

Wer denkt an die Patient:innen? – Eine Analyse verbandlicher Repräsentation von Patient:inneninteressen im Gesetzgebungsprozess des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe 17.02.2022

Vorgelegt von Julia Faul

■■■■■■■■■■

■■■■■■■■

Gutachter:innen:

Betreuender Prüfer Prof. Dr. York Zöllner

Zweite Prüferin Prof. Dr. Judith Brockmann

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
3 Theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten	3
3.1 Handlungsmuster und Interessenslagen von Verbänden.....	4
3.2 Die Vertretung von Patient:inneninteressen	6
3.3 Phasen des Gesetzgebungsprozesses.....	10
3.4 Überblick Krankenhauszukunftsgesetz	12
4 Methodik.....	16
4.1 Qualitative Dokumentenanalyse.....	17
4.2 Datenauswertung.....	22
5 Ergebnisse.....	31
5.1 Chancen, Risiken und institutioneller Rahmen	31
5.2 Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“	41
5.3 Patient:inneninteressen	45
6 Diskussion	55
6.1 Diskussion der Methodik	56
6.2 Diskussion der Ergebnisse	58
7 Fazit.....	62
Literaturverzeichnis	VI
Rechtsquellenverzeichnis.....	XI
Eidesstattliche Erklärung.....	XII

Zusammenfassung

Einleitung/Hintergrund: Bei öffentlichen Anhörungen können Verbände ihre Interessen in den Gesetzgebungsprozess einfließen lassen. Dies ist beim KHZG geschehen, ein Gesetz, wodurch in die Digitalisierung der Krankenhäuser investiert wird. Ziel des KHZG ist vor allem die Verbesserung der Versorgungsqualität. Die primär adressierte Gruppe des Vorhabens, die Patient:innen, sind in der politischen Interessenvertretung jedoch als „schwach“ anzusehen. Dies liegt u. a. in der Heterogenität der Interessen, den multiplen Rollen im Gesundheitswesen und geringen Machtressourcen. Eher „starke“ Interessen und damit mehr Einfluss auf die Politikformulierung haben Verbände, die oftmals angeben gemeinwohlorientiert zu handeln. Um dem nachzugehen wird untersucht, wie die Verbände in ihren Stellungnahmen zum KHZG die Patient:inneninteressen berücksichtigen.

Methodik: Mittels qualitativer Dokumentenanalyse werden 17 Stellungnahmen von eingeladenen Verbänden untersucht. Die Datenauswertung erfolgt mit einer qualitativen Inhaltsanalyse und einem selbst erstellten Kodierleitfaden mit deduktiver Kategorienanwendung. Der Kodierleitfaden teilt sich in die drei Oberthemen: Chancen, Risiken und institutioneller Rahmen; Ziele des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“ und „Patient:inneninteressen“. Für die Ergebnisdarstellung werden unterschiedliche weitere Kategorien z. B. nach Verbandstyp angewendet.

Ergebnisse: Chancen und Risiken werden vor dem Hintergrund des institutionellen Rahmens unterschiedlich bewertet. Bezüglich der Ziele des KHZG wurden die beiden Teilziele „Souveränität“ und „Selbstbestimmung der Patient:innen verbessern“ von keinem Verband bewertet. Insgesamt zeigen sich doppelt so viele positive als negative Positionen zu den Zielen. Keiner der Verbände adressiert alle Kategorien im Patient:inneninteresse. Bei vier Verbänden konnte „gar kein“ Vorkommen bezüglich der Patient:inneninteressen identifiziert werden. „Eher häufiger“ wurde das Vorkommen bei vier weiteren Verbänden kategorisiert. Der VdK mit den meisten Aussagen im Patient:inneninteresse benennt diese Gruppe auch in der eigenen Satzung mit einem direkten Bezug. Nach Verbändetypen kommen bei den „sonstigen Verbänden“ die meisten Aussagen im Patient:inneninteresse vor.

Diskussion/Ausblick: Die Analyse bietet einen ersten Grundstein für weitere Detailanalysen in diesem Bereich. Um tiefergehend die Qualität der Positionen, die tatsächliche Absicht und den realen Einfluss der Verbände im Gesetzgebungsprozess zu untersuchen wären Interviews mit den Verbänden und den Abgeordneten eine Möglichkeit für weitere Forschungsvorhaben.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kennzahlen der deutschen Krankenhäuser 2019, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2021, S. 7	1
Abbildung 2: Machtressourcen von Akteur:innen, eigene Darstellung nach Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 24–25	5
Abbildung 3: Kategorien zur Differenzierung von Patient:inneninteressen, eigene Darstellung nach Hänlein und Schröder 2010, S. 48–49	7
Abbildung 4: Phasen der Gesetzgebung, eigene Darstellung nach Vedder und Veit 2019, S. 160.....	10
Abbildung 5: Ausgewählte zeitliche Daten KHZG, eigene Darstellung nach BMG 2021a	14
Abbildung 6: Übersicht der Fördertatbestände im KHZG, eigene Darstellung nach § 19 Abs. 1 KHSFV.....	15
Abbildung 7: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung, eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring und Brunner 2006 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 640	23
Abbildung 8: Positionen nach Bewertungskategorien und Zielen des KHZG, eigene Darstellung.....	45
Abbildung 9: Durchschnittliche Verteilung der Fragen von Abgeordneten an Verbände bei öffentlichen Anhörungen zur Gesundheitspolitik, eigene Darstellung nach Winter 2014, S. 201	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel für Muss- und Kann-Kriterien FTB 6, eigene Darstellung nach BAS 2021, S. 28.....	16
Tabelle 2: Statistik KHZG, Stand 01.01.2022, eigene Darstellung nach BAS 2022, S. 2	16
Tabelle 3: Übersicht über die einbezogenen Verbände und Stellungnahmen, eigene Darstellung.....	19
Tabelle 4: Vorgehen bei der Dokumentenauswahl, eigene Darstellung	20
Tabelle 5: Kodierleitfaden Chancen, Risiken und institutionellen Rahmen, eigene Darstellung in Anlehnung an Ulrich et al. 1985 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 639	24
Tabelle 6: Kodierleitfaden Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“, eigene Darstellung in an Ulrich et al. 1985 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 639	26
Tabelle 7: Kodierleitfaden Patient:inneninteressen, eigene Darstellung an Ulrich et al. 1985 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 639	29
Tabelle 8: Vorkommen der Positionen (pink) zu den Zielen des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“, eigene Darstellung	41
Tabelle 9: Gewertete Zitate für das Ziel „Medizinische Versorgung der Patient:innen verbessern“, eigene Darstellung	43
Tabelle 10: Gewertete Zitate für das Ziel „Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen“, eigene Darstellung.....	43
Tabelle 11: Gewertete Zitate für das Ziel „Besseres und zukunftsfähiges Gesundheitswesen gestalten“, eigene Darstellung	44
Tabelle 12: Positionen zum Patient:inneninteressen in Bezug auf das KHZG, eigene Darstellung.....	46
Tabelle 13: Positionen zum Behandlungsinteresse von Patient:innen, eigene Darstellung... ..	48
Tabelle 14: Positionen zum Infrastrukturinteresse von Patient:innen Teil I, eigene Darstellung	49
Tabelle 15: Positionen Infrastrukturinteresse von Patient:innen Teil II, eigene Darstellung ..	51
Tabelle 16: Positionen zum Sekundärinteresse von Patient:innen, eigene Darstellung	51
Tabelle 17: Positionen zum besonderem Interesse von Patient:innen vulnerabler Gruppen, eigene Darstellung.....	52
Tabelle 18: Anzahl der Positionen im Patient:inneninteresse in Bezug auf das KHZG in absteigender Reihenfolge, eigene Darstellung.....	53
Tabelle 19: Anzahl der Positionen im Patient:inneninteresse in Bezug auf das KHZG geclustert nach Verbandstypen, eigene Darstellung.....	54
Tabelle 20: Vergleich der Satzung mit Patient:innenbezug und Anzahl an Positionen im Sinne des Patient:inneninteresse, eigene Darstellung	55

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (19. Wahlperiode)
bvitg	Bundesverband-Gesundheits-IT e. V.
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie e. V.
BÄK	Bundesärztekammer
DHM	Deutsche Hochschulmedizin e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DLT	Deutscher Landkreistag e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
FTB	Fördertatbestand
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSFV	Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)
KHZF	Krankenhauszukunftsfonds
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern
kkvd	Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.
MFT	Medizinischer Fakultätstag e. V.
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
SpiFa	Spitzenverband Fachärzte Deutschland e. V.
VdK	Sozialverband VdK (Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner) Deutschland e. V.
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.

1 Einleitung

Die Gesundheitspolitik genießt in der Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit, denn die individuelle Gesundheit ist für viele Menschen zu einem zentralen Bezugspunkt ihres Handelns geworden (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 13 m.w.N.). Die unerwünschten und erwünschten Wirkungen der vielen Gesundheitsreformen beschäftigen dabei die Forschung und Politik aber auch die Versicherten, Leistungsanbietenden und Patient:innen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 13). Immerhin wurden in den 1.914 Krankenhäusern in Deutschland mit den rund 494.300 aufgestellten Betten im Jahr 2019 etwa 19,4 Millionen Patient:innen behandelt (Statistisches Bundesamt 2021, S. 7).



Abbildung 1: Kennzahlen der deutschen Krankenhäuser 2019, eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2021, S. 7

An der Umsetzung und Formulierung von Gesundheitspolitik sind viele Akteur:innen beteiligt, die sich voneinander in ihren Wertvorstellungen, Interessen, Problemwahrnehmungsmustern und Handlungslogiken unterscheiden. Verschiedene Organisationen wirken dabei auf die Regierungsentscheidungen ein und werden maßgeblich von Eigeninteressen und/oder Interessen ihrer Mitglieder geleitet. Die Akteur:innen verfügen allerdings über unterschiedliche Machtressourcen. Beispielsweise unterscheiden sich die Akteur:innen in der Fähigkeit, die individuellen Handlungen ihrer Mitglieder zu koordinieren und sich damit gut zu organisieren. In der Gesundheitspolitik liegt darin ein relevanter Grund für das geringe Gewicht von Patient:inneninteressen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 22–25).

Ein Beispiel für Gesundheitspolitik und die darin vertretenen Interessen ist das „Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG), welches am 29. Oktober 2020 in Kraft getreten ist. Es ist ein Investitionsprogramm, um die Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern voranzutreiben. Dafür wurde beim Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) ein Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) eingerichtet, der insgesamt ein Fördervolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro zur Verfügung stellt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schreibt dazu, dass die Krankenhäuser daraus in moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung und in ihre IT-Sicherheit investieren können (BMG 2021a). Die Investitionen in

die Digitalisierung der Krankenhäuser sollen die medizinische Versorgung sowie die Souveränität und Selbstbestimmung der Patient:innen verbessern, langfristig eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen, ein besseres und zukunftsfähiges Gesundheitswesen gestalten sowie Mitarbeitenden neue Perspektiven eröffnen (BT-Drs. 19/22126, S. 1). Bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss der 19. Wahlperiode am 14. September 2020 konnten verschiedene eingeladene Verbände und Einzelsachverständige u. a. durch schriftliche Stellungnahmen ihre Position zum Gesetzentwurf des KHZG einbringen (Deutscher Bundestag 2020).

Eingangs wurde bereits beschrieben, dass die Patient:inneninteressen oft ein geringes Gewicht in der Gesundheitspolitik haben (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 25). Dabei beginnt der Gesundheitsausschuss der 19. Wahlperiode seinen Internetauftritt mit dem Satz: „Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patient[:innen]“ (Deutscher Bundestag 2021). Um die eigenen Standpunkte zu erläutern und argumentative sowie rechtfertigende Unterstützung zu erhalten, fragen die Abgeordneten die Expert:innenmeinung von u. a. Verbänden an. In den öffentlichen Anhörungen können diese dann ihre Interessen in den politischen Prozess einbinden (Tenhaef 1992, S. 65–334 zitiert nach Winter 2014, S. 194). Doch wie sehr werden dabei die Interessen von Patient:innen berücksichtigt?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich deshalb konkret mit der Forschungsfrage: Wie bewerten die eingeladenen Verbände in ihren Stellungnahmen im Gesetzgebungsprozess des KHZG das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ in Hinblick auf Patient:inneninteressen?

