

keit sowie die Entwicklung von Politikfeldern bedingen sich wechselseitig.<sup>4</sup> Zustandsbeschreibungen sind damit immer ein Abbild der Konfiguration zu einem bestimmten gegebenen Zeitpunkt. Im Folgenden stehen die Veränderungen zwischen diesen Zustandsbeschreibungen mit dem Fokus auf der staatlichen Steuerung im Zentrum. Dabei ist ein Nachzeichnen der historischen Genese der Steuerung der Gesundheitspolitik notwendig, um eine mögliche Veränderung der staatlichen Steuerung und des Steuerungspotenzials im digitalen Zeitalter erkennen zu können.

### V.1.1 Polity: Steuerungssubjekte und -objekte – Akteurskonstellation in der Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik gilt als Feld, in dem Interessenorganisationen und andere Akteure nicht nur eine große Rolle spielen, sondern auch sehr zahlreich und heterogen daher kommen. So weisen Dhungel und Linhart (2014: 752, 759ff.) etwa für den Bundestagsausschuss für Gesundheit mit 524 (von insgesamt 3.684 in allen Ausschüssen) die meisten eingeladenen Sachverständigen (17. Wahlperiode) nach, darunter 334 von 1.360 Verbänden. Auch die effektive Verbandszahl (die etwa die hochgradig unterschiedliche Aktivität von Verbänden bezogen auf die Zahl der eingebrachten Stellungnahmen berücksichtigt) liegt mit 102,4 noch weit vor dem zweitplatzierten Rechtsausschuss mit 64. Die sich hier abzeichnende Vielfalt an gesundheitspolitischen Akteuren spiegelt sich in der heterogenen Akteurslandschaft im Gesundheitssektor wider. Eine Systematisierung der hier relevanten klassischen Akteursgruppen zeigt Tabelle 10.

Es lassen sich drei Kategorien unterscheiden (vgl. etwa Bandelow 2004a: 51–56): Leistungserbringer:innen, Leistungszahler:innen (häufiger als Kostenträger:innen bezeichnet) und Leistungsempfänger:innen.<sup>5</sup>

Zu den Leistungserbringer:innen und -anbieter:innen sowie deren Kollektivorganisationen zählen: aufseiten der Ärzt:innen die Ärztekammern, sowie die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KVen) für niedergelassene und die Gewerkschaften für angestellte Ärzt:innen (Marburger Bund) sowie die anderen Beschäftigtengruppen in Krankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Arztpraxen (ver.di). Daneben gibt es diverse Fach- und Berufsverbände. Darüber hinaus gehören die Krankenhausträger:innen<sup>6</sup> mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf die Seite

4 Döhler und Manow (1995: 11) weisen mit Blick auf Entscheidungsstrukturen im politischen System und Interessenkonstellationen in Politikfeldern darauf hin, dass diese Entwicklungsprozesse ungleichzeitig ablaufen können und dabei »einer jeweils eigenen, keineswegs synchronen Entwicklungslogik« unterliegen. Dabei ergeben sich die konkreten Ergebnisse der (politischen) Aushandlungsprozesse gerade aus deren Wechselspiel ergeben (Döhler/Manow 1997: 119).

5 Der Leistungsbegriff weist darauf hin, dass sich die Gesundheitspolitik insbesondere durch die Erbringung von (Gesundheits-)Dienstleistungen auszeichnet. Sie unterscheidet sich damit von anderen eher auf monetäre Umverteilung hin orientierten wohlfahrtsstaatlichen Politikfeldern (vgl. Gerlinger/Reiter 2017a: 221).

6 Es existieren öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger.

der Leistungserbringer:innen, genauso auch die pharmazeutische Industrie mit ihren zwei Verbänden<sup>7</sup> und die medizintechnischen Unternehmen.

Tabelle 10: Gesundheitssektor: Plurale und heterogene Akteurslandschaft

Kategorien	Gruppen	Kollektivakteure (Auswahl)
<i>Leistungserbringer/-anbieter:innen</i>	Ärzt:innen, Pflegekräfte, Krankenhausträger	Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Berufsverbände, Gewerkschaften, Deutsche Krankenhausgesellschaft
	Arzneimittelhersteller, Medizintechnik, Apotheken	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller, Verband forschender Arzneimittelhersteller, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
<i>Leistungszahler:innen/Träger:innen der Finanzierung/Kostenträger:innen</i>	Krankenkassen, Krankenversicherung, Unfall-, Pflege-, Rentenversicherung	GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung
<i>(Potenzielle) Leistungsempfänger/-bezieher:innen</i>	Versicherte, Patienten, Chronisch Kranke	Behinderten-, Patientenverbände, Verbraucherzentralen, Sozial-, Wohlfahrtsverbände

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Darstellung.

