

# Krankenhaus-Report 2018

## „Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 285-296



16	<b>Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen? .....</b>	<b>285</b>
	<i>Andreas Beivers und Lilia Waehlert</i>	
16.1	Ausgangslage: Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit.....	286
16.2	Veränderung der Krankenhausstruktur vor dem Hintergrund des KHSG .....	287
16.3	Direkte Demokratie als Lösung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung? .....	288

# 16 Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?

Andreas Beivers und Lilia Waehlert

## Abstract

Die „Stimme des Volkes“ führt derzeit in vielen Demokratien zu erstaunlichen und unerwarteten Ergebnissen. So manches Krankenhaus verdankt auch in Deutschland sein Überleben einem Bürgerentscheid. Gerade diese Form der direkten Demokratie scheint hier eine bedeutende Rolle zu spielen. 62 Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ listet dabei der Verein „Mehr Demokratie“ allein seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 auf. In 17 Fällen waren die Bürgerbegehren erfolgreich. Ein tiefergehender Blick auf die erfolgreichen Bürgerbegehren zeigt, dass sich vor allem diejenigen Bürgerbegehren durchsetzen, die den Erhalt von Kapazitäten bzw. Standorten im Fokus haben oder sich gegen eine Privatisierung aussprechen. Paradoxe Weise kann aber gleichzeitig dazu eine Patientenabwanderung in spezialisierte Einrichtungen festgestellt werden. Ökonomen bezeichnen dieses bekannte Phänomen der direkten Demokratie als „Freerider-Problematik“. Daher stellt sich weniger die Frage, ob direkte Demokratie an sich sinnvoll ist, sondern vielmehr drängt sich der Verdacht auf, dass die Fragen nicht richtig gestellt werden. Der Beitrag gibt dabei einen Überblick über die vorhandenen Probleme der Anwendung der direkten Demokratie im Krankenhauswesen im Status quo und macht – unter Heranziehung volkswirtschaftlicher Besteuerungsmodelle – Vorschläge, wie ökonomische Faktoren in den Entscheidungsprozess einfließen können.

In many democracies, the “voice of the people” leads to astonishing and unexpected results. In Germany, many hospitals owe their survival to a referendum. This form of direct democracy seems to play an important role in this country. The association “Mehr Demokratie” (“more democracy”) lists as many as 62 referendums on the issue “hospital” since the introduction of DRGs in 2003 alone. In 17 cases, the referendum was successful. An in-depth look at successful citizens’ decisions shows that above all those referendums which focus on maintaining hospital capacities or locations or are opposed to privatisation are able to make their mark. Paradoxically, however, at the same time, a patient migration into specialized institutions can be observed. Economists call this well-known phenomenon of direct democracy a “freerider problem”. Therefore, the question is not whether direct democracy makes sense in itself, but rather whether the requests are formulated appropriately. The paper gives an overview of the existing problems of the status quo of direct democracy in the hospital sector and, using economic models of taxation, suggests how economic factors can influence the decision-making process.

## 16.1 Ausgangslage: Subjektive und objektive Bedarfsgerechtigkeit

Bereits der erste Paragraph des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stellt eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern in den Mittelpunkt. Kaum ein anderer Begriff ist dabei so schwierig zu fassen und zu definieren wie der der Bedarfsgerechtigkeit. Nicht selten kommt es daher in diesem Zusammenhang zu kontroversen Debatten, gerade wenn es um die Schließung von Fachabteilungen oder ganzer Kliniken geht. Die Bedarfsgerechtigkeit gewinnt dann schnell an krankenhaushaus- und regionalpolitischer Bedeutung. Nicht selten haben die unterschiedlichen Player divergierende Vorstellungen über den Begriff der bedarfsgerechten Versorgung und versuchen u. a. auch die lokale Bevölkerung zu diesem Thema direkt zu befragen, beispielsweise im Rahmen von Volks- bzw. Bürgerbegehren. Aus gesundheitsökonomischer Sicht geht es bei Bedarfsgerechtigkeit vor allem um die effiziente Versorgung der Bevölkerung, die Wirtschaftlichkeit einerseits und Qualität andererseits berücksichtigt. Hieraus abgeleitet ergibt sich die Frage, ob Bürgerbeteiligungen zu einer effizienten Lösung beitragen können. Um diese Frage zu beantworten, soll zunächst der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit näher erläutert werden.

