

## Stenografischer Bericht

## öffentlicher Teil

4. Sitzung – Gesundheits- und Familienpolitischer Ausschuss

4. September 2024 – 14:03 bis 15:47 Uhr

### Anwesend:

Vorsitz: Sandra Funken (CDU)

#### CDU

Maximilian Bathon  
Stefanie Klee  
Claudia Ravensburg  
Max Schad  
Annette Wetekam

#### 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: Jan Feser  
 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
Claudia Nölke	RD'in	Hmwk
Dr. Stefan Herz	MR	<del>HMFG</del>
Jörg Gruno	MR	HMFG
Sydon Stefan	Nowing	HRFG
Johanna Fischer	Praktikantin	
Leonie Borst	FSJ	HLT
Julian Holz	FSJ-P	HLT
Katrin Hombard	RD'in	HMFG
Sonja Op tendrenh	Sts	<del>HMFG</del>
Diana Stolz	DLA	HMFG

Protokollführung: Kathrin Wolf

(Beginn des öffentlichen Teils der Sitzung: 14:06 Uhr)

**4. Dringlicher Berichts Antrag  
Fraktion der Freien Demokraten  
Krankenhauslandschaft in Hessen  
– Drucks. [21/992](#) –**

**Vorbemerkung Fragestellende:**

Am 5. Mai 2024 wird der geschäftsführende Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) mit den Worten zitiert: "Die Situation ist so dramatisch wie noch nie". Richtig, denn für viele Krankenhäuser in Hessen ist es finanziell mehr als eng. Rund 80 % aller Kliniken in Deutschland und damit auch in Hessen schreiben rote Zahlen. Fast schon monatlich wird überprüft, ob nicht sogar eine Insolvenz anzumelden ist. Nicht immer lässt sich dieser Schritt dann vermeiden, wie das Beispiel des DRK-Krankenhauses in Biedenkopf zeigt.

Für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und die Krankenhausplanung ist das Land zuständig. Trotzdem ist eine solche in Hessen bislang nicht zu erkennen. Parallel findet ungehindert ein kalter Strukturwandel mangels Wirtschaftlichkeit statt.

Gleichzeitig äußert die Landesregierung im Zusammenhang mit den Anliegen einzelner Krankenhäuser Bedenken bezüglich „zu kleiner Einheiten“ und der Zersplitterung von Leistungen auf zu viele Standorte.

Die Bundesländer entziehen den Krankenhäusern zudem jährlich etwa 4 Milliarden Euro durch eine zu niedrige Investitionskostenfinanzierung, für die die Länder zuständig sind. Die Quote der Investitionskostenfinanzierung ist seit den Neunzigerjahren von 9 % auf 4 % gesunken.

Auf eine Kleine Anfrage vom 05.10.2022 (Drucks. 20/9322) hatte die Landesregierung zu Frage 5 – Welche Krankenhäuser müssen nach diesen Erkenntnissen für Hessen als bedarfsnotwendig eingestuft werden und welche nicht? – geantwortet:

„Grundsätzlich gibt es in Hessen keine Krankenhäuser, die nicht bedarfsnotwendig sind. Ein Krankenhaus würde nach § 17 Absatz 2 und 3 HKHG 2011 nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn es nicht bedarfsnotwendig wäre.“

Trotzdem stimmt die Landesregierung der Schließung von Abteilungen und Krankenhäusern, die demnach bedarfsnotwendig sind, zu. Krankenhausplanung in Hessen ist nur Fortschreibung von Plänen.

Durch die notwendige Krankenhausreform wird es auch in Hessen zu Umstrukturierungen kommen. Das bekannte Beispiel der Klinik in Büdingen zeigt, dass intransparente Kommunikation zu

maximaler Verärgerung vor Ort führt. Gleiches gilt für Melsungen und Biedenkopf. So kann die Krankenhausreform in Hessen nicht gelingen.

Überdies scheint sich die Landesregierung insgesamt trotz der angespannten Lage im Wartemodus zu befinden und nicht einmal die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zu kennen (Dringlicher Berichtsantrag 21/495 vom 29.04.2024).

Auch der als Krankenhausgipfel angekündigte Versorgungsgipfel hat keine Klarheit für die Menschen, Kommunen, Krankenhausträger und das Personal gebracht.

### **Vorbemerkung der Antwortenden:**

Die Landesregierung sieht den Bedarf für eine Reform der Krankenhausversorgung. Zusammen mit den anderen 15 Ländern setzt sich die Landesregierung für Änderungen an der geplanten Krankenhausreform des Bundes ein, um die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und qualitätsgesicherten Krankenhausversorgung sowohl in den Städten als auch im ländlichen Raum zu ermöglichen. Aktuell besteht aufgrund der noch nicht beschlossenen Reform sowie noch nicht ausformulierter Rechtsverordnungen nicht die Möglichkeit, die Auswirkungen der geplanten Reform abzusehen.

Die finanziell angespannte Situation der Krankenhäuser in Hessen ist dem HMFG aus zahlreichen Gesprächen mit den Geschäftsleitungen der Krankenhäuser bekannt. Auf Anfrage einzelner Krankenhäuser oder auf Initiative des HMFG hat das HMFG gemeinsam mit den Geschäftsleitungen bzw. den Landkreisen und kreisfreien Städten Lösungen zur Stabilisierung der Krankenhausbetriebe ausgearbeitet, sodass die Krankenhausbetriebe für die nächsten Jahre fortgeführt werden können und die Sicherstellung der Versorgung weiterhin gesichert ist.

Darüber hinaus hat das HMFG in den zurückliegenden Monaten mit den Geschäftsleitungen zahlreicher Krankenhäuser bzw. den Landkreisen und kreisfreien Städten Gespräche über die möglichen Auswirkungen der Krankenhausreform auf den Krankenhausbetrieb geführt, um zum Beispiel das zukünftige Versorgungsangebot daran anzupassen. Gleichzeitig hat sich der zuständige Landeskrankenhausausschuss unter der Leitung des HMFG in mehreren Sitzungen mit den komplexen Einzelaspekten der Krankenhausreform befasst und über die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Hessen beraten.

Die Fragen der Fraktion der Freien Demokraten lassen nicht erkennen, welche Position die Freien Demokraten in Hessen zu der geplanten Krankenhausreform des Bundes einnehmen, ob sie zum Beispiel einer in ihrer Vorbemerkung erwähnten „Schließung von Abteilungen und Krankenhäusern“ grundsätzlich zustimmen oder nicht.

Die Freien Demokraten auf Bundesebene haben dazu offenbar bereits eine klare Haltung: In ihrer Ausgabe vom 17. April dieses Jahres berichtet die „Ärzte Zeitung“ über die Bund-Länder-Gespräche zur Krankenhausreform und fasst die Meinung der FDP in folgender Überschrift zusammen: „Klinikreform: FDP fordert klares Bekenntnis der Länder zum Bettenabbau“.

Die Freien Demokraten wollen ganz offensichtlich die Krankenhausreform zum Bettenabbau und zur Schließung ganzer Krankenhäuser nutzen.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich den Berichtsantrag in Abstimmung mit dem Hessischen Ministerium des Inneren, für Sicherheit und Heimatschutz wie folgt:

*Frage 1: Warum sind der Landesregierung die Defizite der einzelnen Krankenhäuser nicht bekannt, obwohl das Land für Wirtschaftlichkeit zuständig ist?*

Die Krankenhäuser sind nicht zur Vorlage der Jahresabschlüsse beim HMFG verpflichtet. Gleichwohl hat das HMFG Kenntnis von den Defiziten zahlreicher Krankenhausbetriebe in Hessen und der allgemein sehr angespannten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser in Hessen und deutschlandweit. Das HMFG setzt sich daher nach wie vor gegenüber dem Bund mit Nachdruck und gemeinsam mit den anderen Bundesländern für eine Reform der Betriebskostenfinanzierung durch den Bund ein.