2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist die Ermittlung des Vorkommens von Patient:inneninteressen in den Stellungnahmen von Verbänden im Gesetzgebungsprozess zum „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ im KHZG. Um diesem Ziel nachzugehen, wird das Forschungsvorhaben dieser Arbeit in folgende Teilfragen gegliedert:

1. Welche Chancen und Risiken benennen die Verbände in ihren Stellungnahmen zum „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“?
2. In welchen institutionellen Rahmen sind die Verbände einzuordnen?
3. Wie bewerten die Verbände in ihren Stellungnahmen die Ziele des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“?
4. Wie sehr werden die Patient:inneninteressen in den Stellungnahmen der Verbände berücksichtigt?

Die Frage nach den allgemeinen Chancen und Risiken wird gestellt, um einen Gesamteindruck der Stellungnahmen zu erhalten, um herauszuarbeiten, wie die Verbände dem Vorhaben grundsätzlich gegenüberstehen. Mit der zweiten Frage soll dem institutionellem Rahmen nachgegangen werden, weil dieser bei Dokumenten immer mitbeachtet werden sollte (Salheiser 2019, S. 1122). Weiterhin wird konkret die Bewertung zu den Zielen des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“ untersucht, da dort u. a. konkrete Patient:innenbezüge benannt werden. Abschließend sollen die Stellungnahmen konkret auf Patient:inneninteressen hin untersucht werden, um das Forschungsziel direkt zu adressieren und alle bisher erarbeiteten Positionen bezogen auf die Interessen von Patient:innen zu hinterfragen.

Um dieses Vorhaben zu elaborieren, wird zunächst der theoretische Hintergrund erläutert. Zuerst werden dabei die Grundzüge von Handlungsebenen und Interessenslagen von Verbänden in der Gesundheitspolitik beleuchtet. Danach folgt eine Übersicht der Vertretung von Patient:inneninteressen und ihren Problematiken, eine kurze Darstellung der Phasen der Gesetzgebung mit Fokus auf die öffentlichen Anhörungen und ein Überblick über das KHZG mit den wichtigsten Inhalten und Regelungen. Anschließend wird in der Methodik beschrieben, wie das Material für die qualitative Dokumentenanalyse erhoben und wie die strukturierte Inhaltsanalyse als Methode der Datenauswertung angewendet wurde. Als nächstes folgen die Ergebnisse, gegliedert nach den eingangs beschriebenen Teilfragen und die daraus generierten Hypothesen. Daran anschließend werden in der Diskussion die Methodik sowie die Ergebnisse reflektiert und hinterfragt. Im Fazit werden abschließend die zentralen Schlussfolgerungen zusammengefasst.

3 Theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten

Entsprechend des eben beschriebenen Aufbaus wird zunächst der theoretische Hintergrund dargestellt. Zahlreiche Akteur:innen mit ihren Interessen, Wertvorstellungen und Problempassungsmustern nehmen auf unterschiedlichen Ebenen Einfluss auf die Gesundheitspolitik. Dabei gibt es besonders in diesem Politikbereich viele Bottom-up-Prozesse, in denen z. B. Verbände auf der Mesoebene auf Regierungsentscheidungen wirken (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 18). Grundsätzlich kann zwischen vier Gruppen und ihren Interessenslagen im Gesundheitssystem unterschieden werden: Nutzende, Leistungsfinanzierende, Leistungserbringende und staatlich Regulierende. Komplex wird es dadurch, dass die einzelnen Gruppen sehr heterogene Interessen vereinen (Klenk 2018, S. 24). Um ein besseres Verständnis für die Interessenvermittlung von Verbänden zu erhalten, die alle eben genannten Gruppen repräsentieren können, werden zunächst Handlungsmuster und Interessenslagen von Verbänden dargestellt. Anschließend werden die Phasen der Gesetzgebung beschrieben, die Vertretung von Patient:inneninteressen erläutert und auf das KHZG eingegangen.

3.1 Handlungsmuster und Interessenslagen von Verbänden

Da bereits mehrfach der Begriff „Verbände“ genutzt wurde, soll dieser zunächst mit weiteren zentralen Begriffen dieser Arbeit definiert werden. **Verbände** werden beschrieben als Zusammenschlüsse von Personen mit gleichartigen Interessen. Sie führen die Interessen zusammen und bündeln diese, um sie dem Staat und/oder der Gesellschaft zu vermitteln sowie durchzusetzen (Klenk 2018, S. 20–21 m.w.N.). Weiterhin sind Verbände dauerhafte, nichtstaatliche Non-Profit Organisationen mit freiwilligen Mitgliedern, die versuchen die aggregierten Interessen bei relevanten politischen Entscheidungen einzubringen (Oehmer 2012, S. 416 zitiert nach Donges 2021, S. 38). Nach Schätzungen gibt es in Deutschland rund 15.600 aktive Verbände, von denen etwa 20 % im Bereich Gesundheit und Soziales tätig (Deutsches Verbände Forum 2018) und mehr als 2.300 in der Lobbyliste des Deutschen Bundestages 2019 akkreditiert sind (Hoffjann 2021, S. 380). **Interessen** werden als Ziele oder Bedürfnisse verstanden, die aus gesellschaftlichen Verhältnissen entstehen und das Verhalten der Personen oder Gruppen beeinflussen (Klenk 2018, S. 20–21 m.w.N.). Weiterhin sind Interessen Absichten, deren Umsetzung für die Person oder Gruppe vorteilhaft ist (Klima 1994 zitiert nach Donges 2021, S. 31). Die **Interessenvertretung** von Verbänden wird als „Prozess politischer Beteiligung an Entscheidungen“ beschrieben (Zimmer und Speth 2015, S. 11 zitiert nach Donges 2021, S. 30). Dabei ist zu beachten, dass Interessen nicht nur mitgeteilt werden, sondern ebenso aufgenommen, verarbeitet und dabei auch verändert werden. In diesem Sinne wird auch von der **Interessenvermittlung** gesprochen (Beck und Donges 2021, zitiert nach Donges 2021, S. 30).

Die Interessenvermittlung der Gesundheitspolitik in Deutschland ist maßgeblich durch den Lobbyismus und Korporatismus geprägt. **Lobbyismus** wird als Form der Interessenvermittlung verstanden, mit denen „private Interessensgruppen oder deren Verbände auf politische Akteur[:innen] einwirken, um deren Entscheidung im eigenen Interesse zu beeinflussen“ (Gerlinger 2009, S. 34 m.w.N.). **Korporatismus** hingegen meint die „institutionalisierte Einbindung privater Interessensgruppen in die Formulierung und Implementierung kollektiv-verbindlicher Regelungen“ (Gerlinger 2009, S. 34). Verbände im Korporatismus werden dabei verpflichtet, öffentliche Ziele zu verfolgen. Dafür erhalten sie vom Staat die Fähigkeit ihren Interessen Verbindlichkeit zu verleihen, da sie über Vertretungsmonopole oder Zwangsmitgliedschaften verfügen. Der Staat auf der anderen Seite profitiert durch das Expert:innenwissen korporatistischer Akteur:innen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 20 m.w.N.). Über die Zeit bildeten sich so starke Verbände, die sich von den Partialinteressen der Mitglieder leiten lassen und sich des Öfteren den staatlichen Steuerungsansprüchen widersetzen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 20). Diese Dominanz hat in der letzten Zeit allerdings abgenommen durch

nachlassende Bindung der Mitglieder, Pluralisierung von Interessen und Schwächungen korporatistischer Strukturen (Hoffjann 2021, S. 380 m.w.N.). Lobbyismus hingegen hat weiterhin eine zentrale Rolle. Besonders bei Legitimationszwecken ist es wichtig, weil das öffentliche Interesse an Lobbying wächst und der Handlungsspielraum der informellen Interessenpolitik kleiner wird (Kleinfeld et al. 2007, S. 20 zitiert nach Hoffjann 2021, S. 388).

Die **Machtressourcen** von Akteur:innen entscheiden, wie sehr diese an der Gestaltung von Gesundheitspolitik praktisch teilnehmen können. Beispielhafte Machtressourcen, die auch voneinander abhängen, sind in der folgenden Abbildung 2 dargestellt. In der Gesundheitspolitik zeigt sich, dass die Machtressourcen sehr unterschiedlich verteilt sind (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 24–25). Macht und Einfluss von wachsen dabei durch Machtressourcen, auf die andere Akteur:innen angewiesen sind, um ihren eigenen Zielen nachzukommen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 25 m.w.N.). Zudem kann der Staat gezielt den Einfluss mitgestalten, indem z. B. hoheitliche Aufgaben übertragen werden (Klenk 2018, S. 20).

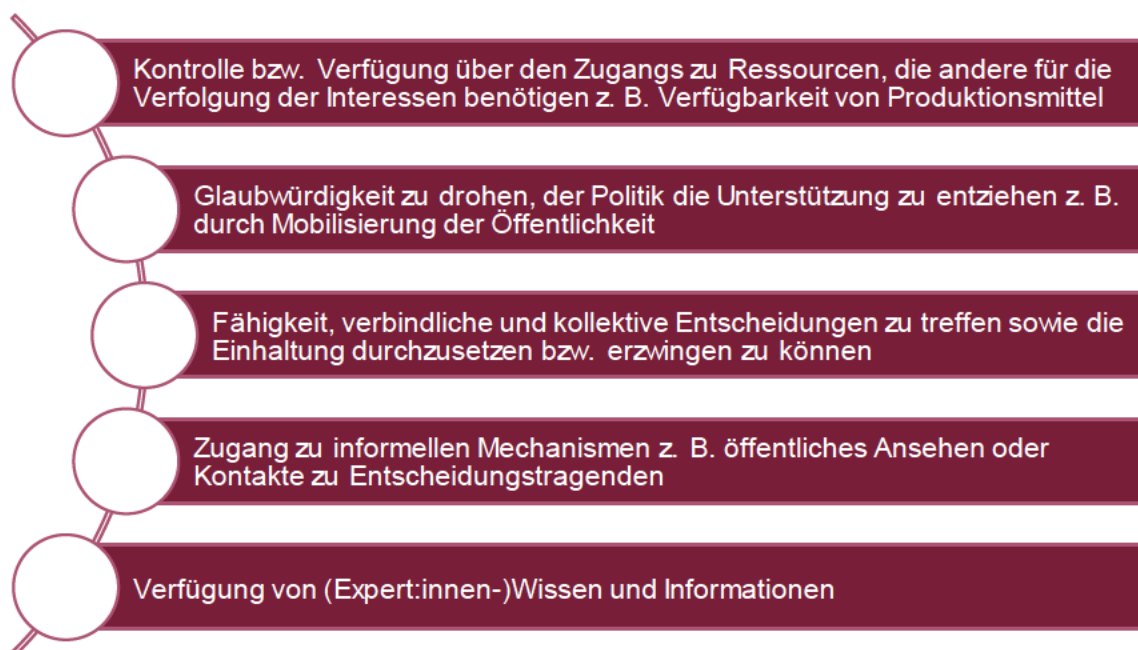


Abbildung 2: Machtressourcen von Akteur:innen, eigene Darstellung nach Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 24–25

Allerdings werden Verbände häufiger als „träge“ von ihren Mitgliedern wahrgenommen. Dieser Vorwurf ist das Ergebnis eines **Zielkonfliktes** innerhalb vieler Verbände. Auf der einen Seite sollen die Interessen aller Mitglieder repräsentiert werden und auf der anderen Seite sollen wenige, relevante und durchsetzungsfähige Interessen fokussiert werden, um effektiver Einfluss nehmen zu können. Zwischen Mitgliedschaft- und Einflusslogik ist deshalb oft eine Auswahl an zu verfolgenden Interessen nötig (Hoffjann 2021, S. 380 m.w.N.). Häufiger treten auch Diskussionen um Werte, Normen, kulturelle Ideen und Identitäten innerhalb von Verbänden

auf. Dabei sind die Interessen meist kulturell oder durch institutionelle Vorgaben geprägt, wodurch die Verbände in ihren Identitäten beeinflusst sind (Donges 2021, S. 42). Ein weiteres häufiges Problem ist, dass Verbände auf Inklusion angewiesen sind. Innerhalb der Strukturen wird eine Inklusion in Form einer Unterstützung und Zustimmung der Mitglieder angestrebt, um eine bessere Legitimation zu signalisieren. Gegenüber der Politik wird ebenfalls eine Inklusion in Form von Beteiligung angestrebt, um an Entscheidungen teilhaben zu können. Strukturell widersprechen sich hier die Repräsentation und Effektivität. Desto stärker die individuellen Interessen der Mitglieder berücksichtigt werden, desto schwächer ist der Handlungsspielraum bei Entscheidungsfindungen. Wenn allerdings weniger Interessen berücksichtigt werden, um den Handlungsspielraum zu vergrößern, droht die Unterstützung der Mitglieder abzunehmen (Hoffjann 2021, S. 384 m.w.N.).