Als bedarfsgerecht sollte eine Versorgung dann bezeichnet werden, wenn sie in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf der Versicherten bzw. der Bürger entspricht (SVR 2014). Unterscheiden kann man dabei den objektiven Bedarf und den subjektiven Bedarf. Der objektive Bedarf kann über die Vermeidung der verschiedenen Arten von Fehlversorgung ermittelt werden (SVR 2001; Augurzky et al. 2016):

- **Qualitative Fehlversorgung:** Meint die bedarfsgerechte Versorgung mit nicht fachgerechter Erbringung der Leistungen. Qualitative Fehlversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen sowie zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen. Messgrößen sind z. B. Komplikationsraten.
- **Unterversorgung:** Beschreibt die unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung bedarfsgerechter Behandlungsleistungen. Eine Unterversorgung kann zu medizinischen Schäden bei den Betroffenen führen. Wichtiges Kriterium zur Vermeidung von Unterversorgung ist die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen.
- **Übersversorgung:** Ist die Versorgung mit nicht bedarfsgerechten, medizinisch nicht notwendigen Leistungen, zum Beispiel aufgrund einer nicht adäquaten Indikationsstellung. Eine Übersversorgung kann zu medizinischen, vor allem aber zu finanziellen Schäden für die Solidargemeinschaft führen (Augurzky et al. 2016). Wichtige Messkriterien sind hier z. B. Fallzahlenentwicklungen von abgerechneten Leistungen.

Eine objektive Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist dann erreicht, wenn keine der drei aufgelisteten Arten von Fehlversorgung vorkommt. Der subjektive Bedarf orientiert sich im Wesentlichen am subjektiv empfundenen Bedarf der Patienten/Bevölkerung und wird durch Befragungen ermittelt. Verschiedene Befragungen (Mansky 2012; Friedrich und Beivers 2009, Geraedts 2006) zeigen ein relativ ein-

heitliches Bild der aus Bürgersicht wichtigsten Kriterien bei der Krankenhausauswahl:

- Medizinische Qualität: Bildet bereits bei leichteren Erkrankungen das wichtigste Kriterium für die Auswahl des Krankenhauses. Auskunft hierüber geben Qualitätskennzahlen der Kliniken.
- Reputation der Klinik: Steht mit deutlichem Abstand an zweiter Stelle der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit. Die Ermittlung der Reputation ist allerdings schwierig und sehr stark abhängig vom Einzelfall. Hinzu kommt, dass Patienten auch teilweise das Krankenhaus wählen, das sie kennen (Private Universität Witten/Herdecke 2013).
- Erreichbarkeit der Klinik: Landet gemeinsam mit Komfortmerkmalen mit geringer Bedeutung auf Platz 3 der subjektiven Bedarfsgerechtigkeit, v. a. bei schweren Behandlungsanlässen (Augurzky et al. 2016).

## 16.2 Veränderung der Krankenhausstruktur vor dem Hintergrund des KHSB

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mittels direkter Demokratie kann jedoch nicht ohne die Berücksichtigung der aktuellen Krankenhausstrukturen und der Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen diskutiert werden. Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist aktuell in weiten Teilen geprägt von veralteten Strukturen, die teilweise zu einer objektiv nicht bedarfsgerechten Patientenversorgung und ineffizienten Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitssystem führen. Strukturelle Anpassungen der Krankenhauslandschaft sind seit Langem notwendig und immer wieder das Ziel der deutschen Gesundheitspolitik (Beivers und Waehlert 2017; Beivers 2017). Die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems über G-DRGs ab dem Jahr 2003 sollte die nötige Strukturanpassung auf dem deutschen Krankenhausmarkt vorantreiben. Auch lassen verschiedene Parameter deutliche Veränderungsprozesse vermuten: So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2015 um rund 19% zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten (-25%) und der Verweildauer (-48%) zu beobachten. Spiegelbildlich dazu ist es zu einem stetigen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle um knapp 32% gekommen – ein deutliches Zeichen einer Effizienzsteigerung und eines drastischen Marktwandels (Beivers 2010; Statistisches Bundesamt 2016). Jedoch zeigen Preusker et al. (2014) in ihrem Gutachten zu Marktaustritten von Krankenhäusern eindrucksvoll auf, dass von den insgesamt 204 seit der DRG-Einführung nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern de facto lediglich 74 auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen sind. Parallel dazu ist es zu einer stetigen Zunahme der Krankenausgaben wie auch der Krankenhausfälle gekommen (Preusker et al. 2014). Neben einer ganzen Reihe anderer Effekte ist es insbesondere durch die DRG-Einführung zu einer drastischen Verkürzung der Verweildauer gekommen. Gleichzeitig dazu wurden die vorgehaltenen Bettenkapazitäten jedoch nur in einem unterproportionalen Maß abgebaut. So wurden die in Deutschland schon zuvor existierenden Überkapazitäten nochmals verstärkt. Summa summarum kann festgehalten werden, dass der von der Politik erwünschte Struktur-

wandel der Krankenhauslandschaft durch die DRG-Einführung nur partiell erfolgreich war. Nicht zuletzt deswegen hat der Gesetzgeber durch das im Jahr 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) noch einmal nachgelegt (Beivers und Waehlert 2017). So ist es das übergeordnete Ziel des KHSG, die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung voranzutreiben, sodass *„auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann“* (BT-Drs 18/5372). U. a. mit dem Strukturfond (§§ 12–15 KHG) versucht der Gesetzgeber, den notwendigen und überfälligen Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von Standorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in alternative Versorgungseinrichtungen finanziell zu unterstützen (Beivers 2017).