*Frage 2: Interessiert sich das Land trotz § 1 HKHG nicht für die wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern?*

Es wird auf die Antwort zu der Frage 1 verwiesen.

*Frage 3: Nimmt die Landesregierung ihre Aufgabe wahr, ohne sich für die Defizite von Krankenhäusern zu interessieren?*

Es wird auf die Antwort zu der Frage 1 verwiesen.

*Frage 4: Welche Daten liefern die Krankenhäuser an das Land?*

Es wird auf die Regelungen in der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) verwiesen, in der die einzelnen Berichtspflichten der Krankenhäuser geregelt sind. Die KHStatV regelt die einzelnen Berichtspflichten der Krankenhäuser, also die Erhebungsmerkmale wie Zahl der beschäftigten Personen nach Geschlecht, etc. Ergänzend wird auf § 11 Absatz 2 Satz 1 Hessisches Krankenhausgesetz (HKHG) verwiesen. Weitere Auskunftspflichten ergeben sich aus § 11 Absatz 1 HKHG.

*Frage 5: Warum fragt die Landesregierung die wirtschaftliche Situation nicht ab oder sammelt öffentlich zugängliche Informationen zur wirtschaftlichen Lage von Krankenhäusern?*

Das HMFG informiert sich regelmäßig über die konkrete wirtschaftliche Situation einzelner Krankenhäuser, insbesondere im Rahmen von Gesprächen mit den Geschäftsleitungen, anhand der im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlichten Wirtschaftsdaten oder anhand von Publikationen wie dem „Krankenhaus Barometer“ des Deutschen Krankenhausinstitutes.

*Frage 6: Werden aktuelle Defizite bei der anstehenden Zuteilung der Leistungsgruppen berücksichtigt?*

Der Gesetzentwurf des Bundes für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sieht vor, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen kann, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen bundesrechtlichen Qualitätskriterien erfüllt. Weitere bundesrechtliche Regelungen bleiben abzuwarten. Bei der Zuteilung der Leistungsgruppen wird das HMFG darauf achten, dass möglichst wirtschaftlich tragfähige Einheiten gebildet werden. Die alleinige Berücksichtigung von Defiziten ist kein geeignetes Kriterium zur Beurteilung der medizinischen Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses.

*Frage 7: Wird das Land die Leistungsgruppen trägerunabhängig vergeben?*

Es wird auf die Antwort zu der Frage 6 verwiesen.

*Frage 8: Wie sollten Kommunen aus Sicht der Landesregierung mit den Defiziten der Krankenhäuser umgehen?*

*Frage 9: Hält die Landesregierung die Defizitfinanzierung von kommunalen Krankenhäusern für sinnvoll?*

*Frage 10: Was waren die besonderen Umstände aufgrund derer ausnahmsweise dem Landkreis Marburg-Biedenkopf die Defizitfinanzierung für 2024 des DRK-Krankenhauses genehmigt wurde?*

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 8 bis 10 gemeinsam beantwortet: Kommunen des Landes sind gemäß der Hessischen Gemeindeordnung (HGO) verpflichtet, einen ausgeglichenen Haushalt aufzustellen.

Soweit das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft einen Betriebsverlust erzielt, bestehen folgende Möglichkeiten zur Beseitigung: Das Einleiten von Maßnahmen zur Verlustvermeidung oder Verlustausgleich durch Ausgleichszahlungen.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat das DRK-Krankenhaus Biedenkopf mit einer kurzfristigen Finanzierungszusage vor einer Insolvenz bewahrt. Der Kreishaushalt des Landkreises für das Jahr 2024 konnte mit Rücklagen ausgeglichen werden.

In der aktuellen Situation der Krankenhäuser ist nachvollziehbar, dass Krankenhausbetriebe von ihren Trägern finanziell unterstützt werden. Die häufigen Defizitausgleiche verdeutlichen mehr denn je die Notwendigkeit einer besseren Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser. Der Bund ist in der Pflicht, eine Reform der Betriebskostenfinanzierung umzusetzen.

*Frage 11: Hält die Landesregierung die Defizitfinanzierung von kommunalen Krankenhäusern für wettbewerbsverzerrend?*

Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte sich bereits vor einigen Jahren mit der Frage befasst, ob ein staatlicher Defizitenausgleich zur Aufrechterhaltung des Betriebs eines öffentlichen Krankenhauses zulässig ist. In seinem Urteil vom 24.03.2016 hatte der BGH unter anderem festgestellt:

„Die Praxis einiger Träger kommunaler Krankenhäuser, auf der Grundlage des Freistellungsbeschlusses Krankenhäuser mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (DAWI-Leistungen) zu betrauen und etwaige Defizite auszugleichen, steht im Einklang mit der aktuell geltenden Rechtslage.“

*Frage 12: Wäre der trägerunabhängige Umgang mit Defiziten sinnvoll?*

Aufgrund der Pflicht der Landkreise, der kreisfreien Städte sowie der Sonderstatus-Städte zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung kommt den Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft eine besondere Bedeutung zu. Im Übrigen wird auf die Antwort zu der Frage 11 verwiesen. Im Übrigen ist es Aufgabe des Bundesgesetzgebers, durch eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung Defizite zu verhindern.

*Frage 13: Wurde einer Kommune schon einmal wegen Defizitzuschüssen für Krankenhäuser die Genehmigung eines Haushaltes versagt?*

Nein.

*Frage 14: Sollten sich Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft befinden?*

Die Trägervielfalt im Krankenhausbereich hat sich in Hessen bewährt und sollte daher beibehalten werden.

*Frage 15: Wie sinnvoll ist es, dass defizitäre oder insolvente Krankenhäusern von Kommunen übernommen werden?*

Die in der Antwort zu der Frage 12 genannte Pflicht der Landkreise, der kreisfreien Städte sowie der Sonderstatus-Städte zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung kann dazu führen, dass defizitäre oder insolvente Krankenhausbetriebe in eine kommunale Trägerschaft überführt werden.

*Frage 16: Können Kommunen Krankenhäuser erfolgreicher führen als andere Träger?*

Aufgrund der Komplexität des Krankenhauswesens hängt nach Einschätzung des HMFG der Erfolg eines Krankenhausbetriebes nicht davon ab, ob sich das Krankenhaus in kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft befindet.

*Frage 17: Wäre allen Krankenhäusern geholfen, wenn Hessen die Investitionsfinanzierung künftig auskömmlich bereitstellen würde?*

Die Investitionsfördermittel für hessische Plankrankenhäuser sind seit Jahren nicht nur kontinuierlich, sondern auch massiv erhöht worden. Hierdurch sind die Plankrankenhäuser in Hessen erheblich finanziell entlastet worden.

*Frage 18: Welche Bürgschaften sind der Landesregierung von Kommunen zugunsten von Krankenhäusern bekannt?*

Die Landesregierung hat Kenntnis von Bürgschaften einzelner Kommunen zugunsten von Krankenhäusern.

*Frage 19: Warum nimmt die Landesregierung nicht ihre Verantwortung für die Krankenhausplanung wahr?*

Die Landesregierung nimmt ihre Aufgabe wahr.

*Frage 20: Was fehlt der Landesregierung, um ihre Landeskompetenz Landeskrankenhausplanung wahrzunehmen?*

Auf die Antwort auf Frage 19 wird verwiesen.

*Frage 21: Warum kopiert die Landesregierung nicht einfach, was NRW unter Schwarz-Gelb an seriöser Krankenhausplanung vorgemacht hat?*

Derzeit hat die Bundesregierung eine grundlegende Krankenhausreform in die Wege geleitet. Deren Umsetzung wird die Krankenhausplanung in allen Ländern erheblich beeinflussen.