Die Interessen von Akteur:innen bilden sich u. a. durch ihre gesellschaftliche Funktion bzw. Position. Diese Interessen wirken bei Strategien dann handlungsleitend. Eigene Definitionen und Wahrnehmungsmuster entstehen, wodurch unterschiedliche Aspekte von Gesundheit an Bedeutung gewinnen. Die Akteur:innen binden sich an **formalisierte Handlungsregeln** und nehmen bestimmte Herangehensweisen bei Problemen als Routine an. In diesen Routinen findet sich häufig ein festes Bild über die Ziele von Gesundheitspolitik und über die Aufgabenteilung zwischen Individuum, Gesellschaft und Staat. Die Akteur:innen bemühen sich i. d. R. ihre Interessen als sachgerecht und im gesellschaftlichen Interesse darzulegen. Deshalb geht es bei gesundheitspolitischen Entscheidungen keineswegs immer um gemeinwohlorientierte Problemlösungen, sondern eben auch um spezifische Interessen von Akteur:innen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 25 m.w.N.).

3.2 Die Vertretung von Patient:inneninteressen

In den Verhandlungsebenen des Korporatismus waren lange die Interessen von Ärzt:innen und den Krankenkassen führend, wohingegen Interessen von Patient:innen und Pflegenden nicht aufgenommen wurden (Klenk 2018, S. 23). Viele Jahrzehnte gab es keine eigenen Lobbyorganisationen für Patient:inneninteressen. Stattdessen wurde das Interesse von Patient:innen mit denen der Versicherten gleichgesetzt, sodass diese z. B. von Gewerkschaften mitvertreten wurden. Durch die Selbsthilfebewegung von Patient:innen in den 1970er Jahren entstanden erste Interessensorganisationen spezifisch für Patient:inneninteressen. Gestärkt wurde die **Patient:innenbeteiligung** gesetzlich im Jahr 2004, als entschieden wurde eine Patient:innenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu institutionalisieren. Seitdem gab es mehrere Gesetze, die die Stellung von Patient:innenvertreter:innen gestärkt haben (Hänlein und Schroeder 2010, S. 47).

Patient:innen werden verstanden als leidende Menschen, die aufgrund einer Erkrankung medizinische Behandlung benötigen, erhalten oder erhalten wollen. Jeder Mensch ist potenziell ein:e Patient:in. I. d. R. sind Personen, die wieder „gesund“ geworden sind, keine Patient:innen mehr. Die **Interessen von Patient:innen** sind jedoch sehr heterogen, z. B. Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder mit einer Behinderung verfolgen aufgrund ihrer langen Behandlungszeit andere Interessen als Personen mit einer kurzen Behandlungszeit. Die Einteilung von Interessenslagen von Patient:innen können unterschiedlich kategorisiert werden (Hänlein und Schroeder 2010, S. 47–49). Ein Beispiel für eine mögliche Differenzierung anhand von sechs Kategorien ist in Abbildung 3 gezeigt.



Abbildung 3: Kategorien zur Differenzierung von Patient:inneninteressen, eigene Darstellung nach Hänlein und Schröder 2010, S. 48–49

Eine andere Einteilung wäre die Differenzierung nach Behandlungsinteresse, Infrastrukturinteressen und sekundäres Interesse (Hänlein und Schroeder 2010, S. 49–50). Diese Kategorisierung wird in Kapitel 4.2 näher beschrieben, da diese Systematik für die Datenauswertung dieser Arbeit verwendet wird.

Nach der Behandlung nehmen Patient:innen i. d. R. die Rolle der Versicherten ein, die wiederum andere Interessen haben könnten. Üblicherweise geschieht dies im Hinblick auf die Höhe des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung (Hänlein und Schroeder 2010, S. 55). Weiterhin ist noch die Rolle der Bürger:innen zu nennen, in der die politische Haltung das Interesse prägt und z. B. spezifische Vorstellungen über die Verantwortung von Staat, Markt und Interessenvertretung im Gesundheitswesen relevant für die Interessensbildung sind. Um all diese Rollen zusammen zu fassen, wurde in der Literatur der Nutzerbegriff genannt. Nutzer:innen haben als Versicherte, Bürger:innen und Patient:innen **multiple Rollen im Gesundheitswesen**. Diese sind dabei von der Lebenslage und dem Lebenslauf abhängig sowie der Rolle, welche gerade dominant ist (Ewert 2013 zitiert nach Klenk 2018, S. 24–25).

Die Interessen von der Patient:innenrolle wurden in der Literatur vermehrt als „schwach“ bezeichnet. Als „**schwach**“ sind **Interessen** von Akteur:innen benannt, die über wenig Ressourcen verfügen und aus strukturellen Gegebenheiten politisch schwer zu organisieren sind. Früher betraf das vor allem „Arme“. Jedoch wird diese Kategorisierung der vielfältigen Dimensionen von sozialer Ungleichheit nicht gerecht. Manche Gruppen mit „schwachen Interessen“ wie z. B. Patient:innen sind nicht im materiellen Sinne „arm“. Schwäche ist immer in Bezug auf andere, stärkere Akteur:innen zu verstehen, grundsätzlich aber auch als abstrakte Einordnung, die in ihrer empirischen Bedeutung wandelbar ist. Strukturelle Ungleichheiten in der Gesellschaft führen dazu, dass Interessensgruppen über unterschiedliche Ressourcen und gesellschaftliche Akzeptanz verfügen. Deshalb kann die Stärke oder Schwäche von Akteur:innen z. B. an den verfügbaren Ressourcen, ihrer Kompetenz, Leistungsfähigkeit und an ihrem Zugang zu Entscheidungsebenen gemessen werden. Dabei wird beachtet, dass Interessen durch die eigene Organisation der Betroffenen oder durch Stellvertretende geäußert werden können (Clement et al. 2010, S. 6–14). Insgesamt bezeichnet der Begriff der „schwachen Interessen“ eine „relative Benachteiligung in der politischen Interessenkonkurrenz, die aus einer Minderausstattung mit den für die Artikulations-, Organisations-, Mobilisierungs- und Durchsetzungsfähigkeit notwendigen sozialen Eigenschaften resultiert“ (Winter und Willems 2000, S. 14 zitiert nach Clement et al. 2010, S. 14).

Die Einteilung der Patient:innen zu den „**schwachen**“ **Interessen** scheint im ersten Moment eindeutig, jedoch darf dies nicht selbstverständlich vertreten werden, da hier **Differenzierungen** nötig sind. Patient:innen, die schwer krank und womöglich kaum noch handlungsfähig sind, können ihre Interessen nur „schwach“ vertreten. Da eine erhebliche Informationsasymmetrie zu den Ärzt:innen besteht und Patient:innen i. d. R. durch die Krankheit in ihrer Konfliktfähigkeit eingeschränkt sind, kann hier von „schwachen Interessen“ gesprochen werden. Allerdings muss auch beachtet werden, dass diese Bewertung vom Krankheitsbild, dem Bildungsstatus, den finanziellen Interessen und den regionalen Alternativen abhängig ist. Die finanziellen Interessen müssen dabei i. d. R. gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden. Hier ist vor allem entscheidend, wie Personen mit den bürokratischen Hemmnissen umgehen und die eigenen Interessen artikulieren können. Dies ist jedoch eine Beurteilung auf individueller Ebene. Vielmehr sollte die Frage danach, ob Patient:innen starke oder schwache Interessen haben, auf den organisierten Bereich bezogen werden, also auf Patient:innengruppen und -verbände. Eine kollektive Interessenwahrnehmung ist dabei unwahrscheinlich, da die Eigenschaften von Patient:innen zu vielfältig und oft latent sind. Anders ist das bei chronisch kranken Personen. Diese finden über ein gemeinsames Merkmal zusammen und verfolgen ihre Interessen dauerhaft. Die daraus entstehenden Selbsthilfeorganisationen sind als we-

niger schwach einzuschätzen, auch wenn sie oftmals Schwierigkeiten haben materielle Ressourcen zu mobilisieren. In Bezug auf das Interesse bei der Behandlung kann zwar nicht von einem „starken“ Interesse gesprochen werden, jedoch erhalten Patient:innen durch heterogene Verbände eine beachtliche Unterstützung, sodass das Interesse nicht „extrem schwach“ sein kann (Hänlein und Schroeder 2010, S. 52–55).

Bei der Vertretung von Patient:inneninteressen sind vor allem **vier große Verbänden** maßgeblich zu nennen, die im Rahmen der institutionalisierten Patient:innenvertretung nach SGB V offiziell anerkannt sind (Dierks 2019, S. 1113). Zuerst sind der „Deutsche Behindertenrat“ und die „Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen“ zu nennen, die nach einem organisatorischen Ansatz direkt die Interessen ihrer Mitglieder repräsentieren. Die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient:innenstellen“ kennzeichnet sich bürger:innenschaftlich-gesundheitspolitisch und vereint unabhängige neutrale Patient:innenstellen mit Informations- und Beratungsangeboten. Zuletzt ist die „Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.“ zu nennen, die sich um eine Vielzahl verbraucher:innenpolitischer Themen bemüht, darunter auch das Themenfeld Gesundheit (Hänlein und Schroeder 2010, S. 50–52).

Wie sehr die Interessenverbände mit ihren Anliegen Erfolg haben, hängt maßgeblich von ihrer Konflikt- und Organisationsfähigkeit ab. Die Konfliktfähigkeit meint, wie glaubhaft eine Gruppe mit dem Entzug von wirtschaftlichen oder gesellschaftlich wichtigen Leistungen drohen kann. Je näher Gruppen dabei am Wirtschaftssektor sind, desto stärker ist ihr Einflusspotenzial (Klenk 2018, S. 21–22). Patient:innengruppen haben dabei kaum Drohpotenzial. Die Organisationsfähigkeit meint, dass je kleiner und homogener eine Gruppe ist, desto besser sind die Interessen umzusetzen. Auch dies ist bei Patient:innenverbänden eher weniger der Fall (Olsen 1986 zitiert nach Klenk 2018, S. 21). Eine weitere **Problematik in der Patient:innenvertretung**, die u. a. zu einer Begrenzung der Mitbestimmung führt, ist die fehlende Qualifikation. Die i. d. R. fehlende medizinische oder andere gesundheitswissenschaftliche Bildung erschwert es die eigenen Bedürfnisse gegenüber den fachlichen Entscheidungstragenden zu verteidigen. Zudem kann eine mögliche Haftung, die mit einer Entscheidungskompetenz einhergeht, Patient:innen von der Beteiligung abschrecken. Dabei wäre die Sichtweise und mehr Aktivierung von Patient:innen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens erforderlich. Der kontinuierliche notwendige Weiterentwicklungsprozess kann durch die Einbindung von Patient:innenerfahrung sinnvoller gestaltet werden. Doch bisher kommen in vielen Entscheidungsebenen den Patient:innen nur Präsenz- und Diskussionsrechte zu. Durch gezielte Bildungsangebote könnten die Patient:innen und Bürger:innen eine partizipationsfähige Position erlangen und ihr Selbstbestimmungsrecht ausweiten. Insgesamt kann die Erfahrung der Patient:innen

und ihre Interessenvermittlung dazu beitragen die Ressourcen im Gesundheitssystem effektiver einzusetzen und eine höhere Akzeptanz für die Gesundheitsziele erreichen (Dierks 2019, S. 1114–1115).

