zu Frage 2 verweisen. Danach ist die nächste Sitzung des für die Krankenhausplanung gesetzlich zuständigen Landeskrankenhausausschusses für den 4. Juni 2024 geplant.

Sollte mit dem Krankenhaushausgipfel der Versorgungsgipfel gemeint sein, so kann ich Ihnen mitteilen, dass aufbauend auf dem Versorgungsgipfel aus 2023 der „Hessische Pakt für Gesundheit“ initiiert wird. Hier tritt das Gesundheitsministerium mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems in einen strukturierten Dialog über zukunftsfähige Lösungen für eine bedarfsgerechte und sektorenübergreifende medizinische Versorgung in Hessen zusammen, auch, um die Folgen der Krankenhausreform zu besprechen. Durch den Pakt wird für die verschiedenen notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ein kommunikativer sowie partizipativer Rahmen geschaffen. Der Pakt wurde bereits bei wichtigen Gesprächspartnerinnen und -partnern angekündigt, dazu wurden gemeinsam Themenschwerpunkte gesammelt. Schwerpunkte werden danach ein „Aktionsplan Kindermedizin“, die Patientensteuerung und die Fachkräftesicherung sein. Ein Save-the-Date zur Auftaktveranstaltung im Juli wurde bereits versendet. Nach der Auftaktsitzung wird der Dialog in einem regelmäßigen Rhythmus fortgesetzt, dazwischen werden in Arbeitsgruppen Inhalte ausgearbeitet.

Frage 5: Wann kann verbindlich mit der Vorlage der Krankenhausplanung gerechnet werden?

Eine verbindliche Benennung eines Termins ist nicht möglich, da der bundesgesetzliche Rahmen der Krankenhausreform noch nicht feststeht. Exemplarisch ist an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass noch nicht alle Leistungsgruppen definiert sind. Ziel muss es sein, dass die hessische Krankenhausplanung im Einklang mit den bundesgesetzlichen Neuregelungen steht. Nur so kann für die Krankenhäuser Planungssicherheit erzielt werden. Die Hessische Landesregierung bereitet sich aber unabhängig davon intensiv auf die erforderliche Anpassung der Krankenhausplanung vor.

Frage 6: Wie wird die Landesregierung sicherstellen, dass sich die Krankenhausplanung wieder auf ihr originäres Ziel einer bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung ausrichten wird?

Die Krankenhausplanung war und ist auf die Ziele der qualitativ hochwertigen, bedarfs- und patientengerechten sowie verlässlichen stationären Versorgung ausgerichtet. Dies ergibt sich bereits aus § 1 Absatz 1 des HKHG. Eine „Wiederausrichtung“ ist daher nicht notwendig, da die Ziele nach wie vor gelten.

Frage 7: Warum pocht die Landesregierung bei der Krankenhausreform auf die Zuständigkeit der Länder, wenn sie diese Zuständigkeit gar nicht ernsthaft wahrnimmt?

Die Planungshoheit für die Krankenhausplanung liegt bei den Ländern. Hessen nimmt diese Aufgabe ernst und wahr. In Hessen besteht seit jeher eine qualitativ hochwertige, bedarfs- und patientengerechte und verlässliche stationäre Versorgung, die sich auch an den regionalen Besonderheiten orientiert. Dieser Spielraum muss den Ländern auch zukünftig zustehen. Neben zahlreichen Einzelentscheidungen über die Neuerteilung, Änderung oder den Entzug von Versorgungsaufträgen ist an dieser Stelle besonders auf die seit dem Jahr 2020 erfolgte Ausweisung von insgesamt 28 Zentren zu verweisen. Es handelt sich dabei um zwei Zentren für seltene Erkrankungen, neun Onkologische Zentren, acht Traumazentren, ein Rheumatologisches Zentrum, ein Kinder- und Jugend Rheumatologisches Zentrum, vier Neurovaskuläre Zentren sowie drei Kinderonkologische Zentren. Die Ausweisung eines Lungenzentrums ist im Verfahren. Die Ausweisung von Zentren für Intensivmedizin wird vorbereitet.

Frage 8: Welche Daten stehen der Landesregierung zur Verfügung, damit die Bevölkerungs- und demografische Entwicklung zutreffend Berücksichtigung findet und damit den Versorgungsbedarfen in den unterschiedlichen Regionen Rechnung getragen werden kann?

Die Landesregierung stützt sich auf die Daten der Krankenhaustatistik, die Leistungsdaten der Krankenhäuser, die Zahl der rettungsdienstlichen Zuweisungen nach dem interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) sowie die Daten zur Bevölkerungsentwicklung. Gerade die Zusammenführung von Daten des Rettungsdienstes mit den Krankenhausdaten stellt eine Besonderheit Hessens dar, um die uns andere Bundesländer beneiden.