*Frage 22: Mit welchem Planungshorizont arbeitet die Landesregierung im Krankenhausbereich?*

Der beabsichtigte Planungshorizont umfasst die Zeit bis zum Jahr 2035.

*Frage 23: Wann gedenkt die Landesregierung einen neuen Krankenhausplan zu erarbeiten?*

Die Arbeit am neuen Krankenhausplan erfolgt schon. Ein Abschluss vor dem Inkrafttreten des KHVVG sowie der dazugehörigen Rechtsverordnungen auf Bundesebene ist nicht zweckmäßig.

*Frage 24: Wie lautet die Definition der Landesregierung von „zu kleinen Einheiten“ im Zusammenhang mit bestehenden Krankenhäusern?*

*Frage 25: Welche weiteren „zu kleinen Einheiten“ sieht die Landesregierung in Hessen?*

*Frage 26: Strebt die Landesregierung die Vergrößerung der nicht „zu kleinen Einheiten“ an bei gleichzeitiger Schließung der „zu kleinen Einheiten“?*

*Frage 27: Welche Angebotsausweitung „zu kleiner Einheiten“ verhindert die Landesregierung?*



Die Fragen 24 bis 27 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet:

Die Frage, wann eine Einheit zu klein ist, richtet sich nach bundesrechtlichen Regelungen, nämlich nach den Mindestfallzahlen, wie sie in den bundesrechtlichen Ausführungsverordnungen zum KHVVG geregelt werden sollen. Eine Definition ist daher jetzt noch nicht möglich. Welche der beiden in den Fragen 26 und 27 genannten Lösungsmöglichkeiten besser dazu geeignet ist, die Versorgungssicherheit in einer Region sicherzustellen, ist von den Umständen des Einzelfalls abhängig. Hier sind auch Qualitätsaspekte zentral.

*Frage 28: In welchen anderen Fällen in Hessen sieht die Landesregierung eine Fragmentierung von Leistungen?*

Diese Frage ist nach den 65 Leistungsgruppen differenziert zu beantworten. Aufgrund des nicht abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahrens auf Bundesebene und den noch fehlenden Rechtsverordnungen ist eine aktuelle Bewertung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

*Frage 29: Warum stimmt die Landesregierung Schließungen zu, wenn jedes Krankenhaus/Angebot bislang als bedarfsnotwendig angesehen wurde?*

Nach dem geltenden Krankenhausgesetz ist die Bedarfsnotwendigkeit die Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan. Wenn die Bedarfsnotwendigkeit nach heutiger Bewertung nicht mehr gegeben ist, kann ein Krankenhaus auch wieder aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

*Frage 30: Warum sind nach der Landesregierung bisher bedarfsnotwendige Angebote nun nicht mehr bedarfsnotwendig?*

Weil sich die Umstände geändert haben. Im Übrigen verweise ich auf die Antwort zu Frage 29.

*Frage 31: Welche weiteren Angebote sind nicht bedarfsnotwendig?*

Diese Frage kann nur im Einzelfall nach Abschluss des jeweiligen Planungsprozesses beantwortet werden.

*Frage 32: Warum werden die Gutachten zu Veränderungen der Krankenhaus-Angebote nicht regelhaft offengelegt?*

Gemäß § 30 Hessisches Verwaltungsverfahrensgesetz (HVwVfG) besteht grundsätzlich eine Geheimhaltungspflicht der Behörde, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse nicht offenzulegen.

*Frage 33: Sind Gegengutachten möglich oder üblich?*

Eine Zweitbegutachtung ist möglich, aber unüblich.

*Frage 34: Warum beteiligt die Landesregierung nicht die kommunale Ebene am Veränderungsprozess?*

Die kommunale Ebene ist in den Prozess der Umsetzung der Krankenhausreform konstant eingebunden. An der AG zur Erarbeitung eines neuen Krankenhausplans sind zum Beispiel alle drei kommunalen Spitzenverbände beteiligt. Auch im Rahmen des Krankenhausausschusses, in dem die kommunale Ebene ebenfalls vertreten ist, ist die Krankenhausreform Thema.

*Frage 35: Warum kommt die Landesregierung nicht dem Wunsch der Kommunen nach, die Gremien persönlich zu informieren oder an Sitzungen teilzunehmen?*

Es ist eine Aufgabe des Trägers, der sein Krankenhaus schließen will, über die geplante Schließung zu informieren und auch den Gremien zur Verfügung zu stehen.

Bei der Änderung bzw. Aufhebung des Feststellungsbescheides eines Krankenhauses handelt es sich um ein Verwaltungsverfahren, das nach den Regeln des HVwVfG abzuwickeln ist. Die formelle Hinzuziehung in das Verfahren ist nach § 13 Absatz 2 HVwVfG möglich, wenn rechtliche Interessen betroffen sind. Dies ist bei den Standortkommunen in der Regel nicht der Fall.

*Frage 36: Welche Kommunikation hat es seitens der Landesregierung an die kommunalen Gremien, Träger oder Ärzteverbände in Bad Arolsen, Biedenkopf, Büdingen und Melsungen gegeben?*

Die Landesregierung stand in allen Fällen im Kontakt mit den Landkreisen. Diese sind als Träger des Sicherstellungsauftrages und als Träger des Rettungsdienstes Verfahrensbeteiligte.

*Frage 37: Kann die Krankenhausreform intransparent gelingen, wenn außer Landesregierung und Landräten Kreistage und die Öffentlichkeit nicht beteiligt sind?*

Diese Frage ist an die Bundesregierung und an die sie tragenden Fraktionen zu richten. Solange die gesetzlichen Grundlagen nicht klar sind, wäre es unverantwortlich, bereits jetzt öffentlich für einzelne Krankenhäuser eine Zukunftsperspektive zu verneinen oder anzunehmen.

*Frage 38: Tagen die Regionalen Gesundheitskonferenzen aktuell? (Wenn nein, warum nicht?)*

Ja.

*Frage 39: Welche Informationen erhalten Gesundheitskonferenzen von der Landesregierung?*

Dies hängt von der Tagesordnung ab.

*Frage 40: Nimmt die Landesregierung an Regionalen Gesundheitskonferenzen teil?*

Im Regelfall ja. Aufgrund des Prinzips der wirtschaftlichen und sparsamen Haushaltsführung wird von der Teilnahme abgesehen, wenn nur lokale Themen besprochen werden.

*Frage 41: Informiert die Landesregierung regelhaft nicht die Landkreise/kreisfreien Städte, wenn sie von geplanten Schließungen erfährt?*

Die Landkreise bzw. die kreisfreien Städte werden in ihrer Funktion als Träger des Sicherstellungsauftrages und als Träger des Rettungsdienstes zeitnah bei einer vom Träger beabsichtigten Schließung informiert, wenn konkrete Pläne vorliegen.

*Frage 42: Welchen Beitrag leistet die Landesregierung, damit im Falle einer Schließung auch eine ambulante Nachfolgelösung in Betracht gezogen wird?*

Die Landesregierung unterstützt den Bedarfen vor Ort entsprechende Lösungen. Ob eine ambulante Nachfolgelösung zulässig und sinnvoll ist, richtet sich unter anderem nach der für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

*Frage 43: Wird die Landesregierung versuchen, jede weitere Schließung zu verhindern oder diese hinnehmen?*

Die Bedarfsnotwendigkeit ist entscheidend.

*Frage 44: Hat die Landesregierung vor dem Votum des Krankenhausausschusses keine eigene Meinung?*

Frage 44 und 46 werden zusammen beantwortet (siehe unten).

*Frage 45: Warum kommuniziert das Landesregierung ihre eigene Meinung nicht vorab öffentlich?*

In einem laufenden Verwaltungsverfahren ist es unzulässig, die fachliche Einschätzung der Behörde vorab öffentlich mitzuteilen.

