

V.1 Fallbeispiel 1: Gesundheitspolitik

Das Feld der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung¹ ist aus Steuerungsperspektive – bereits ohne die Berücksichtigung der Digitalisierung – äußerst spannend. Dies gilt sowohl mit Blick auf Beratung und Information im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, auf die Forschung als auch auf die medizinische Diagnostik und therapeutische Behandlungspraxis.² Beispielhaft seien hier auf den hochgradig regulierten Bereich der Medizinprodukte und Pharmazeutika, auf die Selbstregulation der Medizinprofession in den als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisierten Ärztekammern mit Pflichtmitgliedschaft sowie die Selbstverwaltung von Krankenkassen, Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KVen)³ und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verwiesen. Darüber hinaus gilt der Gesundheitssektor als »Prototyp eines neokorporatistischen Verhandlungssystems« (Bandelow 2004a: 49).

Es ist daher nicht verwunderlich, wenn das Politikfeld der Gesundheitspolitik für die Politikwissenschaft unter anderem unter dem Aspekt der Steuerungsfähigkeit des Staates von Interesse ist. In der Forschung werden insbesondere die institutionellen Strukturen und Akteursbeziehungen reflektiert, die als ein »*korporatistisches Regulierungs-Netzwerk* [Herv. i. O.]« beschrieben werden, in das ein mehrdimensionales Verhandlungssystem eingebettet ist (Kevenhörster 2015: 314). Oder wie Alber (1992: 14, auch 157) es ausdrückt: ein System »höchst komplexe[r] [...] Vielfachsteuerung«. Aufgrund des Selbstverwaltungsprinzips kommt hierbei dem Staat eine eher rahmensexende Steuerungsrolle zu. Politikfelder sind aber keinesfalls statisch. Der Wandel von Staat und Staatlichkeit

1 Da die Pflegepolitik ein eigenständiges Politikfeld darstellt, bleibt der Bereich der Krankenhauspflege und Altenpflege im Folgenden ausgespart (vgl. Gerlinger/Reiter 2017b: 275f.).

2 Der Bereich der Rehabilitation wird im Folgen nur am Rande aufgegriffen. Der Fokus liegt auf der ambulanten und stationären Akutversorgung sowie der Prävention und Forschung.

3 Wie bei den Ärztekammern handelt es sich auch bei den KVen um Körperschaften des öffentlichen Rechts. Während in den Kammern alle Ärzt:innen Zwangsmitglied sind, besteht in den KVen nur für Vertragsärzt:innen eine Pflichtmitgliedschaft (also für alle Ärzt:innen die für Kassenpatient:innen Leistungen erbringen und über die Krankenkassen abrechnen und nicht ausschließlich Privatpatient:innen behandeln).

keit sowie die Entwicklung von Politikfeldern bedingen sich wechselseitig.⁴ 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 daherkommen. 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.⁵

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:innen⁶ 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 hinweisen, 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.