Frage 9: Warum ist die Landesregierung mit der Vorlage der Krankenhausplanung aus Sicht der Kommunen im Verzug?

Die Landesregierung ist mit der Vorlage des Krankenhausplans nicht in Verzug. Eine angepasste Krankenhausplanung kann aber sinnvollerweise nur vorgelegt werden, wenn der bundesrechtliche Rahmen der Reform feststeht.

Frage 10: Welche Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft schließen das Jahr 2023 voraussichtlich mit einem Defizit ab?

Dazu liegen der Hessischen Landesregierung keine Daten vor, da die Krankenhäuser nach § 1 Absatz 1 HKHG eigenverantwortlich wirtschaften. Weder erfolgt eine Genehmigung von Wirtschaftsplänen, noch besteht eine Berichtspflicht im Hinblick auf die Jahresergebnisse.

Frage 11: Hält die Landesregierung weiterhin alle Krankenhäuser für bedarfsnotwendig?

Diese Frage ist im Hinblick auf die mit der Krankenhausreform absehbar einzuführenden Leistungsgruppen differenziert zu beantworten. Nach der geplanten Struktur bildet eine Leistungsgruppe medizinisch ähnliche Behandlungen ab. Dies kann zum Beispiel ein großes Gebiet wie die allgemeine Innere Medizin, oder aber ein sehr kleines Gebiet, wie die Lebertransplantation, sein. Nicht jede Leistungsgruppe ist an allen Standorten notwendig, an dem die Leistungen heute erbracht werden. Im Zuge der Umsetzung der Reform werden voraussichtlich alle Krankenhäuser in unterschiedlichem Umfang Leistungsgruppen abgeben.

Insgesamt muss es das Ziel der Krankenhausreform sein, eine flächendeckende, qualitativ hochwertige stationäre Versorgungssicherheit zu gewährleisten, die den bedarfsnotwendigen Standorten eine wirtschaftliche Stabilität sichert.

Frage 12: Werden nach der Krankenhausreform alle Versorgungsaufträge neu verteilt bzw. werden bestehende entzogen?

Wenn die Krankenhausreform so umgesetzt wird, wie sie derzeit diskutiert wird, werden den Krankenhäusern neue Versorgungsaufträge in Form von Leistungsgruppen erteilt; dabei kann sich der Umfang des Auftrags – wie vorher beschrieben – ändern.

Frage 13: Welchen Einfluss werden Defizite bei der Zuteilung von Versorgungsaufträgen spielen?

Geplant ist zukünftig im Rahmen der Bundesreform eine Zuteilung von Leistungsgruppen, nicht mehr von klassische Versorgungsaufträgen für Fachabteilungen. Diese Erteilung erfolgt primär auf Grundlage der gesetzlichen Zielstellung nach § 1 KHG. Das heißt, es kommt auf die Erfüllung der Qualitäts- und Strukturvorgaben, sowie bei den für die Notfallversorgung relevanten Leistungsgruppen auf die flächendeckende Versorgung an. Bei der Zuteilung im Hinblick auf elektive Leistungsgruppen wird darüber hinaus auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit beispielsweise die notwendige Mindestgröße einer Station in die Überlegung einbezogen werden.

Frage 14: Sieht die Landesregierung den Bedarf, die Verbundbildung weiter zu fördern?

Die Landesregierung sieht diesen Bedarf weiterhin.

Frage 15: Welches Ambulantisierungspotenzial sieht die Landesregierung bei den Krankenhäusern?

Diese Frage ist nach Leistungsgruppen differenziert zu beantworten. Vereinfacht bestehen einzelne Leistungsgruppen mit erheblichem Ambulantisierungspotenzial wie zum Beispiel die allgemeine Chirurgie und wiederum andere Leistungsgruppen, bei denen eine Ambulantisierung voraussichtlich nicht erfolgen kann, wie zum Beispiel die Geburtshilfe oder die Transplantationsmedizin.

Frage 16: Wie bewertet die Landesregierung im Rahmen der Krankenhausplanung den Umstand, dass der Ärztemangel schon jetzt zu Versorgungsengpässen gerade in den ländlichen Gebieten führt?

Dieser Umstand wird in der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Konkret sollen insbesondere Krankenhäuser im ländlichen Raum durch eigene Ausbildungskapazitäten, Weiterbildungsermächtigungen und entsprechende Verbundlösungen in den Stand versetzt werden, eigenen Nachwuchs aus- und weiterzubilden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhausplanung nur eine von vielen Einflussfaktoren auf das Thema Ärztinnen und Ärztemangel ist.

Frage 17: Welche Möglichkeiten sieht die Landesregierung dem Ärztemangel und den Versorgungsengpässen in den ländlichen Gebieten entgegenzuwirken?