*Frage 46: Wird die Landesregierung in jedem Fall dem Krankenhausausschuss folgen?*

Der Landeskrankenhausausschuss wurde vom Gesetzgeber bewusst in einer beratenden Funktion eingesetzt. Er besteht aus allen Institutionen, die an der stationären Versorgung mitwirken oder von ihr betroffen sind. Die Landesregierung schätzt das hohe Maß an Kompetenz der Mitwirkenden. Daher folgt sie in der Regel der Empfehlung. In den seltenen Fällen, in denen der Landeskrankenhausausschuss zu keiner Empfehlung kommt, erfolgt eine Entscheidung durch das HMFG. Zentral für alle Entscheidungen ist aber, dass diese an Recht und Gesetz gebunden sind. Es handelt sich nicht um Ermessensentscheidungen.

*Frage 47: Wenn ja, hat die Landesregierung ihre Kompetenz delegiert?*

Entfällt.

*Frage 48: Wenn nein, wird die Landesregierung regelhaft den Krankenhausausschuss informieren, wenn sie abweicht?*

Der Landeskrankenhausausschuss würde in diesem Fall informiert werden

*Frage 49: Welche Aufgabe haben die Landkreise bei den Versorgungsaufträgen, über die der Krankenhausausschuss berät?*

Die Landkreise und kreisfreien Städte haben einen Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung, der sich aus § 3 Absatz 1 HKHG ergibt. Zudem sind sie gemäß § 5 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) Rettungsdienstträger

*Frage 50: Haben sich Träger mit den Landkreisen abzustimmen?*

Ja.

*Frage 51: Wer erhält die Bescheide der Landesregierung über Versorgungsaufträge?*

Das antragstellende Krankenhaus sowie die Kostenträger und die im Landeskrankenhausausschuss vertretenen Institutionen, wenn diese es wünschen.

*Frage 52: Wie informiert die Landesregierung die Öffentlichkeit über neue Bescheide?*

Eine Information der Öffentlichkeit ist bei krankenhauserplanerischen Verwaltungsverfahren rechtlich nicht vorgesehen. Sie erfolgt daher im Regelfall einzelfallbezogen in Abstimmung mit der antragstellenden Institution.

*Frage 53: Wie können sich Bürger über die aktuell gültigen Versorgungsaufträge informieren?*

Der Versorgungsatlas 2022 bietet einen Überblick.

*Frage 54: Warum kommuniziert die Landesregierung nicht mit der Öffentlichkeit über die Krankenhausreform?*

Die Landesregierung kommuniziert zur Krankenhausreform.

*Frage 55: Warum geht die Landesregierung nicht regelhaft in solchen Fällen in die Gremien der betroffenen Landkreise?*

Auf die Antwort auf die Frage 41 wird verwiesen.



- Frage 56: Sind Kreistagsmitglieder in der Lage, ihre Verantwortung wahrzunehmen, wenn Landesregierung und Landräte die Gremien nicht umfassend informieren?*
- Frage 57: Ist die Landesregierung der Auffassung, dass Kreistage sich aus der Debatte über Krankenhäuser heraushalten sollten?*
- Frage 58: Warum berät die Landesregierung die kommunalen Gremien nicht hinsichtlich der Krankenhausreform und -angelegenheiten sowie Fragen lokaler Gesundheitsversorgung?*

Die Fragen 56 bis 58 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet:

Stehen Entscheidungen auf kommunaler Ebene, wie zum Beispiel ein Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser an, wird der Landrat bzw. der Oberbürgermeister über solche Angelegenheiten bei Bedarf durch das HMFG beraten.

Er informiert gemäß § 44 Hessische Landkreisordnung (HKO) den Kreisausschuss bzw. den Magistrat, dem wiederum gemäß § 41 Absatz 1 Nr. 2 HKO die Aufgabe der Vorbereitung der Beschlussvorlagen des Kreistages bzw. der Stadtverordnetenversammlung obliegt.

Die Landesregierung informiert nicht die einzelnen Kreistagsmitglieder bzw. Stadtverordnete. Über die Inhalte der Beratungen und Beschlüsse der Kreistage und Stadtverordnetenversammlungen entscheiden die kommunalen Verantwortlichen. Das HMFG bewertet die Inhalte der Informationen, die kommunalen Gremien zur Verfügung stehen, schon aus Respekt vor der kommunalen Selbstverwaltung gemäß Artikel 137 Hessische Landesverfassung nicht.

Zudem sind die kommunalen Gremien über ihre Spitzenverbände im Landeskrankenhausausschuss vertreten. Sie werden dort informiert und beraten und geben die Informationen an die Landräte und Oberbürgermeister weiter. Auch in der AG zur Erarbeitung eines neuen Krankenhausplans wird die Reform unter Einbindung der kommunalen Spitzenverbände diskutiert.

- Frage 59: In welchen Fällen befasst sich die Landesregierung mit der Frage, ob die Sicherstellung der Versorgung eines Landkreises greift?*

Diese Frage wird geprüft, wenn eine Änderungs- oder Schließungsabsicht geäußert wird.

- Frage 60: Welches Ziel verfolgt die Landesregierung bei der Krankenhausreform?*

Die Landesregierung setzt sich bei der Krankenhausreform des Bundes mit dem Ziel ein, die stationäre Versorgung dauerhaft, in hoher Qualität, im bedarfsgerechten Umfang und verlässlich zu sichern. Der besondere Fokus liegt dabei auf der Sicherstellung der flächendeckenden Notfallversorgung. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhausplanung nur ein Teil der insgesamt zu betrachtenden gesundheitlichen Versorgung ist. Aus diesem Grund legt die Landesregierung großen Wert auf eine abgestimmte Versorgung in den Regionen und ist dazu im engen Austausch mit den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Institutionen wie beispielsweise der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

*Frage 61: Bearbeitet das Land (Teil-)Schließungen von Krankenhäusern nun anders als früher?*

Nein.

*Frage 62: Was ist gewonnen, wenn Schließungen nun kurzfristiger bestätigt werden als früher?*

Verwaltungsverfahren sind nach § 10 Satz 2 HVwVfG einfach, zweckmäßig und zügig durchzuführen.

*Frage 63: Wann werden die Landkreise eingebunden, wenn Veränderungen der Versorgungsaufträge den Rettungsdienst tangieren?*

Es ist Aufgabe des Trägers eines Krankenhauses, seine Schließungsabsicht rechtzeitig gegenüber dem Träger des Rettungsdienstes zu kommunizieren. Konsequenterweise bindet das HMFG den Träger des Rettungsdienstes mit ein, wenn die Schließungspläne hinreichend konkret sind.

*Frage 64: Verfolgt die Landesregierung Veränderungen bei der Einhaltung der Quote der Rettungsdienste nach Änderungen des Versorgungsauftrages nach?*

Ja.

*Frage 65: Ist sich die Landesregierung bewusst, dass die Krankenhausreform harte Entscheidungen erfordert, die mit der Öffentlichkeit kommuniziert werden müssen?*

Infolge der Verzögerung der Gesetzgebung auf Bundesebene ist es zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich, Entscheidungen zu treffen und entsprechend zu kommunizieren.

*Frage 66: Wenn die Krankenhausreform eine Planungsgrundlage für die Landesregierung ist, warum verhaken sich die Länder mit dem Bund?*

Die Frage, warum die hilfreichen und sachdienlichen Änderungsanträge der Bundesländer noch keinen Eingang in das HKVVG gefunden haben, ist an die Bundesregierung zu richten. In der jetzt vorliegenden Form ist die Krankenhausreform keine bestmögliche Grundlage für eine Reform in Hessen.