Der von Gesundheitsökonomien bereits seit Langem geforderte bedarfsorientierte Umstrukturierungsprozess im Krankenhausesektor hin zu mehr nicht-akutstationären und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bei gleichzeitigem Abbau von Überkapazitäten soll somit finanziell vorangetrieben werden. Gerade vor dem Hintergrund des KHSG sind die Krankenhausträger wie auch das Krankenhausmanagement aufgefordert, ihr Behandlungs- und Standortportfolio zu überprüfen und an die zukünftigen Bedürfnisse der Bevölkerung gemäß objektiv messbarer Kriterien anzupassen, ganz im Sinne des KHSG. Hinzu kommt, dass demografische Faktoren, die sich insbesondere in einer Zunahme älterer multimorbider Patienten manifestieren, schon heute vermuten lassen, dass die bereits existierende Verdichtung des Leistungsgeschehens durch die Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus nicht abnehmen, sondern sich tendenziell noch verstärken wird und hohe Anforderungen an das Krankenhauspersonal nach sich zieht. Dies lässt die Notwendigkeit struktureller Änderungen der Krankenhauslandschaft im Sinne der oben beschriebenen Erfordernisse umso dringlicher werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern direkte Demokratie eine Lösung sein kann, um bei der Befragung der Bevölkerung nach einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung valide Antworten zu bekommen.

### 16.3 Direkte Demokratie als Lösung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung?

Unter dem Begriff der direkten Demokratie versteht man in einem allgemeinen Sinne die Teilhabe der Bürger an politischen Entscheidungsprozessen. Dabei existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Zulässigkeits- und Verfahrensregelungen, Verfahrenstypen bzw. -formen und Ebenen, auf denen direktdemokratische Elemente greifen können. Insbesondere auf kommunaler Ebene können Bottom-up-Verfahren in Form von Bürgerinitiativen oder Bürgerbegehren eingesetzt werden, um die Bevölkerung am politischen Willensbildungsprozess zu beteiligen. Diese können in Bürgerentscheide münden, die sich auf das Ergebnis in einer Sache beziehen. Eine weitere Möglichkeit der direkten Demokratie ist ein sogenanntes Ratsreferendum, das ein Top-down-Verfahren darstellt: Hierbei handelt es sich auch um einen Bürgerentscheid, der aber aufgrund eines Ratsbeschlusses zustande kommt.

Wie bereits erwähnt, stößt der anvisierte und gewünschte Krankenhausstrukturwandel bei den Verantwortlichen vor Ort, sprich bei der Politik, aber auch bei der lokalen Bevölkerung nicht immer auf Begeisterung. Nicht selten werden daher entweder von Seiten der Politik oder von Seiten der Bevölkerung Formen der direkten Demokratie gewählt, um beispielsweise über den Erhalt eines Krankenhausstandorts „bedarfsgerecht“ abzustimmen. Durch Bürgerbegehren können in wichtigen Angelegenheiten die Bürger einer kommunalen Gebietskörperschaft einen Antrag auf Bürgerentscheid stellen und – wenn der Antrag genügend Unterschriften bekommt – ein Bürgerbegehren durchführen. Auf Landes- bzw. Bundesebene wird dieses Verfahren als Volksbegehren bezeichnet. Der Verein „Mehr Demokratie e. V.“ als größte Nichtregierungsorganisation für direkte Demokratie in Deutschland verfügt über eine Datenbank, in der alle Bürger- und auch Ratsbegehren (auch Ratsreferendum genannt) aufgeführt sind, aufgeteilt nach verschiedenen Rubriken. Im Allgemeinen kommt auf neun Bürgerbegehren ein Ratsreferendum. Laut Bundeszentrale für politische Bildung liegt die Erfolgsquote von Volksbegehren auf Länderebene bei durchschnittlich 29%. Die Stimme des Volkes führt derzeit hingegen in vielen Demokratien zu erstaunlichen und unerwarteten Ergebnissen. Viele sprechen gar von einer noch nie dagewesenen Periode des Populismus. Auch im Gesundheitswesen ist dies längst angekommen. Dabei ist nicht nur der allgemeine Diskurs um gesundheitspolitische Themen u. a. im Wahlkampf gemeint, sondern auch die Vielzahl von Bürgerbegehren, beispielsweise bei Krankenhausschließungen, -umwandlungen oder -privatisierungen. Gerade diese Form der direkten Demokratie scheint hier eine bedeutende Rolle zu spielen. 62 Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ listet dabei der Verein „Mehr Demokratie“ allein seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 auf. Vorreiter der zehn Bundesländer, in denen derartige Bürgerbegehren existieren, ist der Freistaat Bayern, in dem beinahe die Hälfte aller Bürgerbegehren stattfanden. Tabelle 16–1 zeigt eine Übersicht über alle Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“, Abbildung 16–1 gibt einen Überblick über die Verteilung nach Bundesländern:

Wie zu erkennen, sind die Themengebiete unterschiedlichen Inhaltes, jedoch geht es überproportional darum, Privatisierungen oder den Abbau von Versorgungskapazitäten zu verhindern.