Neben wirtschaftlichen Gründen ist auch der Fachkräftemangel ein wesentlicher Grund für den aktuellen Ärztemangel und die Versorgungsengpässe in den ländlichen Gebieten. Es bedarf der Bündelung einer Vielzahl von Maßnahmen, um dieser Situation zu begegnen. Darunter fallen neben der Förderung des Aufbaus und der Gründung von Arztpraxen und MVZen auch die Gründung von sektorenübergreifenden Gesundheitszentren sowie die Einrichtung von Außenstellen von MVZen und Zweigpraxen im ländlichen Raum. Weitere Bausteine sind die sogenannte Landarztquote, die im Jahr 2022 eingeführt wurde sowie das SaN-Projekt (Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung) durch das vermeidbare Einsätze des Rettungsdienstes sowie die Entlastung der Notaufnahmen in Krankenhäusern erreicht werden sollen.

Frage 18. Wie steht die Landesregierung zu dem Vorschlag der Landesärztekammer, dass kleinere Häuser im ländlichen Raum durch Fachärztkompetenz auch aus dem ambulanten Bereich unterstützt werden sollten, unter anderem durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhausträgern, Krankenhausärzten und Vertragsärzten?

Die Landesregierung befürwortet alle Vorschläge, die zu einer Erfüllung des gesetzlichen Auftrages der Krankenhausplanung beitragen. Für die Umsetzbarkeit ist entscheidend, wie der bundesrechtliche Rahmen ausgestaltet werden wird.

Frage 19. Wie bewertet die Landesregierung eine örtliche Bündelung der medizinischen Versorgungsangebote im ländlichen Bereich durch sogenannte sektorenverbindende Campuskonzepte, die auch therapeutische und rehabilitative Therapie sowie präventive Angebote miteinbeziehen?

Dieser Vorschlag entspricht in weiten Teilen dem Sektorenübergreifenden Versorgungszentrum, wie es auch von der Expertenkommission der Bundesregierung vorgeschlagen wird und im Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit enthalten ist. Die Landesregierung befürwortet alle Vorschläge, die zu einer Erfüllung des gesetzlichen Auftrages der Krankenhausplanung beitragen.

Frage 20. Wie steht die Landesregierung zu einer verpflichtenden Festlegung von Versorgungsstufen im Krankenhausplan, die nach bundesweit einheitlichen Kriterien erfolgt?

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass eine Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen – in der Diskussion häufig als Level bezeichnet – der Versorgungsrealität in Hessen entspricht und grundsätzlich sinnvoll ist. Eine Kopplung von Versorgungsstufen und Leistungsgruppen – wie sie ursprünglich auf Bundesebene angedacht war – hätte die Planung jedoch sehr starr werden lassen und eine Anpassung an unterschiedliche Bedürfnisse vor Ort erschwert.

Frage 21. Wird die Landesregierung im Krankenhausplan die Versorgungsstufen nicht nur benennen, sondern auch mit definierten Kriterien bezüglich der Erreichbarkeit, der Vorhaltung von Abteilungen, so wie der personellen und technischen Ausstattung hinterlegen?

Es ist in Übereinstimmung mit dem Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und dem zugrundeliegenden Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen, beabsichtigt, Leistungsgruppen mit definierten Kriterien bezüglich der Erreichbarkeit, der Vorhaltung von Abteilungen, sowie der personellen und technischen Ausstattung zu hinterlegen. Auf Ebene der Versorgungsstufen ist dies weder zweckmäßig noch erforderlich.

Frage 22. Wie viele Krankenhäuser ordnet die Landesregierung in ihren aktuellen Überlegungen den jeweiligen Versorgungsstufen zu?

Die Zuordnung der Versorgungsstufen erfolgt auf Grundlage des Krankenhaustransparenzgesetzes ausschließlich durch den Bund. Das Land Hessen ist an dem Prozess nicht beteiligt. Ob aufgrund der Umsetzung der Krankenhausreform Änderungen zu erwarten sind, steht noch nicht fest.

Frage 23. Wird sich die Krankenhausplanung auch an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren, da die patienten- und aufgabengerechte Ausstattung der Abteilungen mit den richtig qualifizierten ärztlichen Ärztinnen und Ärzten für die medizinische Qualität der Krankenhaus-versorgung entscheidend ist?

Die Landesregierung beabsichtigt im Dialog mit der Landesärztekammer die Vorgaben der Weiterbildungsordnung bei der Krankenhausplanung miteinzubeziehen.

Frage 24. Wie ist die Haltung der Landesregierung zu der Tatsache, dass die völlig unzureichende Investitionsförderung der Länder, also auch in Hessen, einer der Hauptgründe für die Misere im Krankenhauswesen ist?