*Frage 67: Ist es sinnvoll, die Krankenhausreform zu verzögern und damit den Transformationsfonds zu verzögern?*

Nach Einschätzung der Landesregierung braucht es eine Krankenhausreform. Diese muss aber die notwendigen Gestaltungsspielräume bei der Umsetzung des Gesetzes auf Länderebene ermöglichen, um den regionalen Besonderheiten gerecht zu werden und um vorhandene, hochqualitative und passgenaue Versorgungsformen zu erhalten. Dazu ist es notwendig, dass der bundesgesetzliche Rahmen, einschließlich der Rechtsverordnungen und der weiteren untergesetzlichen Regelung, schnellstmöglich feststeht.

Hessen setzt sich seit Beginn der Reformdiskussion für eine schnelle und konstruktive Lösung ein und drängt auch jetzt gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit auf eine höhere Geschwindigkeit. Es ist nicht verständlich, warum zu den Verordnungsermächtigungen unter anderem in § 135e Absatz 1 SGB V des Gesetzesentwurfs und § 135f Absatz 4 SGB V des Gesetzesentwurfs noch kein Entwurfstext vorliegt.

*Frage 68: Wird die Landesregierung die Verbundbildung fördern?*

Auf der Grundlage von § 22 Absatz 5 HKHG wird die Verbundbildung bereits seit Jahren gefördert.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** weist bezüglich der Vorbemerkung der Antwortenden darauf hin, dass die Einreichung des Dringlichen Berichtsantrags bereits Aussagen darüber zulasse, wofür die FDP stehe. So adressiere diese seit Beginn der vergangenen Legislaturperiode die unzureichenden Investitionskostenpauschalen für Krankenhäuser. Dieser Einsatz habe sich positiv ausgewirkt, und die Investitionskostenpauschalen seien in der vergangenen Legislaturperiode erhöht worden. Diese Entwicklung müsse sich in dieser Legislaturperiode fortsetzen. Hier wolle er auf die Zuständigkeit der Länder für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser verweisen, die sich auch im HKHG widerspiegle.

Zu den Defiziten der Krankenhäuser stelle er fest, noch bei dem vorherigen Dringlichen Berichtsantrag sei darauf verwiesen worden, dass diesbezüglich keine Kenntnisse vorlägen. In der Zwischenzeit scheine das HMFG einen Fortschritt erzielt zu haben.

Der Hinweis auf die besondere Rolle öffentlicher Krankenhäuser bei der Frage 12 könne als Abstufung in Häuser erster und zweiter Klasse gewertet werden. Es gebe jedoch Landkreise, die kein öffentliches Krankenhaus hätten. Insofern frage er, wie sich dies mit der besonderen Rolle öffentlicher Krankenhäuser, dem Sicherstellungsauftrag der Landkreise und dem Beitrag der einzelnen Krankenhäuser verhalte.

Auf Frage 13 habe die Ministerin „Nein“ geantwortet. Deshalb wolle er wissen, ob der Erlass des Hessischen Innenministers, der besage, dass die Regierungspräsidien bei öffentlichen Krankenhäusern keine Erhöhung des Eigenkapitals mehr vornehmen dürfen, in dieser Antwort schon berücksichtigt worden sei.

Bezüglich der Einbindung der Kommunalen Familie habe Ministerin Diana Stolz ausgeführt, die kommunalen Gremien würden eingebunden, wenn es so weit sei. Das entspreche aber nicht den lokalen Diskussionen, die es zum Beispiel in den Landkreisen Wetterau, Schwalm-Eder oder Marburg-Biedenkopf gebe. Aus diesen Landkreisen werde berichtet, dass sie nicht vom HMFG informiert worden seien. Deshalb bitte er, für die aufgeführten Beispiele einen Überblick über das Vorgehen zu geben.

Ferner verweise er auf ein Interview, das das Magazin „Kommunal. Wir gestalten Deutschland“ mit Karl Lauterbach geführt habe. Darin äußere sich Karl Lauterbach wie folgt: „Die Kommunen werden die Herrinnen des Verfahrens sein.“

Auf die Rückfrage: „Entscheiden aber nicht die Länder über die Krankenhausplanung und weisen dann den Kommunen die künftigen Leistungsgruppen ... zu?“, habe Karl Lauterbach dann angegeben: „Ja, aber die Kommunen können das vorher mit dem Land verhandeln.“

Dies impliziere, dass die Kommunen die Leistungsgruppen nach Bedarf beim Land bestellten und es zwischen der Landesregierung und den Kommunen bereits einen intensiven Dialog zu den Situationen vor Ort geben müsste.

Zudem habe Ministerin Diana Stolz in der Antwort aufgeführt, nicht die einzelnen Kommunen, sondern die kommunalen Spitzenverbände seien in den Landeskrankenhauseusschuss involviert. Insofern frage er, ob und wie die Krankenhausträger über die Haltung der Kommune zu Entscheidungen informiert würden.

Mit dem Verweis auf den Fortschritt des Landes Nordrhein-Westfalens bei der Krankenhausreform rege er an, dieses als Vorbild für Hessen zu nehmen.

Ministerin **Diana Stolz** bestätigt, Nordrhein-Westfalen habe ein Konzept mit Leistungsgruppen vorgelegt. Dieses sei ein Anstoß für die Bundesreform gewesen. Nordrhein-Westfalen sei eines der 16 Bundesländer, die jetzt auf die Änderungen und die Beschleunigungen beim Bund drängten. Insofern unterscheide sich die Situation in Nordrhein-Westfalen, was die Abhängigkeit von den Entscheidungen des Bundes angehe, in keiner Weise von den anderen Bundesländern. In Hessen habe man sich dazu entschieden, zunächst auf die bundesrechtlichen Regelungen zu warten und auf diese im Interesse Hessens soweit wie möglich Einfluss zu nehmen.

Ferner erläutere sie, ein Krankenhaus sei abhängig von Investitionsförderungen und Betriebskostenzuschüssen. Für die Investitionskostenzuschüsse sei das Land zuständig, die Betriebskostenzuschüsse regele der Bund. Bei den Investitionskostenzuschüssen habe das Land Hessen – dies habe der Abgeordnete bereits erwähnt – seine Hausaufgaben gemacht, indem es diese im Zeitraum vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2024 um bis zu 247,5 Millionen Euro pro Jahr gesteigert habe. Im Jahr 2016 hätten die Investitionskostenzuschüsse bei 142,5 Millionen gelegen, im Jahr 2024 lägen sie bei 390 Millionen Euro, was einer Steigerung von 170 % entspreche. Die Erhöhung liege somit schon deutlich über der Inflationsrate. Dafür gelte der Dank allen Abgeordneten, die daran mitgewirkt hätten. Für diese Legislaturperiode sei bereits aus dem Koalitionsvertrag und dem Regierungsprogramm eine Investitionskostensumme von 550 Millionen Euro zu entnehmen.

Anders sehe es bei den Betriebskosten aus, die auf bundesrechtlichen Regelungen fußten. In diesem Bereich hätten die Krankenhäuser große Probleme.



Ferner weise sie auf ein mögliches Missverständnis des Begriffs Kommune hin. Dieser Begriff umfasse den Landkreis, die kreisfreie Stadt und die Gemeinde und definiere nicht allein die Standortkommune, also den Ort, an dem sich ein Krankenhaus befinde. Mit dem Hinweis auf diese Differenzierung erschlossen sich sicherlich einige der vorgetragenen Antworten.

Zum Verfahren sei festzuhalten, dass die Oberbürgermeister der kreisfreien Städte oder die Landräte der Landkreise schon deshalb eingebunden seien, da die kreisfreien Städte oder Landkreise für den Sicherstellungsauftrag verantwortlich und Träger des Rettungsdienstes seien. So habe sich dies auch im genannten Wetteraukreis verhalten.