Der Großteil der dort aufgeführten Verfahren (56) wurde bis dato bereits abgeschlossen. In 16 Fällen war das Bürgerbegehren erfolgreich, d. h. in sieben Fällen wurde der Beschluss des Bürgerbegehrens umgesetzt, in sieben weiteren Fällen kam es vor Beendigung des Begehrens zu einer „positiven Erledigung durch einen neuen Gemeinderatsbeschluss“ und in zwei Fällen zu einem Kompromiss, wie es „Mehr Demokratie e. V.“ klassifiziert. Dies bedeutet eine Erfolgsquote der Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ von 27%, was in etwa der durchschnittlichen Erfolgsquote auf Länderebene entspricht. Ein tiefgehender Blick auf die erfolgreichen Bürgerbegehren zeigt, dass sich vor allem diejenigen Bürgerbegehren durchsetzen, die den Erhalt von Kapazitäten bzw. Standorten im Fokus haben oder sich gegen eine Privatisierung aussprechen. In nur insgesamt drei Fällen wurde sich gegen einen Klinikbau ausgesprochen, davon zweimal im Falle einer forensischen Klinik (s. Tabelle 16–2).

Generell stellt sich weniger die Frage, ob direkte Demokratie an sich sinnvoll ist. Vielmehr drängt sich der Verdacht auf, dass die Fragen nicht richtig gestellt

Tabelle 16–1

**Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ seit 2003**

Jahr	Thema des Bürgerbegehrens	Bundesland	Ort
2017	Für den Erhalt des Klinikums in Emden	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland
2017	Gegen den Bau einer Zentralklinik in Georgsheil	Niedersachsen	Aurich
2017	Gegen Klinikneubau an der Eichenallee	Bayern	Seefeld, Oberbayern
2017	Für Erhalt von Klinik/Über die Zukunft der med. Grundversorgung in Nordfriesland	Schleswig-Holstein	Ostfriesland, Husum
2016	Gegen Schlossklinik Heiligenhoven	Nordrhein-Westfalen	Lindlar
2016	Zukunft der Krankenhäuser im Kreis (Pro Gesundheit)	Bayern	Cham, Oberpfalz
2016	Gegen die Fusion der drei Kliniken Emden, Norden und Aurich sowie den Bau einer Zentralklinik in Georgsheil	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland
2016	Gegen den Bau einer Zentralklinik in Georgsheil	Niedersachsen	Aurich
2016	Für den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illertalklinik	Bayern	Illertissen
2016	Für Neubau des Klinikums Niederberg in Trägerschaft des Zweckverbandes Klinikum Niederberg und Übernahme einer Ausfallbürgschaft durch die Stadt Velbert	Nordrhein-Westfalen	Velbert
2016	Gegen den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illertalklinik	Bayern	Illertissen
2016	Für Krankenhaus-Standort in Gemünden	Bayern	Gemünden am Main
2016	Für den Bau eines Zentralklinikums	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland
2016	Gegen Privatisierung Krankenhaus	Schleswig-Holstein	Neumünster
2015	Gegen die Änderung des Bauplans des Benedictus-Krankenhauses	Bayern	Feldafing
2015	Gegen die Reduzierung der Klinikstandorte im Landkreis	Bayern	Main-Spessart-Kreis (Karlstadt)
2014	Gegen die Schließung einer Klinik	Bayern	Burghausen, Salzach
2014	Für ein ambulantes Gesundheitszentrum in Burghausen (Für die Schließung einer Klinik)	Bayern	Altoetting
2014	Für den Erhalt der Klinik in Burghausen	Bayern	Emmerting
2013	Gegen die Privatisierung des Klinikums	Hessen	Offenbach am Main
2012	Gegen die Klinikfusion	Baden-Württemberg	Singen, Hohentwiel
2012	Gegen Teilprivatisierung der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken (HSK)	Hessen	Wiesbaden
2012	Gegen den beschlossenen Verkauf des alten Krankenhauses in Klosterstadt	Baden-Württemberg	Alpirsbach
2012	Erhalt aller fünf Klinik-Standorte – Fortführung des Kommunalunternehmens	Bayern	Ostallgäu (Marktoberdorf)
2011	Gegen die Privatisierung städtischer Krankenhäuser	Sachsen	Dresden
2011	Für den Erhalt des örtlichen Krankenhauses/für Alternativen zur Strukturreform	Bayern	Cham