Den Leistungserbringer:innen stehen die Kostenträger:innen<sup>8</sup> gegenüber, wobei die gesetzlichen Krankenkassen<sup>9</sup> als Selbstverwaltungsorgane sich zugleich auch als advokatorische Vertretung<sup>10</sup> eines Teils der Leistungsbezieher:innen und -empfänger:innen,

7 Die Pharmaunternehmen sind »kein Bestandteil des gesundheitspolitischen Verhandlungssystems« (Bandelow 2004a: 52). Als finanzstarke Lobbyakteure organisieren sie sich jedoch im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) (insbesondere Hersteller von Generika) und seit der Verbandsabspaltung 1994 zusätzlich im Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa).

8 Die Finanzierungsträger:innen sind nicht die Leistungsfinanzierer:innen. Letztere sind die gesetzlich versicherten Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen beziehungsweise die Privatversicherten mit ihren jeweiligen Krankenversicherungsbeiträgen.

9 Auf die grundsätzlichen Unterschiede zwischen gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und privaten Krankenversicherungen (PKV) im deutschen Gesundheitswesen wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

10 Über die Sozialwahl sind die Versicherten als Mitglieder der Krankenkasse direkt in die Bestellung der Verwaltungsrät:innen eingebunden. Gleichwohl beschränkt die häufig anzutreffende sogenannte »Friedenswahl« die demokratische Legitimationswirkung (vgl. Gerlinger/Reiter 2017a: 236).

ihrer Versicherten<sup>11</sup>, sehen. Ebenfalls eine Zwitterstellung können die Gewerkschaften einnehmen, die zwar im Kern die Interessen der Beschäftigten im Gesundheitssektor, also von Ärzt:innen, Pfleger:innen und administrativem Personal, vertreten, zum Teil aber aus Gemeinwohlperspektive auch advokatorisch die Interessen von Patient:innen aufgreifen oder zumindest versuchen, über diese ihre Partikularinteressen zu legitimieren. Allein auf Leistungsempfänger:innenseite lassen sich die (advokatorische) Interessenvertretung von Patient:innen und Behinderten durch Behinderten- und Patient:innenverbände oder Selbsthilfegruppen sowie Verbraucher:innen durch Verbraucherschutzverbände und die Verbraucherzentralen verorten. Diese Gruppen sind schwach organisiert, was sich unter anderem durch die Heterogenität von sowohl Versicherten als auch Patient:innen erklären lässt. In diesem Bereich wird daher immer wieder der Staat als Organisationshelfer tätig, indem er finanziell unterstützt, Organisationen schafft oder diese in Verhandlungsgremien integriert (vgl. ebd.: 55f.).

Dieses breite Feld relevanter Akteure wird auch an der Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung – deutlich. Er setzt sich aus jeweils fünf Vertreter:innen von Leistungserbringer- (KBV, KZBV, DKG) und Kostenträger:innenseite (GKV-Spitzenverband) zusammen. Hinzu kommen drei unparteiische Mitglieder, von denen eines den Vorsitz innehat. Des Weiteren sind Vertreter:innen von Patient:inneninteressen im G-BA vertreten. Sie besitzen zwar eine Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht (vgl. G-BA o.J.) Zu den weiteren wichtigen Akteuren, die aber als Gruppen nicht formal eingebunden sind, gehören die Pfleger:innen, Apotheker:innen<sup>12</sup>, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände.<sup>13</sup>

Der Gesundheitssektor ist daher insgesamt durch eine plurale Landschaft von Akteuren geprägt, die in unterschiedlichen institutionellen Settings, sowohl mit pluralistischem als auch korporatistischem Charakter, agieren. Daher zeichne sich das Gesundheitswesen »traditionell durch eine Vielfalt an Steuerungsformen und eine Vielzahl von Steuerungsakteuren aus« (Böhm 2008: 8), was auf das Potenzial für staatliche Steuerung zurückwirke (vgl. Gerlinger 2014: 37). Gleichwohl stellen die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung – allen voran der G-BA – zusammen mit einem rahmensetzenden Staat (Rechtsetzung, Aufsicht, Planung)<sup>14</sup> den Kern des Steuerungssystems dar. »In Deutschland ist die Steuerung des Gesundheitswesens bei politikanalytischer