Dass sich Landkreis und Ministerium einen anderen zeitlichen Ablauf gewünscht hätten, sei bereits der Presseberichterstattung zu entnehmen gewesen. Darüber, wie sich die Kommunikation mit der Standortkommune gestaltet habe, könne sie keine Auskunft geben. In diesem speziellen Fall sei der Bürgermeister mit einer Ortsauswahl im Ministerium gewesen. Dort habe sich dieser informieren können.

Ministerin Diana Stolz sagt zu, die Rückfrage zum Erlass des Hessischen Innenministers mitzunehmen und die Antwort zu Protokoll zu geben.

Abgeordneter **Volker Richter** äußert, die finanziellen Folgen für Krankenhäuser infolge der Inflation müssten ausgeglichen werden. Dabei entstehe der Eindruck, dass Bund und Land sich sprichwörtlich gegenseitig den Schwarzen Peter zuschöben.

Zudem sei ihm bisher kein durchgehendes und geplantes Reporting für die Krankenhäuser bekannt, das einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Krankenhäuser gebe. Dies sei seines Erachtens für die Zukunft wünschenswert. Gleiches gelte für eine übergeordnete Behörde, die die Gesamtverantwortung für die Krankenhäuser tragen solle.

Der derzeitige Zustand führe dazu, dass die von der Fraktion der Freien Demokraten gestellten Frage von Ministerin Diana Stolz quasi nur rudimentär beantwortet werden könnten, da die Verantwortung maßgeblich bei der Bundesregierung liege. Deren Reformentwurf halte er nicht für besonders gelungen. Umso mehr irritiere ihn, dass die Freie Demokraten einen derartigen Dringlichen Berichts Antrag vorgelegt hätten, da sie an der Bundesregierung beteiligt seien.

Weiterhin wolle er wissen, ob das HMFG über einen Maßnahmenkatalog für Anpassung nach der Krankenhausreform verfüge.

Ministerin **Diana Stolz** betont die unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Krankenhausfinanzierung. Ferner kritisiere sie die Kopplung der Betriebskostenfinanzierung an die Reform. Dies stelle ein Problem für die Krankenhäuser dar, da keine Übergangsfinanzierung vorgesehen sei. In dieser Kritik seien sich alle 16 Bundesländern einig, unabhängig von den regierungsbildenden Parteien.

Gerne könne sie eine Übersicht zu den Positionierungen der 16 Bundesländer zu Protokoll geben. Daraus gehe hervor, worauf die einzelnen Länder Wert legten. Die darin aufgeführten Forderungen seien nicht parteipolitischer Natur, sondern seien von den Bundesländern in einem intensiven Prozess zusammengetragen worden. Einigkeit bestehe auch darin, dass eine Krankenhausreform notwendig sei, jedoch bedürfe der vorliegende Entwurf einiger Änderungen, damit er funktionieren könne.

Zur wirtschaftliche Offenlegung – hier habe Abgeordneter Yanki Pürsün mit Verweis auf den Dringlichen Berichts Antrag 21/495 vom 29.04.2024 eine Widersprüchlichkeit in den Antworten vermutet – lasse sich festhalten: Die Differenz liege nicht in den Antworten, sondern in der unterschiedlichen Fragestellung. Im Dringliche Berichts Antrag aus dem Monat April sei danach gefragt gewesen, welche Informationen die Landesregierung von den Krankenhäusern einfordern könnte. Der aktuelle Dringliche Berichts Antrag frage, auf welche Informationen das HMFG zurückgreife und ob es den Kontakt zu den kommunalen Gremien halte. Dies könne sie bejahen.

Letztlich verweise sie darauf, dass es sich bei Krankenhäusern auch um Unternehmen handele, in deren Wirtschaftsentscheidungen nicht einfach eingegriffen werden könne.

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)** erklärt, gemäß § 14 HKHG werde seien die Krankenhäuser verpflichtet, eine wirtschaftliche Betriebsführung zu gewährleisten. Dafür trage das Land keine Verantwortung. Die gesetzliche Verpflichtung regele die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Sie danke Ministerin Diana Stolz für die Erläuterungen zu Betriebs- und Investitionskosten. Zu diesen habe sich die Koalition auf eine Steigerung, vor allem der originären Landesmittel, verständigt.

Sollte der Abgeordnete Yanki Pürsün einen Paragraphen im HKHG kennen, der anderes besage, bitte sie um eine Mitteilung.

Abgeordneter **Marcus Bocklet** fragt, ob die Landesregierung über Modellierungen verfüge, die eine Prognose zuließen, welche Auswirkungen die Anpassung der Rahmenbedingungen durch den Bund auf die 126 hessischen Plankrankenhäuser habe.

Ministerin **Diana Stolz** erklärt, für Modellierungen fehlten vom Bund sowohl die Rechtsverordnungen als auch der Grouper. Deshalb gelte es, in diesem Stadium jegliche öffentlichen Mutmaßungen zu vermeiden.

Derzeit frage man in allen hessischen Krankenhäusern ab, über welche Qualifikationen die Ärztinnen und Ärzte vor Ort verfügten, um Theorie und Praxis abzugleichen. Zudem werde auf die Möglichkeit verwiesen, Verbünde zu schließen.

Die Wichtigkeit der Möglichkeit der Länder, auf regionale Besonderheiten einzugehen, wolle sie anhand eines Beispiels verdeutlichen: Das Bundesgesetz sehe vor, dass nur an Universitätsklinikum koordinierende Krankenhäuser vorgehalten würden. In Hessen seien dies das Universitätsklinikum Frankfurt und das Universitätsklinikum Gießen und Marburg, die dann die Koordinierung für ganz Hessen übernehmen sollten. Die koordinierende Funktion sei vielschichtig. Besonders bei größeren Ereignissen in Nordhessen berge diese räumliche Entfernung Schwierigkeiten, die nicht mit solchen von Stadtstaaten wie Berlin oder auch Bremen vergleichbar seien.

Während der Pandemie habe Hessen über ein hervorragendes System verfügt, bei dem die sechs Krankenhäuser mit maximaler Versorgungsstufe die Koordinierung übernommen hätten. Es biete sich deshalb an, an den Krankenhäusern festzuhalten, die sich während der Pandemie in dieser Funktion bewährt hätten und bereits über entsprechende Strukturen verfügten.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** verweist zum Redebeitrag des Abgeordneter Volker Richter auf das seines Erachtens Antiföderale in dessen Forderung.

Zugleich zeige er sich verwundert über die Betonung der Zuständigkeit der Länder bei der Krankenhausstrukturplanung, da er von dieser Seite bisher keinen besonderen Einsatz feststelle, um dem kalten Sterben, insbesondere kleinerer Häuser im ländlichen Raum, Einhalt zu gebieten.

Anders verhalte sich dies in Nordrhein-Westfalen. Dort würden bereits konkrete Leistungsgruppen vergeben, obgleich dort dieselben Bundesregelungen gelten würden. Er gehe davon aus, dass auch Hessen diesbezüglich weiter sein könnte.

Er erinnere an seine Frage nach der Rolle öffentlicher Krankenhäuser in Bezug auf Frage 12. Zudem bitte er um eine Erläuterung zu den besonderen Gründen, die dazu geführt hätten, dass der Landkreis Mittel für das DRK-Krankenhaus in Marburg-Biedenkopf zuschießen dürfe.

Ferner räume er ein, dass für die vergangene Legislaturperiode ein Aufwuchs der Investitionskosten verzeichnet werden könne, zugleich hätten sich aber Inflationskostensteigerungen ergeben. Insofern frage er, ob in dieser Legislaturperiode weitere Mittelsteigerungen vorgesehen seien, um aufgelaufene Defizite aufzufangen. Hierbei seien die Länder in Verzug.