3.3 Phasen des Gesetzgebungsprozesses

Interessenvermittlung kann grundsätzlich in allen Phasen des politischen Prozesses stattfinden, demnach auch in der Phase der Politikformulierung durch Einfluss im Parlament, im Regierungsbereich und in den Ministerien (Klenk 2018, S. 21 m.w.N.). Um näher auf die Einflussnahme in der Politikformulierung einzugehen, werden folgend die drei Phasen des Gesetzgebungsprozesses in Deutschland, die vorparlamentarische, parlamentarische und nachparlamentarische Phase (Vedder und Veit 2019, S. 160), dargestellt in Abbildung 4, oberflächlich beschreiben und näher auf die Bedeutung der öffentlichen Anhörungen in Fachausschüssen eingegangen.

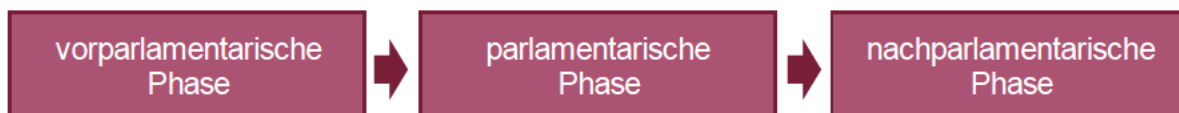


Abbildung 4: Phasen der Gesetzgebung, eigene Darstellung nach Vedder und Veit 2019, S. 160

In der **vorparlamentarischen** Phase werden Gesetzesinitiativen durch die Bundesregierung, den Bundesrat oder aus der Mitte des Bundetags durch mindestens eine Fraktion oder fünf Prozent der Abgeordneten eingebracht. Vorher wird ein erster Entwurf des Gesetzes im federführenden Ministerium und dort im zuständigen Referat vorbereitet. Der daraus entstehende „Referentenentwurf“ wird mit den anderen betroffenen Ministerien abgestimmt (Ressortabstimmung). Neben den Ressorts und den weiteren verpflichtenden Instanzen werden auch andere Akteur:innen wie Länder, kommunale Spitzenverbände, Fachkreise und Verbände konsultiert. Über Zeitpunkt und Umfang der Beteiligung von Verbänden und Fachkreisen entscheidet das federführende Ministerium, so ist es in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien beschrieben. Die Ministerialbeamt:innen sind deshalb wichtige Ansprechpersonen für die Verbände, um ihre Interessen einzubringen. Gleichzeitig können die Beamt:innen durch diesen Austausch wichtige Informationen über die Akzeptanz des Gesetzesvorhaben gewinnen. Durch diesen gegenseitigen Austausch wird ein Entwurf früh „verbandesfest“ gemacht. Stellungnahmen aus diesem Austausch werden in den meisten Fällen nicht publiziert, wodurch das Verfahren der Gesetzesvorbereitung intransparent ist, obwohl bereits wichtige Kompromisse ausgehandelt und Vorentscheidungen getroffen wurden. Anschließend gelangen die Gesetzentwürfe üblicherweise ins Kabinett, wenn dort entsprechende Lösungen für Konflikte gefunden wurden, gilt das Gesetz als „kabinettsreif“ (Vedder und Veit 2019, S. 160–162 m.w.N.).

In der **parlamentarischen** Phase wird ein Gesetzentwurf weiter verändert und so vorbereitet, dass im Bundestag darüber abgestimmt werden kann. Liegt ein Regierungsentwurf vor, ist der Bundesrat der formal erste Akteur in den Verhandlungen, außer der Entwurf stammt aus dem Bundesrat. Üblicherweise wird der Gesetzentwurf, die Stellungnahme des Bundesrats und ggf. die Gegenäußerung der Bundesregierung anschließend dem Bundestag vorgelegt. Dort findet die erste von drei öffentlichen Plenarsitzungen (Lesungen) statt. I.d.R. wird danach der Gesetzentwurf an die Fachausschüsse überwiesen, diese sind nach den Mehrheitsverhältnissen des Bundestags mit den Abgeordneten der Fraktionen besetzt. In den Fachausschüssen wird der Entwurf beraten und ggf. werden öffentliche Anhörungen mit Sachverständigen durchgeführt (Vedder und Veit 2019, S. 162–164).

In **öffentlichen Anhörungen** können die Abgeordneten Expert:innen und Regelbetroffene befragen, um die eigenen Standpunkte zu erläutern und argumentative sowie rechtfertigende Unterstützung zu erlangen. Dabei werden im Wechsel Fragen gestellt und Antworten gegeben. Dadurch können die Abgeordneten in einer späten Phase des Entscheidungsprozesses ihre wichtigsten Aussagen für oder gegen bestimmte Regelungen gegenüber der Öffentlichkeit und den politischen Gegner:innen darlegen. Um sich in diesem Wettbewerb optimal zu präsentieren, laden die Abgeordneten ihre wichtigsten Ansprechpartner:innen ein. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass bei den öffentlichen Anhörungen die Verbände und Personen eingeladen werden, die für das Gesetzesvorhaben als fachlich kompetent angesehen werden und/oder bereits eine wichtige Rolle bei vorangegangenen Entscheidungsprozessen hatten. Üblicherweise folgen die Verbände und Personen der Einladung zur Anhörung, da es auch in ihrem Interesse liegt, ihre Meinung öffentlich zu präsentieren. Insgesamt kann dadurch angenommen werden, dass die öffentlichen Anhörungen in ihrer Zusammensetzung und in den Argumentationen die informellen staatlichen-verbandlichen Verhandlungen und Ausarbeitungen der parlamentarischen Phase teilweise spiegeln. Öffentliche Anhörungen sind damit ein komprimiertes und formalisiertes Abbild, der Debatten zwischen Staat und Verbände im jeweiligen Entscheidungsprozess. In der Gesundheitspolitik ist es geübte Praxis zu den Anhörungen einen breiten Kreis an Verbänden aus dem Gesundheitswesen einzuladen. In der Geschäftsordnung des Bundestags stellt das Minderheitsrecht sicher, dass zu allen wesentlichen Initiativen öffentliche Anhörungen durchgeführt werden. Die Fraktionen haben das Recht bei der Einladungsliste denjenigen Anteil an Sachverständigen einzuladen, der ihrem Stimmanteil im Parlament gleicht. Damit ist die Zusammensetzung der Sachverständigen auch ein Abbild der interessenpolitischen Pluralität des Politikfeldes. In der Gesundheitspolitik wird häufig von dem Kontingent nach Stimmanteil abgewichen, da oft Einigkeit zwischen Fraktionen über die einzuladenden Verbände besteht. Die Verbände, die am häufigsten eingeladen werden oder die meisten Fragen erhalten, werden demnach von mehreren Fraktionen als politisch wichtig

wahrgenommen (Winter 2014, S. 194–196 m.w.N.). Die Vielstufigkeit des gesamten Verfahrens erschwert es Interessensgruppen ihre Interessen unverändert in einen Gesetzentwurf einzubringen. Schließlich sind öffentliche Anhörungen auch ein Ausgleich unterschiedlicher Interessen und die Vereinigung unterschiedlicher Positionen, (Mai 2018, 11). Schließlich würde sich auch die Legitimation von getroffenen Regelungen erhöhen, wenn sie mit den Betroffenen getroffen wurden (Mai 2016 zitiert nach Mai 2018, S. 11).

Weiter in der **parlamentarischen Phase** werden in der zweiten Lesung die Ergebnisse der Fachausschüsse und damit der öffentlichen Anhörungen im Plenum diskutiert. Gibt es Unstimmigkeiten und/oder konkrete Änderungsvorschläge durch die Plenumsdebatte, werden diese mit dem Entwurf zurück an die Fachausschüsse übergeben. Wenn der Gesetzentwurf nicht weiter strittig ist, kann ein Antrag beschlossen werden, um direkt die Abstimmung über den Entwurf durchzuführen. Bei einer mindestens einfachen Mehrheit wird das Gesetz an den Bundestag weitergegeben. Andere Regeln gelten bei Verfassungsänderungen. Wenn das Gesetz beschlossen wurde, wird dieses von dem:der Bundespräsident:in ausgefertigt und im Bundesgesetzblatt verkündet. Im engeren Sinne ist damit der Gesetzgebungsprozess beendet (Vedder und Veit 2019, S. 162–164).

In der **nachparlamentarischen** Phase finden dann die Umsetzung, Konkretisierung und ggf. Nachbesserung des Gesetzes durch die Exekutive und Judikative statt. Im Gesetzesvollzug entfaltet ein Gesetz erst die tatsächliche Wirkung (Treiber 2010 zitiert nach Vedder und Veit 2019, S. 164–165).

3.4 Überblick Krankenhauszukunftsgesetz

Ein Gesetz, welches sich in der nachparlamentarischen Phase befindet und als Fallbeispiel dieser Arbeit verwendet wird, ist das **KHZG**. In der ersten Lesung im Bundestag zum KHZG betonte der Bundesgesundheitsminister der 19. Legislaturperiode, dass die Entscheidung der Koalition zum ersten Mal mit dem Schwerpunkt Digitalisierung wieder in die Krankenhäuser zu investieren, ein klares Bekenntnis dazu sei, dass die Digitalisierung für die Gesundheit der Patient:innen einen Unterschied machen könne. Es sei keine abschließende oder allumfassende Lösung für die Strukturfragen der deutschen Krankenhauslandschaft. Es ginge um schnelle Investitionen in Geräte, Ausstattungen und leichte bauliche Veränderungen, weil gerade in der Pandemie deutlich wurde, dass Digitales in allen Lebensbereichen wie selbstverständlich dazugehöre (Spahn 2020).

Am 14. September 2020 wurde im Gesundheitsausschuss der 19. Wahlperiode das KHZG in öffentlicher Anhörung thematisiert (Deutscher Bundestag 2020). Der Gesetzentwurf von

CDU/CSU und SPD beinhaltet neben dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ **weitere Regelungen** in den Bereichen Mindestvorgaben der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser, finanzielle Unterstützung aufgrund der Folgen der Corona-Pandemie für die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige, Verlängerung des Kinderzuschlags und Regelungen für pflegende Beschäftigte (BT-Drs. 19/22126, S. 3–4). Innerhalb dieser Arbeit wird mit „KHZG“ nur das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ gemeint.

Im Gesetzentwurf des KHZG wird **die Notwendigkeit des Investitionsprogramms** u. a. darin begründet, dass dadurch der Investitionsstau der Krankenhäuser erheblich abgebaut werden könne. Die Patient:innenversorgung in den Krankenhäusern sei sowohl für die Bewältigung der Corona-Pandemie als auch für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung zentral. Die Regelungen im „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ sollen die Länder mit einem geringen Kofinanzierungsanteil anreizen, stärker in Digitalisierung, regionale Versorgung und ländliche Krankenhausstrukturen zu investieren. Dadurch trage das Investitionsprogramm dazu bei, die gleichwertigen Lebensverhältnisse innerhalb Deutschlands zu stärken. Eine zukunftsgewandte wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und eine bessere, qualitative Versorgung von Patient:innen würde maßgeblich durch Digitalisierung sowie Innovation erreicht werden. Ein Beispiel wäre, dass die Leistungserbringenden mehr Zeit durch die Digitalisierung erlangen könnte, die dann für die individuelle Betreuung der Patient:innen zur Verfügung stehe (BT-Drs. 19/22126, S. 28–37).