11 Die Interessen von Patient:innen und Versicherten stehen zum Teil in einem Spannungsverhältnis. Während beide an einem breiten Leistungsspektrum der Krankenkasse interessiert sind, liegt der Fokus bei Versicherten als Leistungsfinanzierer:innen auf niedrigen Beiträgen und bei Patient:innen als Leistungsempfänger:innen auf der Kostenübernahme der gewünschten medizinischen Leistungen.

12 Die Apotheker:innen sind wie die Ärzt:innen ebenfalls sowohl in Kammern als auch in Verbänden (unter dem Dach der Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände; ABDA) organisiert. Sie sind aber nicht Teil des korporatistischen Verhandlungssystems in Gesundheitssektor (vgl. Bandelow 2004a: 52).

13 Gleichwohl erfolgt eine formale Einbindung von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden über die Sozialwahlen der gesetzlichen Krankenkassen. Sie werden als die Interessenvertreter:innen von Versicherten und Arbeitgebern in die Verwaltungsräte der Kassen gewählt.

14 Den Ländern obliegt etwa die Krankenhausplanung.

Betrachtung an ein Netzwerk öffentlich-rechtlicher Verbände delegiert worden« (Kevenhörster 2015: 333). Die gesellschaftliche Selbstregulierung in Form der Selbstverwaltung entspricht dem Modus eines korporatistischen Verhandlungssystems. Eine korporatistische Akteursstruktur kann allerdings »bei einem langfristig angelegten, kooperativen Verhalten der Verbände der staatlichen Steuerung durchaus entgegenkommen« (ebd.: 334).

Auf der einen Seite ist die Akteurskonstellation in der Steuerung des Gesundheitswesens daher durch eine stabile Struktur und Vetopositionen zentraler Akteure geprägt, wenngleich trotzdem Reformen und (inkrementeller) Wandel möglich sind (siehe Kapitel V.1.2). Auf der anderen Seite kennzeichnet den Gesundheitssektor eine Vielzahl an weiteren Akteuren (und damit Steuerungsobjekten), verbunden mit dem zu konstatierenden Trend einer weiterhin anhaltenden Pluralisierung. Von Winter (2014: 189) spricht daher von einem »korporatistischen Kern« (insbesondere in der Politikimplementierung) und einem »weitläufige[n] pluralistische[n] Umfeld aus weiteren gesundheitspolitischen Akteuren« (insbesondere in der Interessenvertretung und Politikproduktion). Allerdings zeigt die Auswertung der zu Anhörungen im Gesundheitsausschuss eingeladenen Verbände und Sachverständigen, dass auf dieser Ebene der Politikproduktion weiterhin korporatistische Akteure die zentrale Rolle spielen (vgl. ebd.: 203). Verglichen mit den anderen Ausschüssen, ist der Gesundheitsausschuss auf der einen Seite durch die höchste Anzahl an sowohl geladenen Sachverständigen als auch Verbänden gekennzeichnet. Dieser Pluralität stehen auf der anderen Seite wenige (korporatistische) Akteure gegenüber, die einen sehr großen Anteil der Stellungnahmen auf sich vereinen (vgl. Dhungel/Linhart 2014: 750–760).

Im Zuge der Digitalisierung geraten diese etablierten Akteurskonstellationen im Gesundheitswesen – und damit eine Basis für das Funktionieren von Selbstverwaltung – unter Druck. Neue Akteure (wie digitale Start-ups) treten auf und große Akteure aus anderen Bereichen (Digitalkonzerne) drängen ins Feld. Diese lassen sich, im Gegensatz zu vielen etablierten Gesundheitsakteuren, als »Digital Natives« bezeichnen. Mit ihnen und ihren Interessenverbänden betritt daher »ein neuer Akteurstyp die Bühne der Gesundheitspolitik« (Gerlinger et al. 2019: 163). Beziehungsweise sprechen Behm und Klenk (2020: 500) bereits davon, dass in »zunehmendem Maße [...] die Digitalisierung des Gesundheitssektors von (Wirtschafts-)Akteuren bestimmt [wird], die nicht zu den klassischen Mitspielern zählen und sich von neuen technologischen Standards Wettbewerbsvorteile versprechen.« Infolgedessen nimmt die ohnehin konstatierte Pluralisierung der relevanten Akteure im Gesundheitssektor weiter zu, insbesondere in dem durch Markt und Wettbewerb gekennzeichneten Bereich. Sie treten dabei als Leistungserbringer:innen und politische Interessensakteure im Feld auf. Im letztgenannten Bereich sind sie aber nicht die einzigen neue Akteure.