Bezüglich der Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser weise er auf widersprüchliche Aussagen zu früheren Initiativen hin. So habe ein früherer Gesundheitsminister pauschal geantwortet: Jedes aktuell im Krankenhausplan aufgeführte Haus sei per se bedarfsnotwendig. Entgegen den damit verbundenen Erwartungen habe die Landesregierung Schließungen zugestimmt. Insofern frage er, ob und wann sich bei der Bedarfsnotwendigkeit Änderungen ergeben hätten. Ferner merke er an, dass derartige Widersprüche auch in der Bevölkerung auffielen und hinterfragt würden.

Bei der Krankenhausplanung sei auf die Einbindung der Landräte hingewiesen worden. Dazu wolle er wissen, ob diese von Anfang an eingebunden seien. Weiterhin weise er darauf hin, dass zu den genannten zu informierenden Beteiligten bei Entscheidungen zu Standorten strengge-

nommen auch die Patienten zählten. Auch diese sollten die Information erhalten, welches Krankenhaus bei einer Schließung vor Ort den Versorgungsauftrag erhalte, sonst entstehe der Eindruck einer Lücke. Sollte ein Versorgungsauftrag oder Sicherstellungsauftrag nicht an ein anderes Krankenhaus übergehen, so müsste dieser dann seines Erachtens beim Landkreis liegen, der handeln solle.

Ministerin **Diana Stolz** widerspricht mit Verweis auf § 1 Satz 1 und 3 HKHG der Aussage des Abgeordneten Yanki Pürsün, die Länder seien für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zuständig. Satz 1 betone die Eigenständigkeit der wirtschaftenden Krankenhäuser, Satz 3 beinhalte die Leistungsfähigkeit als gemeinsame Aufgabe. Die Wirtschaftlichkeit finde darin keine Erwähnung.

Weiterhin wiederhole sie ihre Ausführungen zu den Zuständigkeiten. Dabei betone sie, der Bund sei für die Gewährleistung einer auskömmlichen Betriebskostenfinanzierung zuständig. Dies sei für das Land eine wesentliche Planungsgrundlage. Sofern sie diese nicht kenne, sei eine Planung nicht möglich.

Bisher kenne sie lediglich den Entwurf einer Krankenhausreform des Bundesministers und Maßnahmen zu möglichen Änderungen. Sollten die Fraktionen den partei- und länderübergreifenden Entwurf unterstützen können, empfehle sie im Interesse Hessens, alle Einflussmöglichkeiten auf Bundesebene zu nutzen.

Abgeordneter **Volker Richter** merkt an, in der Wirtschaft, seien übergeordnete Koordinationsstellen durchaus üblich. Dies bedeute in der Regel nicht, dass die einzelnen Bereiche nicht mehr eigenständig arbeiten könnten, jedoch sei zusätzlich eine übergeordnete Stelle für das Controlling zuständig.

Besonders interessant sei für ihn die Frage nach der Modellierung. Derzeit sei zu beobachten, dass niemand eine Aussage über den Ausgang des Reformverfahrens geben könne. Dies liege seines Erachtens am Fehlen einer Koordinationsstelle.

Das erschwere auch die Arbeit im Ausschuss, da zu diesem Thema faktisch kaum Anträge gestellt werden könnten, da kaum belastbare Aussagen möglich seien. Er räume ein, dass sich daraus nicht nur für die Bemühungen der Opposition, sondern auch für die der Landesregierung Schwierigkeiten ergäben. Deshalb frage er, ob das Land auf ein Treffen mit den Gesundheitsministern drängen könne, um bei einem solchen die Situation für die Beteiligten zu klären.

Ferner halte er es für weniger erheblich, wer im Bund regiere. Bedeutender sei, was der Bund mache. Sollte dieser den Ländern und Kommunen neue Aufgaben zuweisen, müsste dafür auch die finanzielle Basis geschaffen werden, andernfalls müsste priorisiert werden, um mit den vorhandenen Mitteln auszukommen.

Dies werde auch für Hessen immer schwieriger zu bewerkstelligen. Einschränkende und beschränkende Gesetzesvorlagen, die neue Aufgaben auferlegten und inflationäre Tendenzen verstärkten, täten ihr Übriges und richteten sich gegen die Kommunen und somit letztlich gegen die Bürger.

Ministerin **Diana Stolz** fasste zum zeitlichen Ablauf zusammen: Eine Anhörung sei für Ende September geplant, das Gesetz solle am 1. Januar 2024 in Kraft treten. Dies hänge auch davon ab, wie viele Änderungen am Gesetzentwurf vorgenommen würden. Ihre Hoffnung sei, dass der Zeitplan eingehalten werden könne.

Der bereits angesprochene Grouper werde Ende September oder Anfang Oktober erwartet. Modellierungen könnten erst erfolgen, wenn die Rechtsverordnungen gefolgt seien.

Abgeordnete **Stefanie Klee** unterstreicht, dass das KHVVG alle Beteiligten in dieser Legislaturperiode vor großen Herausforderungen stelle. Das bedeute auch, in den Wahlkreisen viel Aufklärungsarbeit leisten zu müssen.

Umso wichtiger sei es, selbst gut informiert und auf dem aktuellsten Stand zu sein. Dieses Bedürfnis habe sie schon aufgrund ihrer Profession, jedoch stelle sie fest, dass dies nicht ganz einfach und auch nicht verständlich sei. Diesen Eindruck habe der Fragenkatalog sogar noch gefestigt. Daher sehe sie in diesem einen Vorgeschmack auf das, was auch in Zukunft an Fragen auf die Landesregierung und auf Ministerin Diana Stolz zukomme.

Der Bitte von Ministerin Diana Stolz folgend, an noch offene Fragen zu erinnern, kommt der Abgeordnete **Yanki Pürsün** nach. Unter anderem seien noch die Frage zu den besonderen Umständen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und den Rückfragen zu den Themenkomplexen der Versorgungs- und Sicherstellungsaufträge, des Krankenhausausschusses, der Bedarfsnotwendigkeit und insbesondere der Rollenverteilung der Krankenhäuser unbeantwortet geblieben.

Ganz speziell bitte er auf den Fall Melsungen einzugehen. Seinen Informationen zufolge habe dort der Träger nicht mit dem Landkreis gesprochen. Deshalb frage er nach der Konsequenz daraus.

Für unglücklich, aber nicht in der Verantwortung des Ministeriums, halte er die Tatsache, dass das Klinikum Melsungen in Onlineverzeichnissen noch aufgelistet werde, obgleich der Betrieb bereits eingestellt worden sei.

Zudem stimme er der Abgeordneten Stefanie Klee zu, die auf die Notwendigkeit verwiesen habe, mit der Bevölkerung die anstehenden Änderungen im Krankenhauswesen proaktiv zu kommunizieren. Dies gelte vor allem im ländlichen Raum, der mutmaßlich besonders betroffen sein könnte.

Oftmals entstehe dort das Gefühl, der Träger oder auch die Kommune habe bei Entscheidungen versagt. Diesem Gefühl müsse vorgebeugt werden.

Ministerin **Diana Stolz** stellt klar, ob ein Krankenhaus einem freien Träger zugeordnet werde oder unter kommunaler Trägerschaft arbeite, sei unerheblich. Es werde nicht nach erster oder zweiter Klasse differenziert. Derartiges habe sie im Zusammenhang mit Krankenhäuser noch nie gehört.

Für die Beantwortung der Frage zum DRK-Krankenhaus in Marburg-Biedenkopf bitte sie, dem Referatsleiter für den Bereich Krankenhausfinanzierung und Krankenhausrecht, Jörg Gruno, das Wort zu erteilen.

MinR **Jörg Gruno** erläutert, dass Teile der stationären Versorgung des DRK-Krankenhauses für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar seien. Deshalb habe man seitens des Ministeriums die Einschätzung geteilt, dass der Landkreis, der über entsprechende Mittel verfüge, die Sicherstellung der Versorgung weiterhin gewährleisten müsse bzw. Gewährleistungsverpflichteter sei. Der Landkreis Marburg-Biedenkopf habe daraufhin seine Unterstützung zugesagt, die Defizite im laufenden Jahr auszugleichen.