Am 29. Oktober 2020 ist das KHZG in Kraft getreten. Dafür stellt der Bund ab dem 01. Januar 2021 aus den Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds 3 Milliarden Euro zur Verfügung. Zusätzlich sollen die Länder und/oder die Krankenhaustragenden 30 % der jeweiligen Investitionskosten übernehmen, was bis zu 1,3 Milliarden Euro entspricht. Insgesamt wurde damit der KHZF von insgesamt bis **4,3 Milliarden Euro** Fördervolumen beim BAS eingerichtet. Nicht beantragte Bundesmittel werden bis Ende 2023 an den Bund zurückgeführt (BMG 2021a).

Seit dem 2. September 2020 konnten die Krankenhäuser die Vorhaben starten und sollten diese bis Ende 2024 umgesetzt haben. Ab Inkrafttreten des Gesetzes konnten die Krankenhäuser ihre Bedarfsmeldungen an die Länder stellen. Bis zum 31. Dezember 2021 haben dann die Länder die Förderanträge an das BAS gestellt. Für die Evaluierung wurde bzw. wird der Stand der Digitalisierung der Krankenhäuser am 30. Juni 2021 und 2023 gemessen (BMG 2021a). Unabhängig davon, ob Krankenhäuser eine Förderung bekommen haben, müssen die Krankenhäuser mit unzureichender Digitalisierung ab dem 01. Januar 2025 Strafzahlungen

leisten (BT-Drs. 19/2212, S. 23). Die ausgewählten **zeitliche Daten** sind in Abbildung 5 zusammengeführt.

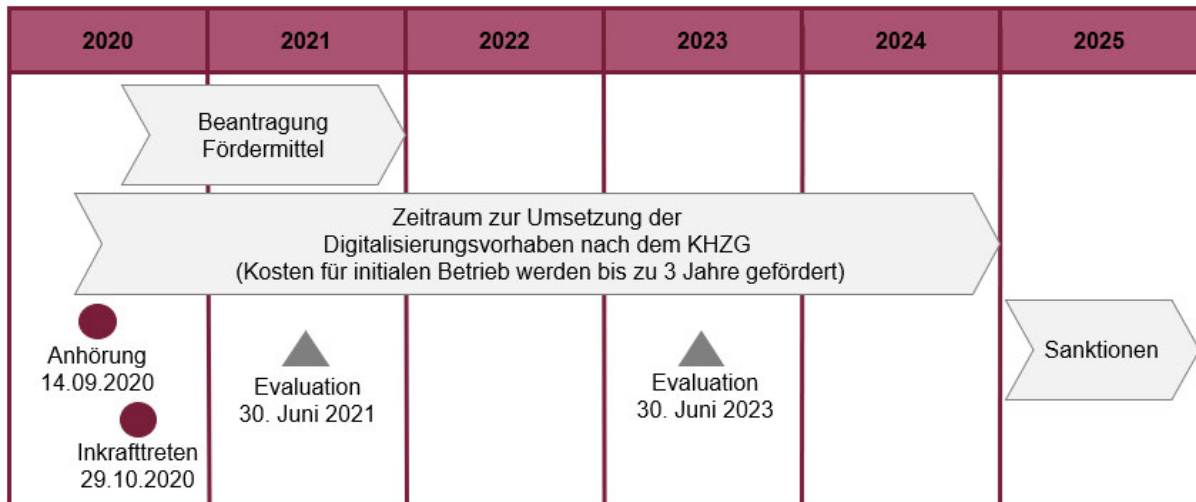


Abbildung 5: Ausgewählte zeitliche Daten KHZG, eigene Darstellung nach BMG 2021a

Die förderungsfähigen Vorhaben sind in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) konkret vorgegeben. Genauer werden sie in § 19 Abs. 1 Satz 1 KHSFV beschrieben und lassen sich in elf **Fördertatbestände** (FTB) gliedern, die auch länderübergreifende Vorhaben einschließen und in der

dargestellt sind. Bei der Auswahl der Schwerpunkte wurden Aspekte berücksichtigt, die einen möglichst großen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung der Patient:innen erzielen können. Ausgewählt wurden Investitionen in moderne Notfallkapazitäten (FTB 1), Systeme zur regionalen Abstimmung des Leistungsangebotes und Cloud-Computing Systeme (FTB 7), Versorgungsnachweissysteme (FTB 8), telemedizinische Netzwerkstrukturen und Robotik-Systeme (FTB 9), Maßnahmen zur IT-Sicherheit (FTB 10) und Anpassungen von Patient:innenzimmer an eine epidemische Lage (FTB 11). Weiterhin wurden in FTB 2 bis 6 Investitionen aufgeführt, die sich an einem typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthaltes von Patient:innen orientieren und die Teilprozesse Aufnahme, Behandlung und Entlassung gezielt fördern (BT-Drs. 19/22126, S. 12–49).

Eben diese nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 KHSFV beschriebenen FTB müssen von allen Krankenhäusern, unabhängig einer Förderung, bis Ende 2024 umgesetzt werden. Sonst werden **Abschläge** in einer Höhe von bis zu 2 % ihrer DRG-Erlöse vereinbart. Für die Konkretisierung der Bestimmung der Abschlaghöhe wird ein Stufenmodell entwickelt (BT-Drs. 19/22126 S. 23).

1	Anpassung der (informations-)technischen Ausstattung der Notaufnahme an aktuellen Stand der Technik	Sanktioniert
2	Patient[:inn]enportale	
3	Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation	
4	Teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme	
5	Digitales Medikationsmanagement	
6	Digitale Leistungsanforderungsprozess	
7	Leistungsabstimmung und Cloud-Computing Systeme	
8	Digitales Versorgungsnachweissystem für Betten zur Zusammenarbeit zwischen Versorgungseinrichtungen	
9	Informations-/kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen und telemedizinische Netzwerke	
10	IT-Sicherheit	
11	Anpassung von Patient[:inn]enzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Epidemie	

Abbildung 6: Übersicht der Fördertatbestände im KHZG, eigene Darstellung nach § 19 Abs. 1 KHSFV

In der „Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patient[:innen] nach § 21 Absatz 2 KHSFV“ des BAS sind die einzelnen FTB konkret erklärt und entsprechende **Muss- und Kann-Kriterien** für die Vorhaben aufgeführt. Beispielhaft ist in Tabelle 1 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** eine Übersicht der Muss- und Kann-Kriterien für FTB 6 gegeben. Um einen förderfähigen Antrag, für beispielsweise FTB 6 zu stellen, muss das Vorhaben u. a. alle Muss-Kriterien in voller Gänze erfüllen. Das Vorhaben kann sich dabei aus mehreren unterschiedlichen Anwendungen zusammensetzen, die als vollintegriertes, interoperables Maßnahmenbündel verstanden werden. Neben den Muss-Kriterien sind weitere Anforderungen in der Förderrichtlinie des BAS bzw. gemäß § 19 KHSFV vorgegeben, die die Förderfähigkeit der Vorhaben bedingen, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird, da es überwiegend um technische Standards handelt. Ein Aspekt sei aber noch zu erwähnen: Bei allen Vorhaben müssen mind. 15 % der Mittel für die Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt werden (BAS 2021, S. 1–40).

Bis zur Frist der Antragsstellung wurden beim BAS insgesamt **3.041.787.992 Euro beantragt**, die sich auf **6.330 Anträge** verteilen (BAS 2022, S. 2). Die Menge an Anträgen ist nach Bundesländern und FTB sehr unterschiedlich, wie in Tabelle 2 und der Farbskala „dunkelrot = meiste Anträge“ und „grau = keine Anträge“ zu erkennen ist. Nach Bundesländern hat Bayern mit 1.467 die meisten Fördervorhaben geplant und Bremen mit 40 die wenigsten. Die meisten Förderanträge betreffen FTB 3 (1.533 Anträge) und FTB 2 (1.130 Anträge). FTB 8 (26 Anträge) und FTB 11 (9 Anträge) werden weniger stark adressiert.

Tabelle 1: Beispiel für Muss- und Kann-Kriterien FTB 6, eigene Darstellung nach BAS 2021, S. 28

Muss-Kriterien FTB 6 Eine digitale Leistungsanforderung muss:
Terminmanagement als Teil der Leistungsanforderung berücksichtigen
Es den Ärzt[:innen] ermöglichen, Leistungen digital und sicher im Krankenhausinformationssystem/Klinischen Arbeitsplatzsystem anfordern zu können
Es den Ärzt[:innen] ermöglichen, dass die Rückmeldungen hinsichtlich angeforderter Leistungen digital und sicher im System stattfinden und in die digitale krankenhauserne Patient[:innen]akte aufgenommen werden
Es den Ärzt[:innen] ermöglichen, eine Übersicht über alle bereits angeforderten Leistungen zu erhalten
Es den Ärzt[:innen] ermöglichen, standortunabhängig die jeweiligen Daten einsehen zu können
Eine korrekte Zuordnung der Befundergebnisse zu den jeweiligen Patient[:innen] und den krankenhausernen Patient[:innen]akte gewährleisten
Eine unbeabsichtigte Doppelanforderung durch geeignete Warnhinweise vermeiden
Es den Ärzt[:innen] ermöglichen, Termine an die Patient[:innen] weiterzuleiten
Eine Terminänderung automatisch an die Ärzt[:innen] und Mitarbeitenden übermitteln
Kann-Kriterien FTB 6 Eine digitale Leistungsanforderung kann:
Eine rechtskonforme Archivierung von Bildern und Befunden gewährleisten
Es den Ärzt[:innen] ermöglichen, den Status der Anforderung nachzuverfolgen

Tabelle 2: Statistik KHZG, Stand 01.01.2022, eigene Darstellung nach BAS 2022, S. 2

Bundesland	Anzahl Anträge § 21 Abs. 4 Nr. 1 Alt. 1 KHSFV	Anzahl Anträge nach Antragsgegenstand § 21 Abs. 4 Nr. 1 Alt. 2 KHSFV										
		FTB 1	FTB 2	FTB 3	FTB 4	FTB 5	FTB 6	FTB 7	FTB 8	FTB 9	FTB 10	FTB 11
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Baden-Württemberg	663	38	116	147	55	104	75	16	3	21	91	0
Bayern	1.467	80	234	311	99	209	140	22	1	58	314	0
Berlin ¹	179	11	40	47	22	26	9	3	1	13	8	0
Brandenburg	227	18	45	52	22	34	17	2	0	11	26	0
Bremen	40	1	7	11	2	9	8	0	0	0	2	0
Hamburg	100	5	18	27	10	17	9	2	0	2	10	0
Hessen	512	27	104	120	48	88	52	15	2	13	42	4
Mecklenburg-Vorpommern	94	16	3	35	0	0	0	0	3	19	18	0
Niedersachsen	723	46	137	177	64	110	46	36	3	41	63	0
Nordrhein-Westfalen	1.159	101	195	308	98	164	89	31	3	61	91	4
Rheinland-Pfalz	271	15	48	59	18	39	37	1	3	12	38	0
Saarland	77	2	14	16	7	12	10	1	1	5	9	0
Sachsen	77	17	61	74	36	63	35	10	1	4	22	0
Sachsen-Anhalt	127	0	40	55	42	2	1	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	224	18	46	57	16	41	17	10	5	9	25	1
Thüringen	116	0	22	37	11	19	8	2	0	1	16	0
Gesamt²	6.330	395	1.130	1.533	550	937	553	151	26	270	775	9

¹⁾ Länderübergreifende Vorhaben inkludiert (nur Anträge in Berlin - jeweils ein Antrag in den FTB2 bis FTB 6 und FTB 10)

²⁾ Summen haben Abweichungen, da einige Anträge mehrere Antragsgegenstände betreffen

4 Methodik

Vor diesem Hintergrund ergab sich die Forschungsfrage, der mit einem qualitativem Forschungsansatz nachgegangen wird. Die offene Forschungsfrage ermöglicht durch einen qualitativen Ansatz eine hohe Flexibilität in der Erkenntnisgewinnung. Es wird qualitativ gearbeitet, indem wenige Untersuchungseinheiten im natürlichem Umfeld mit teilstrukturierten Datener-

hebungsmethoden detailliert erfasst und anschließend interpretativ und umfassend ausgewertet werden (Döring und Bortz 2016, S. 184–185). Im Folgenden wird die Datenerhebung sowie das analytische Vorgehen bei der Datenauswertung beschrieben.