Tabelle 16–1

**Fortsetzung**

Jahr	Thema des Bürgerbegehrens	Bundesland	Ort
2011	Erhalt der vier Kreiskliniken – Austritt aus dem Kommunalunternehmen	Bayern	Ostallgäu (Marktoberdorf)
2011	Für den Erhalt der Finkelstein-Kinderklinik in Soltau	Niedersachsen	Soltau-Fallingb.-bostel
2011	Für den Erhalt der vier Landeskrankenhäuser, für Austritt aus Verbund	Bayern	Ostallgäu (Marktoberdorf)
2011	Über die Strukturen der Krankenhäuser im Landkreis Rottal-Inn	Bayern	Pfarrkirchen, Niederbayern
2010	Zum Erhalt des alten städtischen Krankenhauses	Bayern	Schweinfurt
2009	Nachnutzung ehemaliges Krankenhaus	Bayern	Roding
2009	Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn	Bayern	Rottal-Inn (Pfarrkirchen)
2009	Gegen den Verkauf der Regio-Kliniken	Schleswig-Holstein	Pinneberg
2009	Gegen die Pläne zur Umstrukturierung des Bad Windsheimer Krankenhauses	Bayern	Bad Windsheim
2009	Gegen Fachklinik für Suchtkranke am Standort Schädlerstraße/Witthöftstraße	Hamburg	Hamburg-Wandsbek
2008	Gegen den Verkauf der Kreiskrankenhäuser	Sachsen-Anhalt	Landkreis Mansfeld-Südharz
2008	Für gesundheitsspezifische Weiternutzung einer Klinik	Nordrhein-Westfalen	Bad Salzuflen
2007	Gegen Privatisierung des Klinikums	Nordrhein-Westfalen	Krefeld
2007	Gegen Privatisierung OhreKreis-Klinikum	Sachsen-Anhalt	OhreKreis
2007	Gegen Klinikverkauf	Nordrhein-Westfalen	Duisburg
2007	Gegen Privatisierung des Klinikums	Sachsen-Anhalt	BördeKreis
2006	Gegen den mehrheitlichen Verkauf der Elblandkliniken	Sachsen	Meissen
2005	Gegen Privatisierung des Krankenhauses	Brandenburg	Schwedt
2004	Gegen den Verkauf von Anteilen der kommunalen Krankenhäuser und Sozialbetriebe	Sachsen	Pobershau
2004	Erhalt eines Krankenhauses	Nordrhein-Westfalen	Lippe (Detmold)
2004	Erhalt Klinikum in kommunaler Trägerschaft	Bayern	Hof, Saale
2004	Für Erhalt Krankenhaus Peißenberg	Bayern	Peißenberg
2004	Privatisierung des Kreiskrankenhauses (DE)	Bayern	Lindau
2004	Gegen Krankenhausprivatisierung	Niedersachsen	Hildesheim
2004	Erhalt des Kreiskrankenhauses in kommunaler Trägerschaft (DE)	Bayern	Lindau
2004	Gegen Bau forensische Klinik	Hessen	Riedstadt
2004	Gegen Schließung der Klinik in Uetersen	Schleswig-Holstein	Uetersen
2004	Gegen Privatisierung der Frankenwaldklinik	Bayern	Kronach

Tabelle 16–1

## Fortsetzung

Jahr	Thema des Bürgerbegehrens	Bundesland	Ort
2004	Gegen Klinikbau Kastanienallee (für Erhalt Grünanlagen)	Schleswig-Holstein	Ahrensburg
2004	Gegen Bau forensische Klinik	Hessen	Riedstadt
2003	Gegen den Bau einer Klinik für Drogenkranke	Bayern	Parsberg
2003	Erhalt von Krankenhäusern	Bayern	Hassberge (Hassfurt)
2003	Gegen Schließung des Krankenhauses im Ortsteil Bad	Niedersachsen	Salzgitter
2003	Pro Krankenhaus Cham (DE)	Bayern	Cham
2003	Gegen Krankenhausreform	Bayern	Miltenberg
2003	Gegen Bau einer forensischen Klinik für Männer	Bayern	Taufkirchen, Vils

Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e.V. 2017

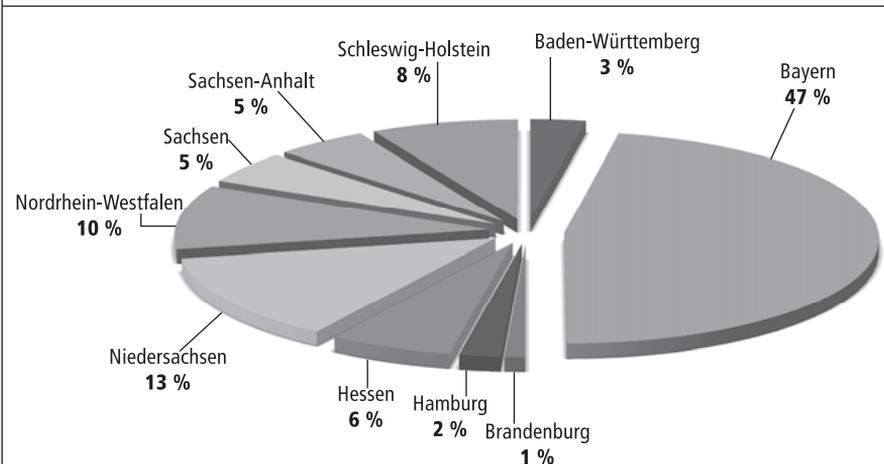
Krankenhaus-Report 2018

WIdO

werden. Sicherlich ist es sinnvoll, die Bevölkerung zu befragen und somit nicht nur die Meinung der Patientinnen und Patienten zu evaluieren, sondern auch die des gesamten regionalen Souveräns. Betrachtet man jedoch den Ausgang der Bürgerbegehren, so könnte man zu dem Schluss gelangen, dass vor allem die wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung eine zentrale Rolle spielt. Dies wäre jedoch ein ganz anderes Ergebnis, als es die datenbasierte Untersuchung zur Bedarfsgerechtigkeit

Abbildung 16–1

## Verteilung der Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ seit 2003 nach Bundesland



Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e. V. (2017)

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 16–2

## Liste erfolgreicher Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ seit 2003

Thema	Bundesland	Ort	Jahr
<b>Bürgerentscheid im Sinne des Begehrens (Anzahl: 7)</b>			
Für den Erhalt des Klinikums in Emden	Niedersachsen	Emden, Ostfriesland	2017
Für den Erhalt der Geburtsabteilung in der Illerkllinik	Bayern	Illertissen	2016
Gegen die Privatisierung städtischer Krankenhäuser	Sachsen	Dresden	2011
Für den Erhalt der vier Landeskreiskrankenhäuser, für Austritt aus Verbund	Bayern	Ostallgäu (Markttoberdorf)	2011
Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn	Bayern	Rottal-Inn (Pfarrkirchen)	2009
Nachnutzung ehemaliges Krankenhaus	Bayern	Roding	2009
Gegen Bau forensischer Klinik	Hessen	Riedstadt	2004
<b>Positiv erledigt durch neuen Gemeinderatsbeschluss (Anzahl: 7)</b>			
Gegen den beschlossenen Verkauf des alten Krankenhauses der Klosterstadt	Baden-Württemberg	Alpirsbach	2012
Für gesundheitspezifische Weiternutzung einer Klinik	Nordrhein-Westfalen	Bad Salzuflen	2008
Gegen den Verlauf der Kreiskrankenhäuser	Sachsen-Anhalt	Landkreis Mansfeld-Südharz	2008
Gegen den mehrheitlichen Verkauf der Elblandkliniken	Sachsen	Meissen	2006
Gegen Klinikbau Kastanienallee (für Erhalt Grünanlagen)	Schleswig-Holstein	Ahrensburg	2004
Erhalt von Krankenhäusern	Bayern	Hassberge (Hassfurt)	2003
Gegen Bau einer forensischen Klinik für Männer	Bayern	Taufkirchen, Vils	2003

Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e.V. 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

keit vermuten lässt. Paradoxerweise kann eine Patientenabwanderung in spezialisierte, nicht wohnortnahe Einrichtungen festgestellt werden (Beivers und Friedrich 2009), wie es ja auch das KHSG u. a. mit einer stärkeren Qualitätsorientierung fokussiert.

Daraus ergibt sich in Deutschland eine oftmals zu beobachtende Schiefelage in der Art, dass Bürgerbegehren an dem Erhalt von Krankenhausstandorten festhalten möchten, auch wenn diese weder objektiv bedarfsgerecht noch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind. Ebenso könnte man aus den Ergebnissen den Schluss ziehen, dass bestimmte medizinische Klinikschwerpunkte, die weniger „beliebt“ oder in den Augen der Öffentlichkeit relevant sind, benachteiligt werden, deren objektiver Bedarf im Hinblick auf medizinische Qualität und Unter- und Überversorgung aber möglicherweise sinnvoll ist. Verstärkt wird dies durch eine nicht vorhandene direkte Beteiligung der Bürger an den Kosten der Bereitstellung. Ökonomen bezeichnen dieses bekannte Phänomen in der direkten Demokratie als „Freerider-Problematik“ oder, wie es Oberender formuliert, als „Ausbeutung aller durch alle“ (Oberender et al. 2001) als Effekt der Abkopplung von Leistung und tatsächlichen Kosten im deutschen Krankenversicherungssystem.

Problematisch hierbei ist es, die Zuzahlungsbereitschaft der Bevölkerung zu ermitteln. So zeigen Analysen der Volkswirtschaftslehre, dass die wahren Präferenzen der Bevölkerung in Abhängigkeit der Kostenbeteiligung variieren: Gehen sie von Zuzahlungen aus, besteht ein Anreiz zum Untertreiben. Muss nicht zugezahlt werden, besteht ein Anreiz zum Übertreiben.