Die wirtschaftliche Lage einiger Krankenhäuser ist in Hessen tatsächlich sehr angespannt. Die Ursache dafür kann aber nicht in der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung der Hessischen Krankenhäuser gesehen werden.

Die Investitionsfördermittel für hessische Plankrankenhäuser sind seit Jahren nicht nur kontinuierlich, sondern auch massiv erhöht worden. Bereits im Jahr 2022 haben die Krankenhäuser in Hessen für die Pauschalförderung 300 Millionen Euro erhalten. Dieser Betrag wurde im Jahr 2023 auf 380 Millionen Euro und im Jahr 2024 noch einmal um 10 Millionen Euro und somit auf insgesamt 390 Millionen Euro angehoben.

Dass wir in Hessen mit der Höhe der Investitionsförderungen im landesweiten Vergleich bei den absoluten Zahlen bereits seit Jahren im Spitzenbereich (Platz 4) liegen, hat uns zuletzt die aktuellste Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 2022 für die Jahre 2019 bis 2021 bestätigt. Bei einzelnen Betrachtungen, so zum Beispiel bei der Krankenhausinvestitionsquote, liegen wir sogar auf Platz 1. Und dass, obwohl die massiv angestiegenen Investitionsfördermittel aus dem Jahren 2022 bis 2024 hierbei noch gar nicht berücksichtigt wurden.

Grund für die Schließung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sind vor allem auf die stetig steigenden Betriebskosten und die dringend reformbedürftige Betriebskostenfinanzierung zurückzuführen. Die massive Inflation, stark gestiegene Lohnkosten und ein drastischer Anstieg der Energiepreise führen dazu, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser ständig steigen.

Die Krankenhäuser benötigen zur Kompensation dringend eine bessere Finanzierung ihrer Betriebskosten. Hier ist der Bund in der Pflicht, so schnell wie möglich die Betriebskostenfinanzierung zu reformieren.

Frage 25. Warum kommt das Land Hessen seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten seit vielen Jahren nicht vollumfänglich nach?

Es wird auf die Antwort zu der Frage Nr. 24 verwiesen.

Frage 26. Wie kann nach Auffassung der Landesregierung dem Umstand entgegengewirkt werden, dass infolge der unzureichenden Investitionsförderung Krankenhäuser notwendige Mittel für Investitionen „in Dach und Gerät“ aus Betriebsmitteln entnehmen, die dann an anderer Stelle fehlen, beispielsweise bei der Bereitstellung des Personals?

Der für die Betriebskostenfinanzierung zuständige Bundesgesetzgeber hat bereits im Jahr 2019 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) den Krankenhäusern die Möglichkeit genommen, auf Betriebsmittel zurückzugreifen, die an sich für die Vergütung des Pflegepersonals vorgesehen sind.

Seit dem Jahr 2020 werden die Pflegekosten aus dem pauschalierten Entgeltsystem („DRG-System“) herausgenommen und über ein eigenes Pflegebudget finanziert. Die Finanzierungsmittel der Krankenkassen werden somit nur noch dann zur Verfügung gestellt, wenn sie auch tatsächlich für die Pflege ausgegeben werden.

Auf die Antwort auf Frage 24 wird verwiesen.

Frage 27. Wie beurteilt die Landesregierung die Deckung der Defizite kommunaler Krankenhäuser aus kommunalen Haushalten?

Die Tatsache, dass die Träger kommunaler, freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser große Anstrengungen unternehmen, um den Betrieb ihres Krankenhauses zu unterstützen, verdeutlicht mehr denn je die Notwendigkeit einer besseren Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch den Bund.

Frage 28. Welche Schlüsse zieht die Landesregierung aus dem Gutachten "KRANKENHAUSLANDSCHAFT NORDRHEIN-WESTFALEN" aus dem Jahr 2019?

Das Gutachten, der darauf aufbauende Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen und der wesentlich davon inspirierte Gesetzentwurf des KHVVG sind wesentliche Grundlagen für den neuen Hessischen Krankenhausplan.

Frage 29. Teilt die Landesregierung die Auffassung, wonach die auf Grundlage des vorgenannten Gutachtens in NRW erstellte Krankenhausplanung, bei der Leistung und Qualität als Planungsgrößen in den Mittelpunkt rücken, auch als Vorbild für die Krankenhausplanung in anderen Bundesländern dienen kann?

Die Landesregierung teilt die Auffassung, dass die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen beispielhaft für andere Bundesländer sein kann. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Leistung und Qualität auch bisher die in Hessen maßgeblichen Planungsgrößen waren. Das zentrale neue Element der Krankenhausplanung ist die Aufteilung der Leistungen in 64 Leistungsgruppen anstelle von 16 Fachgebieten. Allerdings stimmen insbesondere die großen Leistungsgruppen, wie zum Beispiel allgemeine Innere Medizin, allgemeine Chirurgie, Urologie oder Geburtshilfe nahezu vollständig mit den geltenden Fachgebieten überein.