4.1 Qualitative Dokumentenanalyse

Eine qualitative Dokumentenanalyse kann verstanden werden als eine Datenerhebungsmethode, bei der zielgerichtet, systematisch und regelgeleitet vorgefundene textuelle, verbalschriftliche oder nicht-schriftliche Dokumente als Manifestation menschlichen Erlebens und Verhaltens gesammelt, archiviert und ausgewertet werden (Döring und Bortz 2016, S. 540).

Die Definition von „Dokumenten“ ist kontextgebunden unterschiedlich. Unter anderem sind sie Artefakte kommunikativer Praxis und bieten damit eine Datenbasis für sozialwissenschaftliche Interpretationen (Salheiser 2019, S. 1120 m.w.N.). In dieser Arbeit werden Dokumente als natürliche Daten, die in schriftlicher Form als Text vorliegen, verstanden (Salheiser 2019, S. 1119). Nach der Wortherkunft aus dem lateinischen „docere“ sind „Dokumente“ etwas „wodurch man etwas lehren, woraus man etwas schließen kann“ (Kluge 2002, S. 208 zitiert nach Hoffmann 2018, S. 99). In den Bildungs- und Sozialwissenschaften wird der Begriff „Dokumente“ primär nach diesem Verständnis gebraucht (Hoffmann 2018, S. 99).

Unterschieden können Dokumente beispielsweise nach der Form. Diese kann textuell, verbalschriftlich, visuell, audiovisuell oder multimedial sein. Zusätzlich können Dokumente sich in der Zugänglichkeit unterscheiden. Öffentliche Dokumente sind frei zugänglich, während bei privaten Dokumenten die Zustimmung der Produzierenden oder Besitzenden notwendig ist, um an die Dokumente zu gelangen und diese anschließend zu nutzen. Daneben kann zwischen persönlichen und offiziellen Dokumenten unterschieden werden. Während persönliche Dokumente der intra- und interpersonalen informellen Kommunikation entstammen, dienen offizielle Dokumente der formalen Kommunikation von Organisationen (Döring und Bortz 2016, S. 533–535). Eine ähnliche Einteilung findet sich in der sozialwissenschaftlichen Literatur, wo in offizielle Dokumente bzw. Publikationen, interne Dokumente aus öffentlichen/staatlichen Verwaltungsorganisationen sowie privaten Unternehmen/Organisationen und Egodokumente, also persönlichen Unterlagen, unterschieden wird (Salheiser 2019, S. 1119). Bei den verwendeten Stellungnahmen dieser Arbeit handelt es sich um textuelle, öffentliche und offizielle Dokumente.

Typischerweise wird bei qualitativen Dokumentenanalysen mit sehr kleinen Stichproben gearbeitet. Die Struktur der Stichprobe wird entweder vorab bewusst ausgewählt, wie in dieser

Arbeit, oder bis zum Erreichen einer theoretischen Sättigung ausgeweitet. Die Dokumentenanalyse ist ein nonreaktives Verfahren der Datenerhebung, da die Dokumente unabhängig vom Forschungsprozess erstellt wurden (Döring und Bortz 2016, S. 533–340). Die Dokumente sind demnach ohne Intervention oder Beteiligung der Forschenden entstanden (Salheiser 2019, S. 1119).

Eine Dokumentenanalyse eignet sich u. a. für Forschungsthemen deren Sachverhalte sich systematisch in den Dokumenten wiederfinden oder auch für Forschungsthemen, in denen soziale Gebilde z. B. Institutionen im Fokus stehen und Dokumente eine wichtige Datenquelle darstellen (Döring und Bortz 2016, S. 537). Ziel einer Dokumentenanalyse kann sein „Interaktionsmuster, institutionellen Handlungskontexte sowie Wertorientierungen oder Meinungen von Individuen oder Gruppen aufzudecken“ (Best 1977, S. 162 zitiert nach Salheiser 2019, S. 1119–1120).

Ziel dieser Arbeit ist die Ermittlung des Vorkommens von Patient:inneninteressen in den Stellungnahmen von Verbänden im Gesetzgebungsprozess zum „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ im KHZG. In Kapitel 3.3 wurden die öffentlichen Anhörungen beschrieben, in denen Verbände durch Stellungnahmen ihre Meinung zum Gesetzgebungsprozess einbringen können. Einzelsachverständige, die auch als einzelne Verbandsverter:innen geladen waren, werden nicht in die Analyse einbezogen, da die Interessenbindung im Einzelfall nicht nachvollziehbar ist (Winter 2014, S. 198). Um die Positionierungen mehrerer Akteur:innen zu dem eben genannten Forschungsvorhaben zu analysieren, wird die Dokumentenanalyse der Stellungnahmen als passende Datenerhebungsmethode gewählt. Systematisch werden die Stellungnahmen aus der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages der 19. Wahlperiode zum KHZG (BT-Drs. 19/22126) vom 14. September 2020 einbezogen (Deutscher Bundestag 2020).

Insgesamt ergeben sich 17 Stellungnahmen, die für die Untersuchung des Forschungsgegenstandes relevant sind. Die entsprechenden Verbände mit einem Verweis zum pdf-Dokument, dem Datum der Fassung sowie Seitenzahl sind in der folgenden Tabelle 3 in alphabetischer Reihenfolge nach Name der Verbände gelistet.

Tabelle 3: Übersicht über die einbezogenen Verbände und Stellungnahmen, eigene Darstellung

Nr.	Akteur:innen	Datum/ Seitenzahl	Verweis zum pdf-Dokument
A	B	C	D
01	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)	14.08.2020 3 Seiten	https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/2020814_AWMF_Stellungnahme_Krankenhauszukunftsgesetz_fin.pdf
02	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)	10.09.2020 3 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/792072/223bc0368c78b9241964dc/b9ce3df022/19_14_0203-19-_bvki_KHZG-data.pdf
03	Bundesärztekammer (BÄK)	07.09.2020 13 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/790672/11f1e74f43c9c2f5e489b553897103b3/19_14_0203-2-_BAeK_KHZG-data.pdf
04	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)	08.09.2020 15 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/791678/b07af91dcf1f3a4e6f493599f1b2057e/19_14_0203-6-_BDPK_KHZG-data.pdf
05	Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)	14.08.2020 11 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/790674/48339450000c74fae636cb14d7dbd3d5/19_14_0203-1-_bvitg_KHZG-data.pdf
06	Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)	08.09.2020 6 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/791672/13687dbd2fc846906161c06f33e5efdf/19_14_0203-8-_BVMed_KHZG-data.pdf
07	Deutsche Hochschulmedizin e. V. (DHM)	08.09.2020 13 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/791676/d5d1b956f78569a1f3e6e41c967b318b/19_14_0203-7-_VUD_KHZG-data.pdf
08	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)	08.09.2020 38 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/791662/1f1e5c92725a466f58b6ab0f413fefbb/19_14_0203-14-_DKG_KHZG-data.pdf
09	Deutscher Landkreistag e. V. (DLT)	08.09.2020 2 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/791668/60528295182e9a57dac6397a4137bc22/19_14_0203-9-_Bvkom_KHZG-data.pdf
10	Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)	06.08.2020 3 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/791674/3204c9eaa473bfca5c44fedc842990fa/19_14_0203-4-_DPR_KHZG-data.pdf
11	GKV-Spitzenverband/Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	10.09.2020 68 Seiten	https://www.bundestag.de/resource/blob/792074/1604cd790fad88bb67407a484cf6dd6f/19_14_0203-17-1-_GKV-Spitzenverband_KHZG-data.pdf

12	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	08.09.2020 5 Seiten	https://www.bundestag.de/re-source/blob/791670/95a3a98d5676d3a8153f0a2421ba015f/19_14_0203-10- KBV KHZG-data.pdf
13	Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V. (kkvd) und Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas)	07.09.2020 12 Seiten	https://www.bundestag.de/re-source/blob/791664/88f051415412818fb5e62c2fb3ccea85/19_14_0203-11- kkvd KHZG-data.pdf
14	Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)	14.08.2020 9 Seiten	https://www.filrcastr.de/data/712zq6/2315/2020-08-14_VdK_STN_RefE_Krankenhauszukunftsgesetz.pdf
15	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)	08.09.2020 18 Seiten	https://www.bundestag.de/re-source/blob/792076/cefd478d838ef35136cb570c461c9a17/19_14_0203-16- SpiFa KHZG-data.pdf
16	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)	10.09.2020 9 Seiten	https://www.bundestag.de/re-source/blob/792062/9969a20224c736cc81f1bde441593d61/19_14_0203-15- PKV KHZG-data.pdf
17	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	08.09.2020 9 Seiten	https://www.bundestag.de/re-source/blob/791666/f92e41d0e8bbec76e76393b4292ccb6f/19_14_0203-12- ver-di KHZG-data.pdf

Zur Nachvollziehbarkeit wird in Tabelle 4 das systematische Vorgehen zur Auswahl und Sammlung der Dokumente näher erläutert.

Tabelle 4: Vorgehen bei der Dokumentenauswahl, eigene Darstellung

Nr.	Beschreibung der Durchführung in entsprechender Phase	Anzahl Stellungnahmen/ Akteur:innen mit Anmerkungen
A	B	C
1	Überführen der Sachverständigenliste des Gesundheitsausschusses zum KHZG in eine Excel-Tabelle	36 eingeladene Sachverständige (Deutscher Bundestag 2020).
2	Matching der Stellungnahmen mit Sachverständigenliste Aufnehmen von nicht gelisteten Sachverständigen	22 Stellungnahmen (Deutscher Bundestag 2020); darunter vier Dokumente von nicht gelisteten Sachverständigen → 36+4 = 40 eingeladene oder durch Stellungnahme verlinkte Sachverständige

3	<p>Entfernung von Einzelsachverständigen</p> <p>Zusammenfassung von doppelten Stellungnahmen gleicher Sachverständiger</p>	<p>33 Verbände, 20 verlinkte Stellungnahmen, jeweils zwei Stellungnahmen des GKV-SV und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege</p> <p>→ 33 Verbände</p> <p>→ 18 verlinkte Stellungnahmen</p>
4	<p>Recherche über Homepage der Verbände nach Stellungnahmen</p> <p>(A) Suche mit Begriffen „Stellungnahme UND KHZG ODER Krankenhauszukunftsgesetz ODER Zukunftsgesetz ODER Zukunftsprogramm Krankenhäuser ODER Digitalisierung Krankenhäuser“</p> <p>(B) Wenn vorhanden, Durchsuchen des Pressearchives nach Stellungnahmen mit oben genannten Suchbegriffen</p> <p>Wenn keine Ergebnisse: Suche über „Ecosia“ nach „[Name Verband] UND [oben genannte Suchbegriffe]“</p>	<p>19 Stellungnahmen über manuelle Internetsuche gefunden. Vier Stellungnahmen nicht auf der Seite des Bundestags mit dem offiziellen Namen des Verbands verlinkt: AWMF.; kkvd; VdK; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)</p> <p>Von drei Akteur:innen konnten keine Stellungnahmen über die eigene Internetsuche gefunden werden: DPR.; DHM.; DLT</p> <p>→ 15 (gleiche Verbände) + 4 (Internetsuche) + 3 (nur Bundestag) = 22 Stellungnahmen</p>
5	<p>Zusammenführen von Verbänden mit gemeinsamer Stellungname</p> <p>Bündelung von Verbänden in Dachorganisation, wenn Stellungnahme im Namen der Dachorganisation</p>	<p>Caritas (nicht gelistet) und kkvd (gelistet) zusammengeführt</p> <p>DHM (nicht gelistet) = VUD (gelistet) und dem Medizinischen Fakultätstag e. V. (MFT) (nicht gelistet)</p> <p>→ 31 Verbände</p> <p>→ 20 Stellungnahmen</p>
6	<p>Entfernung von gelisteten Verbänden, von denen keine verlinkt oder nach Nr. 4 gefundene Stellungnahme vorliegt</p>	<p>Elf Verbände ohne Stellungnahme: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.; Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser; Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe</p>