### V.1.1.1 Neue Interessensakteure in der Gesundheitspolitik

Diese weitere Pluralisierung zeigt sich auch auf der Ebene der Interessenvertretung beziehungsweise der Politikproduktion. Beispielhaft werden dafür die Einladungen und Stellungnahmen zu öffentlichen Anhörungen im Gesundheitsausschuss herange-

zogen.<sup>15</sup> Zu den zehn untersuchten Anhörungen wurden im Durchschnitt 34,4 Akteure eingeladen. Hinter den insgesamt 344 Einladungen verbergen sich 163 Institutionen, Organisationen und Einzelsachverständige.<sup>16</sup> In den beiden Anhörungen zu primär digitalisierungsbezogenen Gesetzesvorlagen – die Sitzungen vom 16.10.2019 zum Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) sowie vom 27.05.2020 zum Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) – lag die Zahl der geladenen Institutionen, Organisationen und Einzelsachverständigen mit 37 beziehungsweise 36 nahe am Durchschnitt. Bezüglich der Pluralisierung ist der Anteil an »spezifischen« eingeladenen Akteuren (Akteure, die einmalig in einer der zehn untersuchten Sitzungen anwesend sind) interessant. Von den insgesamt 163 Akteuren waren 99 (61 %) nur einmal in einer der zehn Anhörungen präsent und nur 19 (12 %) in mindestens fünf Anhörungen. Hier zeigt sich deutlich der von Winter (2014: 189) beschriebene »korporatistische[] Kern« mit »weitläufige[m] pluralistische[n] Umfeld«. In den einzelnen Anhörungen lag der Anteil an einmalig auftretenden Akteuren im Durchschnitt bei 29 Prozent. Die beiden digitalaffinen Sitzungen kamen ebenfalls auf 32 beziehungsweise 28 Prozent. Dazu zählten: Bitkom, Chaos Computer Club (CCC), Digitale Gesellschaft, Netzwerk Datenschutzexpertise, Patientenrechte und Datenschutz, Spitzenverband IT-Standards im Gesundheitswesen (SITiG), Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie (ZVEI), Deutsche Gesellschaft für Telemedizin sowie Wissenschaftler:innen von Technischen Universitäten. Diese spezifisch digitalpolitischen Akteure erweitern das pluralistische Umfeld der Gesundheitspolitik. Darüber hinaus zeigt sich der Stellenwert der Digitalisierung im Gesundheitssektor an der regelmäßigen Einladung, auch zu nicht digitalaffinen Anhörungen, sowohl des Bundesverbandes Gesundheits-IT (BVITG) (6 von 10 Anhörungen) als auch der gematik (5 von 10).

### V.1.1.2 Digitalkonzerne als Leistungserbringer:innen

Eine Heterogenisierung der Akteurslandschaft findet jedoch nicht nur auf der Ebene der Interessenvertretung statt. Auch die Seite der Leistungserbringer:innen differenziert sich im Zuge der Digitalisierung weiter aus. Während im Bereich der Arzneimittelhersteller und der Produzenten klassischer Medizinprodukte die Markteinstiegschürden,

15 Berücksichtigt wurden zehn öffentliche Anhörungen im Gesundheitsausschuss zu Gesetzesvorlagen und -initiativen in der 19. Legislaturperiode im Zeitraum vom 08.10.2018 bis 16.11.2020. Um den gesamten Zeitraum angemessen abzudecken, entfielen zwei Anhörungen auf 2018, fünf auf 2019 und drei auf 2020. Dabei wurde darauf geachtet, dass unterschiedliche Schwerpunktbereiche mit den gewählten Gesetzesvorlagen abgedeckt werden. Diese sind: Versicherte (Versichertenentlastungsgesetz), Pflege (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz), Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz II), Arzneimittel (Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung), Krankenkassen (MDK-Reformgesetz; Fairer-Krankenkassenwettbewerb-Gesetz; Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz), Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz) sowie Digitalisierung (Digitale-Versorgung-Gesetz; Patientendaten-Schutz-Gesetz).