Frage 30. Warum hat die Landesregierung sich nicht frühzeitig wie zum Beispiel NRW in der Krankenhausplanung auf Veränderungen im Krankenhauswesen vorbereitet?

Die Landesregierung hat die beabsichtigte Überarbeitung des Hessischen Krankenhausplans, entsprechend des Prinzips der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, aufgrund der Krankenhausreformdebatte auf Bundesebene zurückgestellt. Mehrere Systemwechsel in kurzer Zeit wären den Patientinnen und Patienten, den Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und allen anderen Beteiligten im Gesundheitswesen nicht zu vermitteln gewesen. Stattdessen wäre eine Unsicherheit das Resultat gewesen.

Frage 31. Wird die Landesregierung den vollen Anteil Hessens in den Transformationsfonds einbringen?

Die Regierung in Hessen hat sich in ihrem Regierungsprogramm für die 21. Legislaturperiode 2024 bis 2029 vorgenommen, dass gemeinsam mit dem Bund der Prozess der Transformation bei der Krankenhausreform konstruktiv begleitet werden soll und dass sie die Investitionskostenförderung für die Krankenhäuser auf 550 Millionen Euro jährlich erhöhen will. Gemeinsam mit dem Bund soll im Transformationsprozess eine verlässliche Finanzierung des Krankenhauswesens, insbesondere im ländlichen Raum, sichergestellt werden. Die Entscheidung darüber, in welcher Höhe Finanzmittel für eine Teilnahme Hessens am geplanten Transformationsfonds des Bundes bereitgestellt werden, bleibt dem Haushaltsgesetzgeber vorbehalten. Der Landesregierung erschließt sich derzeit nicht, warum der Bund nicht selbst Steuermittel hierfür zur Verfügung stellen will, sondern lediglich auf Mittel der Beitragszahler und Steuern der Bundesländer verweist. Das wurde länderübergreifend auch dem Bund in der Stellungnahme der Länder zum KHVVG mitgeteilt.



Frage 32. Sieht die Landesregierung aufgrund der Krankenhausreform Handlungsbedarf beim Rettungsdienst?

Aus der Krankenhausreform, insbesondere aus der Neuzuteilung der Leistungsgruppen, wird sich ein erheblicher Handlungsbedarf für den Rettungsdienst ergeben. Aufgrund dessen werden die kommunalen Träger des Rettungsdienstes bereits jetzt eng in die Krankenhausreform eingebunden. Die Landesregierung sieht sich aufgrund der organisatorischen Einheit von Krankenhausplanung und Rettungsdienst in einem Ministerium optimal für die Berücksichtigung der Interessen des Rettungsdienstes aufgestellt.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** merkt an, die Ministerin habe ausgesagt, die Krankenhausplanung müsse nicht ständig geändert werden, da es dafür die Erteilung von Versorgungsaufträgen gebe. Gleichzeitig sei in dem aktuell gültigen Krankenhausplan zu lesen, dass die Versorgungsaufträge alle zwei Jahre aktualisiert werden sollten. Er sehe darin einen Widerspruch und frage deshalb, ob dies künftig anders als in der Vergangenheit angegangen werden solle.

Bezüglich der Aussage der Ministerin – mit Verweis auf sieben stattgefundenen Sitzungen –, „die Hausaufgaben gemacht zu haben“, wende er ein, viel Unsicherheit im Lande Hessen zu erkennen. Mitunter fragten die Krankenhäuser, wo Führung und Orientierung durch das Land bleibe. Dies sei schon in der vergangenen Legislaturperiode zu beobachten gewesen und das zeige sich auch nach den jüngsten Schließungen in Bad Arolsen, Büdingen und bei der Geburtshilfe. Aus Sicht der Freien Demokraten fehle die Orientierung, die das Land Hessen hätte geben müssen.

Zudem verweise er darauf, die Ministerin habe viele Fragen nicht beantworten können, weil die Bundesebene ihre Arbeit noch nicht abgeschlossen habe. Dass der Status quo aber nicht bleiben werde, sei klar gewesen, und somit hätte das Land Hessen sehr viel früher einen Rahmen geben können. Von den Standorten werde geäußert, im ständigen Austausch mit dem Gesundheitsministerium zu sein. Es scheine, als hätten sie dort verfahrensleitende Hinweise bekommen. Zumindest erklärten die Krankenhäuser selbst, Änderungen zu vollziehen, um sich auf die Krankenhausreform des Bundes vorzubereiten. Dies lasse den Schluss zu, dass das Ministerium in der Lage sei, das eine oder andere zu antizipieren, das aber nicht verkündet und worüber die Öffentlichkeit nicht informiert werde.