		Bundesverband e. V.; Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.; G-BA; Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH; Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. → 20 Verbände
7	Vergleich der verlinkten mit manuell gefundenen Stellungnahmen → Überführung der nach Datum aktuellsten Version in Excel	15 (doppelt vorliegende Stellungnahmen) + 2 (nur Internetsuche) + 3 (nur beim Bundestag verlinkt) = 20 Stellungnahmen → 20 Verbände und Stellungnahmen
8	Lesen der Stellungnahmen, ob sie das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ betreffen Aussortieren der Stellungnahmen, die andere Themen des KHZG betreffen	Drei Verbände aussortiert (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege; Bundespsychotherapeutenkammer) → 17 Verbände und Stellungnahmen

4.2 Datenauswertung

Entsprechend der Forschungsfrage werden die Stellungnahmen qualitativ-interpretativ mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein datengesteuertes Verfahren, dass sich auf verschiedene Arten von Dokumenten anwenden lässt. Übergeordnet ist hierbei das Ziel, durch Kodierung latente und manifeste Bedeutung der Dokumente herauszuarbeiten (Döring und Bortz 2016, S. 542). Ebenfalls eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse, da eine lokale Diskurskultur bzw. Diskursordnung thematisiert wird (Bauriedl 2007 zitiert nach Hoffmann 2018, S. 74). Grundsätzlich werden bei einer qualitativen Inhaltsanalyse Kategorien regelgeleitet zu konkreten Textstellen zugeordnet. Die Kategorien können induktiv am Material entwickelt oder deduktiv vorab aufgestellt werden (Mayring und Fenzl 2019, S. 636).

Eine solche deduktive Kategorienanwendung wird in dieser Arbeit verwendet, um die vier Teilfragen aus Kapitel 2 auszuwerten. Dieses Verfahren wird auch strukturierende Inhaltsanalyse genannt. In einem Kodierleitfaden werden dafür theoriegeleitet Kategorien festgelegt und anschließend an den Text herangetragen und analysiert (Mayring und Fenzl 2019, S. 638). Vorab

erfolgt die Auswahl des Materials und die Festlegung der Analyseeinheiten (Mayring und Brunner 2006 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 640). Das Vorgehen ist in Abbildung 7 dargestellt. Die Auswahl des Materials wurde in Kapitel 4.1 in

Tabelle 4 beschrieben, die festgelegten Analyseeinheiten sind die 17 Stellungnahmen. Der selbst erstellte Kodierleitfaden kann in drei Teilbereiche unterteilt werden, welche die vier Teilfragen dieser Arbeit (vgl. Kapitel 2) adressieren. Bei der Auswertung wird mit dem Programm Microsoft Excel gearbeitet. Anschließend sollen alle Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden.

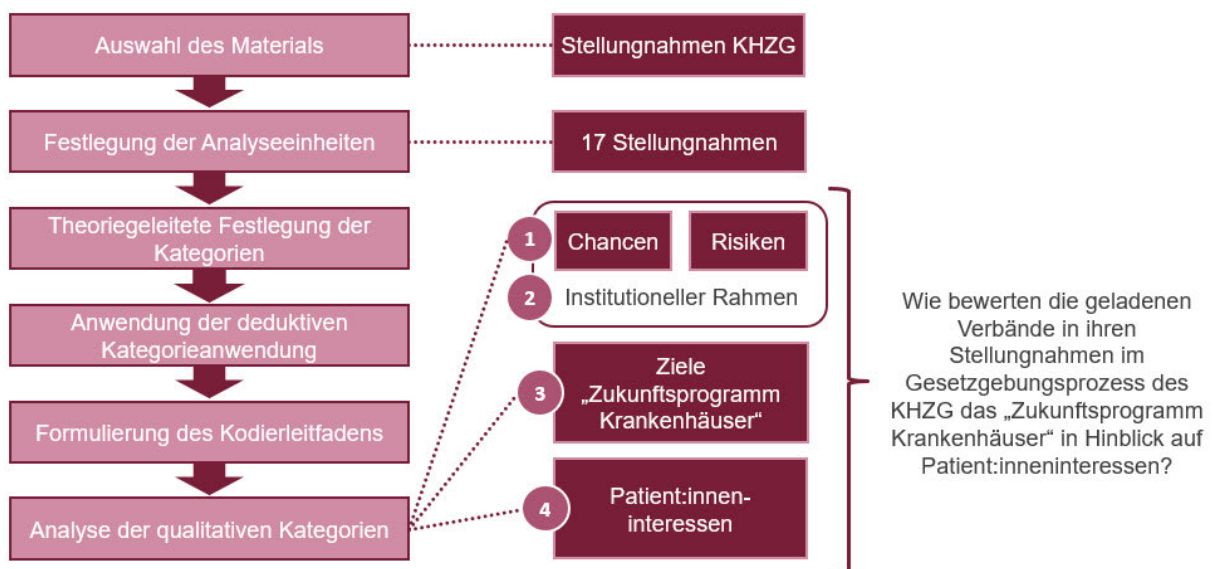


Abbildung 7: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung, eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring und Brunner 2006 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 640

Bei der Auswertung gilt es zu beachten, dass Dokumente mehrere Ebenen haben, wodurch bestimmte Aussagen nicht auf den ersten Blick erfasst werden können (Hoffmann 2018, S. 51). Unterschieden werden eine primäre, manifeste und eine sekundäre, latente Sinnebene. Auf der primären Sinnebene werden relevante Sachverhalte durch die Darstellung und Bewertung der Autor:innen beschrieben, die von Forschenden unmittelbar erfasst und interpretiert werden können. Auf der sekundären Sinnebene müssen Inhalte erst durch den Text erschlossen werden (Salheiser 2019, S. 1121). Dabei müssen vor allem Entstehungshintergründe und Verwendungszusammenhänge betrachtet werden (Hoffmann 2018, S. 51–52). Strukturierte und zusammenfassende inhaltsanalytische Auswertungen sind dabei nur zielführend, wenn auch die tieferen Sinnzusammenhänge zwischen Dokument und Umfeld betrachtet werden (Salheiser 2019, S. 1121–1122). Bei sozialwissenschaftlichen Analysen muss dabei auch reflektiert werden, dass „Dokumente auch immer einen Charakter der institutionellen Zurschau-stellung haben“ (Goffman 1973 zitiert nach Salheiser 2019, S. 1120).

Aus diesem theoretischen Ansatz heraus beschäftigt sich die erste Teilfrage mit den Chancen und Risiken, um zunächst möglichst unvoreingenommen eine Meinung der Verbände zu erfassen. Anschließend wird mit der zweiten Teilfrage die offizielle Zielgruppen- bzw. Interessenwahrnehmung oder -orientierung der Akteur:innen erarbeitet. Dafür wird ergänzend die Satzung der Verbände herangezogen. Wenn keine Satzung gefunden werden kann, wird ergänzend der Internetauftritt dahingehend untersucht. Damit wird das Dokument in den institutionellen Rahmen eingeordnet, um die Textproduktionssituation und Textwirkung festzulegen. Anschließend können daraus Schlussfolgerungen über die inhaltlichen Aussagen getroffen werden (Mayring und Fenzl 2019, S. 636).

Die Kategorien „Chancen“ und „Risiken“ werden nach dem Kodierleitfaden in Tabelle 5 verstanden. Zusätzlich ist dort eine Kategorie für den „institutionellen Rahmen“ vorgesehen.

Tabelle 5: Kodierleitfaden Chancen, Risiken und institutionellen Rahmen, eigene Darstellung in Anlehnung an Ulrich et al. 1985 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 639

Kategorie		Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
	A	B	C	D
Chancen, Risiken, institutioneller Rahmen	Chancen	Faktoren, die auf die Aussicht auf Erfolg bei der Umsetzung (Anders und Watolla 2021, S. 26–27) des KHZG zielen	„Die Förderung von medizintechnischen Investitionsgütern [...] betrachten wir als geeignet, die Krankenhausversorgung in Deutschland zukunftsfähig aufzustellen“ (BVMed 2020, S. 2)	Ausschließlich positive Formulierungen, keine Formulierungen zur Abwendung des Negativen (Anders und Watolla 2021, S. 26–27)
	Risiken	Faktoren, die einen möglichen negativen Ausgang (Nachteile, Verlust, Schäden) bei der Umsetzung (Anders und Watolla 2021, S. 28) des KHZG verursachen	Ein solches Programm wird aber nicht in der Lage sein, die bestehende investive Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu beheben. Hierunter leiden gerade auch die Krankenhäuser außerhalb der Ballungsräume. (DLT 2020, S. 1)	Ausschließlich negative Schilderungen und Befürchtungen, keine Formulierungen des Gegensatzes des Positiven (Anders und Watolla 2021, S. 28)

	Institutioneller Rahmen	Angaben über die institutionelle Interessenvertretung in der Satzung	In § 3 Abs. 1 der Satzung heißt es, dass sich der Verein aus selbständigen, deutschen, wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Medizin zusammensetzt. Weiter heißt es in § 2 Abs. 1 der Satzung, dass die AWMF Interessen der wissenschaftlichen Medizin [...] vertritt. Dafür fördert die AWMF die fächerübergreifende Zusammenarbeit der Mitglieder bei der Wahrnehmung ihre Aufgaben und Ziele (AWMF 2019)	Konkrete Benennung der Mitglieder und des Zweckes bzw. Aufgaben
--	-------------------------	--	---	---

Die Ziele des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“ wurden in dem Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD der 19. Wahlperiode entnommen. Dort heißt es: *„Im Vordergrund steht, die medizinische Versorgung sowie die Souveränität und Selbstbestimmung der Patient[innen] zu verbessern, die hohe Versorgungsqualität langfristig sicherzustellen und gleichzeitig den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern neue Perspektiven zu eröffnen, die sich durch die Digitalisierung ergeben. Insgesamt kann das Gesundheitswesen besser und zukunftsfähig gestaltet werden“* (BT-Drs. 19/22126, S. 1). Der Kodierleitfaden für die Ziele des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“ ist in Tabelle 6 dargestellt. Neben der Identifikation der Positionen werden die Aussagen in drei Bewertungskategorien eingeteilt:

- a. Positive Bewertung = Ziel kann durch das KHZG erreicht werden
- b. Fordernde Bewertung = Zur Zielerreichung sind weitere Anstrengungen notwendig
- c. Negative Bewertung = Ziel kann durch das KHZG nicht erreicht werden

Tabelle 6: Kodierleitfaden Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“, eigene Darstellung in an Ulrich et al. 1985 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 639

Kategorie		Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
A	B	C	D	E
Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“	<u>Medizinische Versorgung</u> der Patient:innen <u>verbessern</u>	Faktoren mit dem Ziel eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung von Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Hebammen, Pflegepersonal ambulant/stationär sicherzustellen (BMG 2021b)	„Digitale Lösungen sind hier ein erster Schritt, der jedoch noch viele Veränderungen nach sich ziehen muss, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung überall in Deutschland sicherzustellen“ (VdK 2020, S. 6)	Benennung der unterstrichenen Schlagworte in einem wertenden Zusammenhang oder Bewertung der Ziele anhand der Definitionen
	<u>Souveränität</u> der Patient:innen <u>verbessern</u>	Faktoren mit dem Ziel, die Transparenz im Behandlungsprozess zu erhöhen, Stärkung und Ausbau gesundheitsbezogener Kompetenzen sowie Rechte der Patient:innen, Verbesserung des Fall- und Beschwerdemanagements (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. 2011)	Kein Beispiel, da bei keiner Stellungnahme zutreffend	