16 Zu den fast immer eingeladenen Akteuren gehörten: GKV-Spitzenverband (10 von 10 Sitzungen), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (9 von 10), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (9 von 10), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (9 von 10), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (8 von 10) und die Bundesärztekammer (8 von 10).

aufgrund enorm hoher Entwicklungs- und Forschungskosten (Arzneimittel) sowie Regulierungshürden (Arzneien und Medizinprodukte), sehr hoch sind, ist dies in den neu entstehenden Gesundheitsmärkten nicht unbedingt der Fall. Auch sehr kleine Start-ups könnten bei der Entwicklung von Gesundheitsapps – und vermittelt über diese auch bei Gesundheitsdaten – eine große Rolle spielen (siehe Kapitel V.1.3.4), wenngleich es im Bereich Big Data weiterhin die großen Player aus der Internetökonomie wie etwa Google gibt. Durch den (exklusiven) Zugriff auf die über sein Mobilbetriebssystem auf Handys und Smartwatches erhobenen Gesundheitsdaten entstehen hier (Daten-)Oligopole. Sie nutzen ihre Vormachtstellung im Bereiche Big Data und ihren auf Skalen- und Netzwerkeffekten basierenden Zugang zu großen Teilen der Bevölkerung, um auf dem Gesundheitsmarkt Fuß zu fassen. Mit ihrer (innovativen) Angeboten laufen sie dabei »den ursprünglich gestaltenden Institutionen den Rang als ›first movers« ab (Behm/Klenk 2020: 505).

## V.1.2 Politics I: Steuerungsparadigma im Wandel

Bezogen auf den engen inhaltlichen gesundheitlichen Fokus (Erhöhung von Lebenserwartung und -qualität),<sup>17</sup> besteht das Ziel gesundheitspolitischer Steuerung darin, für die Bereitstellung eines angemessenen, bedarfsgerechten Angebots an medizinischen Dienstleistungen zu sorgen. Die Angemessenheit bezieht sich erstens auf die Qualität der angebotenen Leistung, zweitens auf die effiziente Ressourcennutzung (u.a. Kosten) und drittens auf die gleichberechtigten Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten (u.a. Verteilung; gleichwertige Lebensbedingungen). Hier verbinden sich die häufig genannten drei Dimensionen von Gesundheitssystemen: Regulierungs-, Finanzierungs- und Versorgungsstruktur.

Zu den größten Herausforderungen, neben dem aktuellen Fachkräftemangel, zählt die demografische Entwicklung, die sowohl auf der Ausgabenseite bei Gesundheitsleistungen und -infrastruktur (durch die Multimorbidität immer mehr älterer Menschen und die Zunahme chronischer Erkrankungen) als auch auf der Einnahmenseite in einem beitragsfinanzierten Versicherungssystem (durch weniger im Arbeitsleben stehende und damit Beiträge zahlende jüngere Menschen) wirkt.<sup>18</sup> Der medizinische Fortschritt

17 Vorliegende Abhandlung konzentriert sich in diesem Kapitel auf den Gesundheitssektor und die Gesundheitspolitik im engen Sinne. Der individuelle Gesundheitszustand und die Gesundheitsperspektive von Menschen hängen darüber hinaus jedoch beispielsweise auch stark vom sozio-ökonomischen Status und damit von der wirtschaftlichen Entwicklung und dem Wohlstandsniveau ab. Für gesundheitsrelevantes Verhalten spielt aber auch der Bildungsgrad eine Rolle. Somit sind deutlich mehr Politikfelder beziehungsweise Bereiche aus der Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Bildungs- und Sozialpolitik gesundheitsrelevant (vgl. Kevenhörster 2015: 319ff., 341). Damit ist »Gesundheitspolitik als Querschnittspolitik zu verstehen [Herv. i. O.]« (ebd.: 347).

18 Die demografische Entwicklung fordert damit den Kern des deutschen Gesundheitswesens heraus, in dem die gesetzlichen Krankenversicherungen einen »nahezu universalistischen Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung« bereitstellen und sich dazu »beinahe ausschließlich über brutto-lohnbezogene Beiträge [...] nach dem Äquivalenzprinzip« finanzieren (Gerlinger 2014: 36).