Zur Begrifflichkeit Krankenhaugipfel halte er fest, dass es sich hierbei um eine Formulierung des Ministerpräsidenten handele.

Zu den Versorgungsaufträgen wolle er wissen, ob dies bedeute, dass die neue Logik auch gänzlich neue Versorgungsaufträge für die Häuser nach sich ziehe. Ferner frage er, was genau die Ministerin unternehmen wolle, um die Verbundbildung in Hessen weiter zu fördern. Auch zum Ambulatisierungspotenzial bitte er die Ministerin, die Planungen darzulegen, um das Ambulatisierungspotenzial zu realisieren und dieses zu beziffern.

Ministerin **Diana Stolz** bestätigt, dass es zu einer grundlegenden Krankenhausreform kommen werde, die die Struktur der Krankenhäuser in Hessen grundlegend verändern werde. Das sei ein riesiger Prozess, bei dem sehr strukturiert vorgegangen werden müsse. Sie sei ihrem Vorgänger dankbar, dass bereits angestoßen worden sei, die Gespräche im Vorfeld zu führen. Diese seien jetzt intensiviert worden.

Hätte man im vergangenen Jahr eine Krankenhausplanung auf den Weg gebracht, wo schon bekannt gewesen sei, dass der Bund eine umfassende Krankenhausplanung beabsichtige, die einen neuen Anfang erfordere, wäre die Verunsicherung bei den Krankenhäusern viel größer gewesen, als wenn der Prozess – wie geplant – strukturiert angegangen werde. Selbiges wäre passiert, hätte man in den vergangenen Monaten jegliche Zwischenstände an die Krankenhäuser weitergegeben. Im Hintergrund fänden immer Anpassungen an die aktuellsten Informationen von Bundeseite statt, damit ab dem Zeitpunkt der Fixierung direkt losgelegt werden könne. Dann würden alle Prozesse mit den Playern, zum Beispiel der Hessischen Krankenhausgesellschaft, kooperativ angegangen. Deshalb bitte sie um Verständnis, dass in der Zwischenzeit keine Querinformation stattfinden könne.

Zudem stelle sie fest, dass ihr die hier zitierte Kritik der kommunalen Ebene nicht bekannt sei, obgleich sie selbst dort tätig gewesen sei. Von der kommunalen Ebene werde gefordert, ab dem Zeitpunkt, wenn es losgehe, eng eingebunden zu werden, auch in die Kommunikation. Das sei vorgesehen. Die Staatssekretärin sei bereits heute zu einem Gespräch beim Hessischen Städtetag gewesen. Es liege im Interesse aller Beteiligten, den Prozess gemeinsam anzugehen.

Wie schnell vor Ort Verunsicherung entstehe, könne man dort sehen, wo Träger schon im Alleingang aktiv würden, wie bereits angesprochen in Büdingen.

Bisher seien die Planungen in einem Entwurfsstadium. Dieser Entwurf sei am 13. April 2024 eingegangen mit dem Auftrag, bis zum 30. April 2024 dazu Stellung zu nehmen. Hessen habe sich intensiv für einen konstruktiven Ablauf, jenseits parteipolitischer Interessen, eingesetzt. So sei es am Ende möglich gewesen, zu einer mit allen 16 Bundesländern abgestimmten Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf zu kommen. Wenn der Bundesgesetzgeber jetzt die Anregung der Länder aufgreife, dann könnte die Krankenhausreform eine runde Sache werden. Davon sei sie überzeugt. Derzeit sei wieder der Bund am Zug.

Ferner könne sie bestätigen, dass es dann keine Versorgungsaufträge mehr geben werde, sondern Leistungsgruppen, die neu zugewiesen würden. Es handele sich bei der anstehenden Krankenhausreform um eine komplette Umstellung des Systems, die für jedes Krankenhaus in Hessen Veränderungen mit sich bringe. Dementsprechend müsse sie mit sehr viel Kommunikation und Transparenz flankiert werden. Doch jetzt sei noch nicht der richtige Zeitpunkt dafür, da die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen noch nicht bekannt seien.

Wie bereits angemerkt, habe Ministerpräsident Boris Rhein zunächst den Begriff Krankenhaushauptgipfel verwendet, ihn dann erweitert und zu einem Versorgungsgipfel gemacht, da medizinische Versorgung mehr beinhalte als das Krankenhauswesen. Dieser Versorgungsgipfel habe noch

unter dem damaligen Gesundheitsminister stattgefunden. Aufbauend auf diesem werde es jetzt den Pakt für Gesundheit geben.