Das Gibbard-Satterthwaite-Theorem geht sogar davon aus, dass es keinen nicht-diktatorischen Mechanismus gibt, der dafür sorgt, dass Individuen ihre wahren Präferenzen offenbaren (Varian 1992). Die Clark-Steuer hingegen, die auf den US-amerikanischen Ökonom der Neoklassik John Bates Clark zurückgeht, hat eine Methode skizziert, um die Nachfrage nach Kollektivgütern aufzudecken. Die Nachfrage wird demnach durch einen Wahlvorgang festgestellt, bei dem jeder Teilnehmer angeben muss, welchen Geldbetrag er auszugeben bereit ist, wenn sich bei der Wahl seine Güternachfrage durchsetzt. Damit jeder seine Präferenzen aufdeckt und keine Wahlstrategie betreibt, wird bei den Gewinnern der Wahl eine Steuer erhoben. Die Höhe dieser Clarke-Steuer für eine Veränderung des Angebots an öffentlichen Gütern (wie z. B. Krankenhäusern) entspricht den Nettoverlusten der anderen Wähler.

Dies ist sicherlich in praxi nicht trivial umzusetzen (Wellisch 2000; Varian 1992). In Anlehnung an diesen Mechanismus könnte aber das Problem, dass auf Kosten der Solidargemeinschaft Kapazitäten vorgehalten werden, welche die Bürger selbst im Bedarfsfall nur unterproportional nutzen, zumindest partiell durch die Einführung einer Direktsteuer (beispielsweise als Folge eines positiven Bürgerbegehrens für den Erhalt eines Krankenhausstandorts) gelöst werden. Dies würde es erforderlich machen, in die Befragung der Bevölkerung ihre finanziellen Präferenzen miteinzubeziehen. Ökonomisch betrachtet würden die Befragten damit – neben ihren Versorgungspräferenzen – auch preisreagibel abstimmen. Bei der Ausgestaltung der Direktsteuer müsste jedoch berücksichtigt werden, dass die Kaufkraft der Bevölkerung im Bundesgebiet nicht gleich verteilt ist. In finanzschwächeren Gegenden könnte dies daher zu einem zu geringen Steueraufkommen führen. Aus diesem Grund ist eine sozial gerechte, progressive Beteiligung ähnlich der Einkommensteuerprogression denkbar. Auf diese Weise könnte eine gemäß den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechende Krankenhausversorgung vor Ort umgesetzt und gleichzeitig sichergestellt werden. Dies könnte dazu führen, dass die Bürger im Bedarfsfall die von ihnen zum Teil direkt mitfinanzierten Kapazitäten auch nutzen und direkte Demokratie so die richtigen Antworten liefert.

Ein ähnlicher Ansatz wird auch in den Vereinigten Staaten von Amerika angewendet. So erhalten dort ländliche Krankenhäuser häufig direkt von der Kommune bis zu 20% ihrer Kosten als Zuschüsse im Sinne eines direkten Sicherstellungszuschlags. Im Bundesstaat Texas kann beispielsweise der Verwaltungsrat eines Krankenhauses, der direkt von der Bevölkerung gewählt wird und weitgehend parteiunabhängig ist, eine eigene Grundstückssteuer erheben, eine so genannte *property tax*, um die Versorgung vor Ort zu finanzieren (Neubauer und Beivers 2008; Beivers 2010).

Auf diese Weise kann eine gemäß den Präferenzen und der Zahlungsbereitschaft der Bürger entsprechende Krankenhausversorgung vor Ort umgesetzt und gleichzeitig sichergestellt werden, dass die Bürger im Bedarfsfall die von ihnen zum Teil direkt mitfinanzierten Kapazitäten auch nutzen. Denkbar wären hier auch andere

Modelle der finanziellen Beteiligung der Bevölkerung, etwa im Rahmen kommunaler Betreibergesellschaften. Natürlich bleibt auch hier zu berücksichtigen, dass unabhängig von dem regionalen Steueraufkommen gewisse staatliche Rahmenvorgaben des Staates, wie die Vorgabe von Erreichbarkeitsstandards unabhängig vom lokalen Abstimmungsergebnis, vorgehalten werden müssen und der Staat dies im Zuge einer indikativen Rahmenplanung zu überwachen hat (Beivers 2010). Nicht zuletzt hat sich daher das KHSG dieses wichtigen Themas, sprich der Konkretisierung der Versorgungsrelevanz von Krankenhausstandorten, im Rahmen der Neufassung der Sicherstellungszuschläge angenommen. So hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss am 24.11.2016 bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschlossen. So können nun in ihrer Tragfähigkeit gefährdete, aber nach objektiven Kriterien versorgungsrelevante Krankenhäuser nach § 17 KHG Zuschläge beantragen. Handelt es sich daher um objektiv versorgungsrelevante Standorte, kann und darf die direkte Demokratie in diesem Zusammenhang nicht staatliche Rahmenvorgaben umgehen. Die Finanzierung sollte und muss in diesem Fall dann auch solidarisch übernommen werden, ganz im Sinne des Daseinsvorsorgeauftrags des Staates.