Ministerin **Diana Stolz** führt zu Änderungen in der Bedarfsnotwendigkeit aus, diese könne mannigfaltige Gründe haben. Diese sei zum Beispiel dann gegeben, wenn durch den Weggang eines Arztes oder eines Teams in ein anderes Krankenhaus eine bestimmte Fachleistung nicht mehr erbracht werden könne. Ein Krankenhaus mit einem großen Spektrum könnte dann beschließen, die Abteilung im Krankenhaus zu schließen. Bei der Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit könnte dann festgestellt werden, dass diese dort nicht mehr bestehe, weil die Leistung woanders erbracht werde.

Dies sei selbstverständlich immer genau zu prüfen. Gegebenenfalls greife dann, wie von MinR Jörg Gruno bereits für das DRK-Krankenhaus in Marburg-Biedenkopf beschrieben, der Sicherstellungsauftrag des Landkreises.

Zur Frage nach der Entwicklung der Investitionsfördermittel wolle sie den Beratungen des Haushaltsgesetzgebers nicht vorgreifen.

Abgeordneter **Marcus Bocklet** gibt an, den Ausführungen von Ministerin Diana Stolz entnommen zu haben, dass auch Krankenhausschließungen nicht mehr ausgeschlossen werden könnten und möglicherweise nicht mehr alle 126 Plankrankenhäuser gehalten werden könnten.

Die Krankenhausplanung ließe seines Erachtens mehr Steuerung zu, wenn nicht nur Versorgungs- und Sicherungsaufträge erteilt, sondern auch Versorgungsaufträge entzogen werden könnten. Dies sei bisher lediglich bei groben rechtlichen Verstößen möglich.

Erläuternd wolle er ein Beispiel aus der Stadt Darmstadt aufgreifen. Dort gebe es in unmittelbarer Nachbarschaft zwei Krankenhäuser mit Geburtsstationen. In beiden Krankenhäuser sei die Zahl der Geburten zu gering. Würde eine Geburtsstation zugunsten der anderen aufgegeben, wäre diese betriebswirtschaftlich rentabel zu betreiben. Dazu habe das Land rechtlich keine Möglichkeit. Ebenso wenig könne eine Kooperation erzwungen werden. Deshalb frage er, ob derartige Steuerungsmöglichkeiten in Zukunft vorgesehen seien. Ansonsten stehe zu befürchten, dass dieser und jeder weiteren Landesregierung weiterhin die Hände gebunden sei.

Ministerin **Diana Stolz** betont, sie befürworte ganz klar eine Krankenhausreform für alle 16 Bundesländer. Dieser Reform bedürfe es, weil das System so nicht mehr zeitgemäß sei.

Zur Annahme des Abgeordneten Marcus Bocklet zu möglichen Schließungen mache sie deutlich, dass es diesbezüglich auch andere Sichtweisen gebe. Die Reform biete auch die Möglichkeit, neue Versorgungsstrukturen zu etablieren und gegebenenfalls Ambulantisierungspotenziale zu heben. Insbesondere hoffe sie darauf, dass die Reform die Möglichkeit einer regionalen Betrachtung zulasse, um vielleicht auch andere regionale Strukturen schaffen zu können.

Dass Hessen bereits innovativ unterwegs sei, belegten Projekte wie SaN oder der gemeinsame Tresen. Weitere innovative Modelle seien denkbar. Auch das vom Bund verfolgte Konzept der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen („Level 1i-Krankenhäuser“) sei für Überlegungen zur Ausgestaltung vor Ort geeignet.

Wenn es gelinge, die Reform gut auszugestalten, biete sie das Potenzial, die medizinische Versorgung deutlich stabiler und qualitativ hochwertig zu betreiben. Das müsse die Zielsetzung sein, und dafür setze sie sich ein. Selbiges gelte für planerische Gestaltungsmöglichkeiten der Länder. Inwieweit das möglich sei, könne sie derzeit noch nicht beurteilen.

Zum Beispiel des Abgeordneten Marcus Bocklet weise sie darauf hin, dass Derartiges einen Eingriff in ein wirtschaftlich arbeitendes Unternehmen darstelle. Deshalb gelte es immer, die Interessen abzuwägen. Eine solche Interessensabwägung finde nicht am grünen Tisch statt, sondern in Arbeitsgruppen mit den Beteiligten: der Hessischen Krankenhausgesellschaft, der KV Hessen und allen den Trägern der Rettungsdienste und so weiter. Diesem Ansinnen entspreche auch der Pakt für Gesundheit.

Abgeordneter **Yanki Pürsün** merkt an, zur Frage nach der Verbundbildung habe Ministerin Diana Stolz lediglich geantwortet, dass diese seit Jahren praktiziert werde. Hier habe er sich ein stärker gestaltendes Engagement der Landesregierung gewünscht, denn bisher gingen Verbundbildungen sehr stark von den Trägern aus. Im Ministerium sei die Expertise vorhanden, um Ideen zu

entwickeln, wie das Land stärker Einfluss nehmen könnte und welche Verbände sinnvoll und notwendig seien.

Ferner frage er, woraus sich die besondere Bedeutung der kommunalen Krankenhäuser ergebe, wenn keine Unterscheidung bei den Rollen der Trägerformen von Krankenhäusern gemacht werde.

Zum geschilderten Vorgehen im Fall des DRK-Krankenhauses Marburg-Biedenkopf vermute er, dass nicht nur die zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags benötigten Teile des Krankenhauses von der Defizitunterstützung profitiert hätten. Gleichzeitig habe er Aussagen vernommen, das Geld werde für 2024 nicht reichen. Deshalb interessiere ihn, wie mit einer solchen Situation umgegangen werden solle, ob hier nicht lediglich die für die Gewährung des Sicherstellungsauftrags benötigten Abteilungen hätten unterstützt werden sollen.

Ministerin **Diana Stolz** weist darauf hin, nur konkret gestellte Fragen könnten beantwortet werden. Im Fall der Verbundbildung sei dies geschehen.

Darüber hinaus verweise sie auf die rechtlichen Möglichkeiten, die bei einem eigenverantwortlich wirtschaftenden Träger auf die Beratung beschränkt seien. Auch bei der Kommunikation gebe es Grenzen, was kommuniziert werden dürfe. Die Eingriffsbeschränkungen des Staates schützten die Rechte Dritter, und das aus gutem Grund.

Das Krankenhausgesetz sehe die Förderung von Verbundlösungen vor. Insbesondere sei festzustellen, die Diskussion über die Krankenhausreform habe ihrerseits zu einer Diskussion über Verbundlösungen in den Kommunen geführt. Zugleich habe dies auch zu einer größeren Kooperationsbereitschaft beigetragen. Neben all den Verunsicherungen, die die Krankenhausreform verursache, sei die Initiierung dieser Diskussion als positiver Effekt zu bewerten.

Die besondere Bedeutung kommunaler Krankenhäuser ergebe sich aus dem Sicherstellungsauftrag. Des Weiteren verweise sie auf die Antwort zu Frage 11.

**Beschluss:**

GFA 21/4 – 08.09.2024

Der Dringliche Berichts Antrag gilt mit der Entgegennahme des mündlichen Berichts im Gesundheits- und Familienpolitischen Ausschuss als erledigt.

Zu Beginn der Sitzung kam der Ausschuss überein, den Antrag der Antragsteller anzunehmen und den Dringlichen Berichts Antrag in öffentlicher Sitzung zu behandeln.





(Ende des öffentlichen Teils der Sitzung: 15:26 Uhr –  
Weiter mit nicht öffentlichem Teil)

Wiesbaden, 30. Oktober 2024

Protokollführung:

Vorsitz:

Kathrin Wolf

Sandra Funken