Zur Frage der Ambulantisierung wolle sie festhalten, dass dazu keine pauschalen Aussagen möglich seien. Beispielsweise gehe sie davon aus, dass das Ambulantisierungspotenzial bei Lebertransplantationen bei null liege, in der allgemeinen Chirurgie aber ein hohes Ambulantisierungspotenzial gegeben sei. Derzeit würden selbst kleinere Verletzungen, wie eine Schnittwunde, oft noch stationär behandelt, obgleich eine derartige Verletzung auch eine ambulante Behandlung zulasse. Deshalb werde nun in jeder Leistungsgruppe ermittelt, ob Ambulantisierungsverfahren möglich seien.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** hebt hervor, die Kritik der kommunalen Ebene sei den Medien zu entnehmen gewesen. Aus den genannten Beispielen ergebe sich der Eindruck, dass selbst die politisch Verantwortlichen vor Ort die Rolle, die Wiesbaden dabei spiele, nicht richtig einschätzen könnten. Er gebe zu bedenken, dass die bestehenden Versorgungsaufträge nicht einfach zurückgegeben werden könnten, insofern müsse das Ministerium bei der Entscheidung für oder gegen eine Schließung eingebunden werden. Seiner Meinung nach führe die Verunsicherung bei den politisch Verantwortlichen und den Einwohnerinnen und Einwohnern vor Ort dazu, dass der Eindruck entstehe, alles laufe unkontrolliert. Das wäre vermeidbar gewesen, hätte man früher vermittelt, wie sich die Krankenhauslandschaft in Hessen in Zukunft weiterentwickeln werde.

Ministerin **Diana Stolz** stellt klar, das, was in Büdingen passiere, sei kein Ausfluss der Krankenhausreform und der Neuvergabe von Versorgungsaufträgen, sondern hier beabsichtige ein Träger Teilschließungen. Derartiges gebe es immer wieder, und das habe es auch früher schon gegeben. Der Träger trage seine Entscheidung zunächst vor, dann befasse sich der Krankenhausausschuss mit diesen Plänen. Im Fall der geplanten Teilschließungen in Büdingen tage der Ausschuss Anfang Juni. Erst wenn geklärt worden sei, ob nach einer Schließung die Versorgung nach dem Krankenhausgesetz weiterhin gesichert sei – damit sei jedoch nicht zwingend eine Versorgungssicherung innerhalb einer Kommune gemeint, sondern in einer Region –, sei das Land verpflichtet, dem Ersuchen nachzukommen.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** moniert, wenn das alles so eindeutig sei, dann dürfte es in Hessen diesbezüglich nicht zu Diskussionen kommen – insbesondere nicht unter Abgeordneten aus der Region. Deshalb scheine es, als laufe das Verfahren nicht wie beschrieben ab. Sollte das erst der Anfang gewesen sein, blühten Verunsicherung und Diskussionen an jeder Stelle.

Ministerin **Diana Stolz** betont, der Krankenhausplan müsse auf ganz Hessen angepasst werden, jedes Krankenhaus werde dann seine Leistungsgruppen zugewiesen bekommen. Sie räume ein,

es könne passieren, dass in jedem Krankenhaus in Hessen eine Diskussion beginne, weshalb größtmögliche Transparenz gefragt sei.

Der Krankenhausträger in Büdingen habe seine Planung vorgelegt. Die Kommunikation dazu obliege nicht dem Ministerium, sondern sei Sache des Trägers. Generell sei festzuhalten, kein wirtschaftliches Unternehmen würde tolerieren, dass ein Ministerium seine Pläne nach außen kommuniziere.

Abgeordnete **Kathrin Anders** gibt ebenfalls zu bedenken, dass ein Ministerium nicht dazu befugt sei, für einen wirtschaftlich tätigen freien Träger zu sprechen, bevor sich die zuständigen Gremien im Land Hessen damit beschäftigt hätten.

Ferner bitte sie die Ministerin auszuführen, inwieweit lediglich Leistungsgruppen weggenommen würden, ob nicht davon auszugehen sei, dass auch neue zugewiesen werden könnten. Anhand des Beispiels Büdingen gebe sie zu bedenken, dass mit dem Ausbau der psychiatrischen Klinik und der Tagespflegeplätze auch etwas dazu komme. Gerade in Bezug auf die Planungen, die Tagespflegeplätze auszubauen, entspreche dies einer bereits lange bestehenden Forderung dieses Hauses.