Natürlich stellen sich bei der richtigen Ausgestaltung direkt-demokratischer Umfragen weitere Fragen, die im Detail nicht trivial zu lösen sind. Beispielsweise müsste schon aus heutiger Perspektive geklärt werden, ob die lokale Bevölkerung – zumeist ist dies die des Landkreises, der Gemeinde oder der Stadt – eigentlich diejenigen sind, die richtigerweise befragt werden, oder ob nicht vielmehr das Einzugsgebiet des Krankenhauses als Grundlage für die Befragung zugrunde gelegt werden sollte. Bei der Ermittlung des Einzugsgebiets von Krankenhäusern könnte man u. a. den Vorgaben folgen, die beispielsweise auch bei der kartellrechtlichen Prüfung bei geplanten Krankenhauszusammenschlüssen angewendet werden.

Auch das Erheben von Finanzmitteln, wie im Modell der Kostenbeteiligung angedacht, dürfte in praxi nicht einfach zu lösen sein. Vielleicht kann aber schon die Einführung einer Art Publikationspflicht, woher beispielsweise die Mittel für eine Klinikrettung kommen, helfen, mehr Transparenz zu schaffen. Dies würde dann beispielsweise aufzeigen, dass durch die Klinikrettung gegebenenfalls andere Projekte, wie der Bau von Kindergärten oder Schulen, dann nicht mehr gefördert werden können. Gäbe es die Pflicht, jeder Befragung solche Informationen beizulegen – wie vielleicht auch die Patientenzufriedenheitsbefragungen des betroffenen Krankenhauses – könnte es den Befragten helfen, wissensbasierter zu antworten.

Summa summarum kann die direkte Demokratie einen Beitrag dazu liefern, um Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen auch durch die Stimme des Volkes basisdemokratisch zu definieren und dann auch umsetzen zu können. Dies muss jedoch gekoppelt sein mit objektiven Bedarfskriterien und vor allem ökonomischen Kennzahlen sowie der Ermittlung der Preissensitivität möglicher Beteiligungskosten, um zu vermeiden, dass nicht effiziente und nicht bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen aufrechterhalten oder ausgebaut werden. Aus diesem Grunde ist eine entsprechende Information und Transparenz sowie Anreicherung von Befragungen um Kostenfaktoren der Bedarfsgerechtigkeit unabdingbare Voraussetzung, um direktdemokratische Elemente in der Krankenhausplanung sinnvoll einzusetzen.

## Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub N. Bedarfsgerechtigkeit zur Vermeidung von Über-, Unter und Fehlversorgung im Krankenhaussektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 247–60.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften 2010.
- Beivers A. Die krankenhaushausstrategische Bedeutung des Geomarketings vor dem Hintergrund des Krankenhausstrukturgesetzes. In: Beivers A, Steidel G, Haag G, Wittig N (Hrsg) Geomarketing: Vernetzung im Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017; 67–80.
- Beivers A, Waehlert L. Steuerung der Mengendynamik nach dem KHSG: Implikationen für die Krankenhäuser. In: Da-Cruz P, Rasche C, Pfannstiel M (Hrsg) Entrepreneurship im Gesundheitswesen. Berlin: Springer; im Erscheinen (2017).
- Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Bundestags-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805372.pdf>.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006; 154–70.
- Mansky T. Was erwartet der potenzielle Patient vom Krankenhaus? Gesundheitsmonitor 2012. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Neubauer G, Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA: Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen. Das Krankenhaus 2005; 11: 961–6.
- Oberender P, Ecker T, Fleischmann J. Grundelemente der Gesundheitsökonomie. Bayreuth: P.C.O.-Verlag 2001.
- Preusker U, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Berlin 2014. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/gutachten\\_marktaustritt\\_krankenhaeuser/Gutachten\\_Marktaustritte\\_KH\\_07-2014\\_gesamt.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf) (12 Januar 2017).
- Private Universität Witten/Herdecke. Abschlussbericht: „Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker“. Laufzeit des Vorhabens: 1.7.2011 bis 31.12.2013, Förderkennzeichen: 01GX1047, Witten 2013. siehe auch: [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_geraedts\\_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_geraedts_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf).
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1.1 – 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsreiche. Baden-Baden 2014.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden 2001.
- Varian HR. Microeconomic Analysis. 3. Auflage. New York: Norton & Company 1992.
- Wellisch D. Finanzwissenschaft Band I – Rechtfertigung der Staatstätigkeit. München: Vahlen 2000.