Ministerin **Diana Stolz** bestätigt, dass bei der Umsetzung der Krankenhausreform genau abgewägt werden müsse, an welchem Standort eine bestimmte Leistungsgruppe Sinn ergebe und welche Kooperationen man beschleunigen könne. Die Ankündigung der Krankenhausreform habe in der Krankenhauslandschaft zu einer Gesprächsbereitschaft bezüglich Kooperationen untereinander geführt. Diese seien vor der Ankündigung regional fast nicht umsetzbar gewesen. Das zeige, dass die Krankenhausreform auch Chancen biete. Gleichsam halte sie diese für dringend geboten. Den jetzigen Gesetzentwurf werte sie ebenfalls als änderungsbedürftig, aber als eine Grundlage, mit der man arbeiten könne. Sie sehe die Krankenhausreform auch als große Chance, da Veränderung nicht zwingend Verschlechterung bedeute. Sie verstehe die Aufgeregtheit, wenn es um anstehende Veränderungen gehe. Deshalb wolle sie die besondere Notwendigkeit einer gemeinsamen Kommunikation der darin liegenden Chancen betonen. Mit der jetzigen Struktur könne dauerhaft nicht weitergemacht werden.

Abgeordnete **Kathrin Anders** merkt an, es gebe in manchen Bereichen zur Qualitätssicherung Kennzahlen, die erreicht werden müssten, damit eine Station aufrechterhalten werden könne. Sie bitte die Ministerin um eine Einschätzung, inwieweit die neuen Kennzahlen automatisch zu Veränderungen führten. Um Missverständnisse vorzubeugen, verweise sie darauf, dass einige Kennzahlen für die Durchführung komplexer Eingriffe sowie für die Versorgung vulnerabler Patientengruppen, zum Beispiel von Frühchen, durch den G-BA beschlossen worden seien, also ohne Zutun der Politik.

Ministerin **Diana Stolz** verweist darauf, nach Leistungsgruppen differenziert betrachten zu müssen. In einigen Fällen halte sie eine Mindestanzahl für dringend erforderlich. Auf der anderen Seite gebe sie zu bedenken, dass die Länder aufgrund regionaler Besonderheiten – zum Beispiel eine Häufung spezieller Unfälle durch den Tourismus – eine gewisse Flexibilität benötigten. Zudem verweise sie auf die Schwierigkeit, die Bundesländer im Hinblick auf die Mindestzahlen zu vergleichen, dies gelte insbesondere für den Vergleich von Flächenländern und Stadtstaaten. Die geforderte Planungshoheit könne den Eindruck erwecken, als wollten die Länder nichts abgeben. Dies sei mitnichten der Fall, sondern sei essenziell, um auf regionale Unterschiede eingehen zu können.

Abgeordneter **Max Schad** befürwortet eine Reform fernab der Parteipolitik, wie sie sich andeute. Die bevorstehende Aufgabe erfordere dies. Deshalb appelliere er an dieses Gremium, seinen Beitrag zu einem sachlichen und guten Prozess in Hessen zu leisten, und an die Fraktionen, zur Klarheit und konstruktiven Begleitung beizutragen, und die Struktur in den Vordergrund zu stellen, aber nicht das politische Tagesgeschäft oder den Geländegewinn. Damit könnte die Leistungsfähigkeit des gesamten Systems demonstriert werden.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** erinnert an die Aussage der CDU im Landtagswahlkampf, kein einziges Krankenhaus in Hessen werde geschlossen. Deshalb sei er gespannt, ob die diese absolute Aussage eingehalten werden könne. Die Fragen, die im Dringlichen Berichtsantrag der Freien Demokraten thematisiert worden seien, seien aufgrund von Beobachtung im Vorfeld der Krankenhausreform entstanden. Er bleibe dabei: Wenn die Kommunen nicht in der Lage seien, zum Krankenhausgeschehen vor Ort korrekt Auskunft zu geben, so spreche dies für einen schlechten Informationsfluss.

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)** hält fest, die Krankenhausplanung werde vor dem Hintergrund des Krankenhausreformplans auf Bundesebene vorgenommen. Dabei werde das Land einen Blick auf den Bedarf, insbesondere der ländlichen Räume, haben. Die Qualität stehe im Vordergrund. Die Finanzierung folge der Planung. Ferner stelle sie fest, dass der letzte Beitrag nicht das widerspiegele, was zuvor mehrheitlich im Ausschuss debattiert worden sei.

Beschluss:

GFA 21/2 – 08.05.2024

Der Dringliche Berichtsantrag gilt mit der Entgegennahme des mündlichen Berichts der Ministerin im Ausschuss als erledigt.

Zuvor kam der Ausschuss überein, den Dringlichen Berichtsantrag in öffentlicher Sitzung zu beraten.

Die **Vorsitzende** dankt der Öffentlichkeit für ihr Interesse, stellt fest, dass für den Tagesordnungspunkt Verschiedenes keine Wortmeldungen vorlägen, dankt den Anwesenden und schließt die Sitzung.

Wiesbaden, 7. Juni 2024

Protokollführung:

Vorsitz:

Kathrin Wolf

Sandra Funken