<p><u>Selbstbestimmung</u> der <u>Patient:innen</u> verbessern</p>	<p>Faktoren mit dem Ziel, die Autonomie der Patient:innen zu erhöhen, eigenständige Entscheidungen auf Basis gesicherter und verständlicher Informationen/individuelle Beratung zu treffen (Landesgesundheitskonferenz NRW 2015, S. 10)</p>	<p>Kein Beispiel, da bei keiner Stellungnahme zutreffend</p>	
<p>Hohe <u>Versorgungsqualität</u> <u>langfristig</u> sicherstellen</p>	<p>Faktoren mit dem Ziel die Versorgungsqualität zu erhöhen durch automatisierte Entscheidungsunterstützungssysteme mit Hinweisen und Empfehlungen zur besseren Behandlung, Förderungen der digitalen Aufnahme, Behandlung und Entlassung der Patient:innen (BT-Drs. 19/22126, S. 46–47)</p>	<p>„Um die Vorteile der Digitalisierung langfristig etablieren zu können, bedarf es einer Digitalisierungsstrategie [...]. Eine Verstetigung der Anstrengungen und die kontinuierliche Förderung sind notwendig, um aufgebaute Strukturen auch dauerhaft effektiv zu erhalten“ (DKG 2020, S. 31)</p>	
<p><u>Mitarbeitenden</u> neue <u>Perspektiven</u> eröffnen</p>	<p>Faktoren mit dem Ziel einer Erweiterung der Perspektiven für Mitarbei-</p>	<p>Kein Beispiel, da bei keiner Stellungnahme zutreffend</p>	

		tende im Krankenhaus (BT-Drs. 19/22126, S. 1)		
	<u>Besseres und zukunftsfähiges Gesundheitswesen</u> gestalten	Faktoren mit dem Ziel, das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere die Krankenhäuser bestark, gut ausgerüstet, funktionierend, besser und zukunftsfähiger zu gestalten (BMG 2021a)	„Der vorliegende Entwurf kann dazu beitragen, die Zukunftsfähigkeit der Kliniken in bestimmten Bereichen zu verbessern“ (BÄK 2020, S. 5)	

Für die Teilfrage nach den Patient:inneninteressen wird der Kodierleitfaden um Tabelle 7 erweitert. Entsprechend des Anteils an Vorkommen werden die Verbände in „eher häufig“ ($\geq 10\%$), „eher selten“ ($10\% > X > 0$) und „gar nicht“ ($= 0\%$) unterteilt. Zusätzlich wird eine Systematik der Patient:inneninteressen aus der Literatur übernommen. Demnach werden die Verbände in der Ergebnisdarstellung in sechs Typen entsprechend folgender Definition eingeteilt:

- a. Korporatistische Verbände – Organisationen mit staatlichen Organisationsprivilegien oder mit einer Funktion in der Sozialen Selbstverwaltung
- b. Patient:innen- und Verbraucher:innenverbände – Selbstorganisiert oder advokatorische, orientieren sich am Interesse von Patient:innen als Verbraucher:innen/Kund:innen im Gesundheitswesen
- c. Berufsverbände – Repräsentation von Leistungsanbietenden im Gesundheitswesen
- d. Fachverbände – Thematisch orientiert mit gesundheitspolitischem Bezug
- e. Unternehmensverbände – Anbieter:innen von Dienstleistungen und Waren im Gesundheitsbereich
- f. Sonstige Verbände – Nicht primärer gesundheitspolitischer Bezug
(Winter 2014, S. 196–197)

Weiterhin wird die Satzung der Verbände mit der Anzahl der Positionen im Patient:inneninteresse verglichen. Dafür werden die Satzungen auf konkrete Bezüge zu „Patient:innen“ untersucht und dann in drei folgende Bezugskategorien unterteilt:

- a. Direkt – Benennung der Patient:innen als Gruppe, die vertreten wird
- b. Indirekt – Benennung von patient:innenassoziierten Maßnahmen/Zielen/Zwecken
- c. Nein – kein Bezug in der Satzung zu Patient:innen

Tabelle 7: Kodierleitfaden Patient:inneninteressen, eigene Darstellung an Ulrich et al. 1985 zitiert nach Mayring und Fenzl 2019, S. 639

Kategorie		Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
A	B	C	D	E
Patient:inneninteressen	Behandlungsinteressen (Hänlein und Schroeder 2010, S. 49)	Beste Behandlungsqualität, möglichst schnelle Wiedererlangung der Gesundheit, erhalten einer richtigen Diagnose, Auswahl und Einsatz richtiger Medikamente, gute Behandlung ohne wirtschaftlichen Konsumverzicht (ebd.)	„Damit das Ziel [einer qualitativ hochwertigen und modernen Patient:innenversorgung] erreicht werden kann, bedarf es [...] auch innovativer Behandlungsformen“ (DHM 2020, S. 12)	Aussagen, die die Patient:inneninteressen stärken, verbessern, ausweiten soll; Kritik an Maßnahmen, die die Patient:inneninteressen schwächen
	Infrastrukturinteressen (Hänlein und Schroeder 2010, S. 50)	Möglichst beste medizinische Infrastruktur in institutioneller, personeller und technisch-apparativer Hinsicht sowie wissenschaftliche und industrielle Infrastruktur (ebd.)	„Besonders wichtig ist es, die IT- und Cybersicherheit zu gewährleisten Gesundheitsdaten sind sehr sensibel und müssen auch so behandelt werden“ (VdK 2020, S.3)	
	Sekundärinteressen (ebd.)	Individuelle und heterogene Erwartungen an das Ärzt:innen-Patient:innen-Verhältnis bzw. die Behandlung (ebd.)	„Self-Services können dabei die Erwartungshaltung der Patient:innen abbilden. [Es] bieten sich solche Lösungen nicht für jeden Fall an, da eine Self-Service-Administration für	

			den Erstbesuch in der Komplexität teils sehr weitreichend ist“ (DKG 2020, S.19)	
	Besondere Interessen vulnerabler Gruppen (Mikuszies et al. 2010, S. 95)	Interessen von Gruppen, deren Interessenartikulation „schwach“ ist durch tendenziell geringe Repräsentation in der Politik (ebd.)	„[Wir möchten] auf die besonderen Schwierigkeiten hinsichtlich digitaler Infrastruktur bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinweisen. Aufgrund der geringen [Fall]zahlen in dieser Altersgruppe [...] dieser Markt für spezifische Lösungen der IT-Firmen uninteressant“ (BVKJ 2020, S. 2)	

Mit diesem Kodierleitfaden werden die Stellungnahmen analysiert und anschließend im Ergebnisteil beschrieben. Keine der maßgeblichen Patient:innenverbände (vgl. Kapitel 3.2 und Tabelle 3) wurde zu der öffentlichen Anhörung geladen, wodurch von keinem Verband eine reine Patient:innenvertretung, im Sinne von Erfüllung aller patient:innenassoziierten Kategorien des Leitfadens erwartet wird. Es wird vermutet, dass Verbände, die in ihrer Satzung die Patient:innenrepräsentation als (Teil-)Zweck/Ziel nennen, diese Gruppe in den Stellungnahmen stärker vertreten als die Verbände, die dies nicht nennen. Aufgrund des Zielkonfliktes vieler Verbände zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik (vgl. Kapitel 3.1) wird vermutet, dass die Verbände sich in ihren Stellungnahmen hauptsächlich auf die Interessen der Mitglieder beziehen, um diese besser durchsetzen können. Bezüglich der Positionierung zu den Zielen des KHZG werden gemischte Bewertungen erwartet und nur vereinzelnde Bewertungen zu den spezifischen Patient:innzielen die Selbstbestimmung und Souveränität zu verbessern.

5 Ergebnisse

Entsprechend der eben vorgestellten Teil-Kodierleitfäden baut sich der Ergebnisteil auf. Zuerst werden die Chancen und Risiken aus den Stellungnahmen mit dem institutionellen Rahmen dargestellt. Anschließend werden die Äußerungen zu den Zielen des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“ aufgezeigt sowie die Vorkommen von Positionen im mutmaßlichen Sinne des Patient:inneninteresse. Vorweg ist zu erwähnen, dass alle Verbände das Vorhaben begrüßen (AWMF 2020, S. 1) (BVKJ 2020, S. 1) (BÄK 2020, S. 3) (BDPK 2020, S. 1) (bvitg 2020, S. 2) (DHM 2020, S. 1) (DKG 2020, S.5) (DLT 2020, S. 1) (DPR 2020, S. 1); (GKV-SV 2020, S. 5) (KBV 2020, S. 3) (kkvd und Caritas 2020, S. 1) (VdK 2020, S. 2) (SpiFa 2020, S. 8) (PVK 2020, S. 2) (ver.di 2020, S.3) bzw. zahlreiche gute Ansätze darin sehen (BVMed 2020, S. 2).

5.1 Chancen, Risiken und institutioneller Rahmen

Unter Verwendung des Kodierleitfadens aus Tabelle 5 (Kapitel 4.2) werden zunächst die identifizierten Chancen und Risiken der einzelnen Stellungnahmen paraphrasierend dargestellt. Weiterhin wird beschrieben, welche Mitglieder die Verbände laut ihrer Satzung repräsentieren und wie sie ihren wesentlichen Zweck definieren.

01 AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.)

In der Stellungnahme der AWMF konnten keine Chancen oder Risiken identifiziert werden, die durch die Umsetzung des KHZG erwartet werden. Der AWMF hat auf weitere Stellungnahmen der Mitgliedergesellschaften verwiesen, die in dieser Analyse nicht betrachtet werden, da die Fachgesellschaften nicht in der Sachverständigenliste aufgeführt sind (AWMF 2020, S. 1–3).

In § 3 Abs. 1 der Satzung der AWMF heißt es, dass sich der Verein aus selbständigen, deutschen, wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Medizin zusammensetzt. Weiter heißt es in § 2 Abs. 1 der Satzung, dass die AWMF die Interessen der wissenschaftlichen Medizin gegenüber Parlamenten, Regierungen und der Öffentlichkeit vertritt. Dafür fördert die AWMF die fächerübergreifende Zusammenarbeit der Mitglieder bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Ziele (AWMF 2019).

02 BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.)

In der Stellungnahme zum KHZG nennt der BVKJ die Chance, dass durch die nahezu vollständige Förderung der Krankenhausinfrastruktur ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung des Digitalisierungsgrades erreicht werden könne. Das KHZG könne die Bereitschaft zur Digitalisierung und zur IT-Sicherheit verbessern. Als Risiko hingegen nennt der Verband, dass

sich die bereits heute erkennbaren Ungleichbehandlungen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Vertragsärzt:innen noch weiter verstärken würden, weil die Digitalisierung unterschiedlich gefördert werden würde (BVKJ 2020, S. 2–3).

Beim BVKJ kann nach § 4 Abs. 2 S.1 der Satzung jede:r Arzt:Ärztin ordentliches Mitglied werden, der:die in beruflicher Verbindung mit der Kinder- und Jugendmedizin steht. Zweck und Aufgaben des Vereins sind u. a. gemäß § 2 Abs. 1a die Grundlagen der Berufsausbildung der Kinder- und Jugendärzt:innen zu sichern, die Inhalte weiterzuentwickeln und die Praxis zu fördern. Der BVKJ versteht sich nach § 2 Abs. 1b als gesellschaftspolitischer Anwalt der Kinder und Jugendlichen, um für die Versorgung dieser Gruppe bestmögliche Rahmenbedingungen zu schaffen (BVKJ 2017).

03 BÄK (Bundesärztekammer)

In ihrer Stellungnahme zum KHZG benennt die BÄK die Chance, dass der Entwurf einen Beitrag leisten könne, die Zukunftsfähigkeit der Kliniken in bestimmten Bereichen zu verbessern. Jedoch nennt die BÄK auch mehrere Risiken bezüglich des Vorhabens. Zum einen würde der Entwurf die Kosten des personellen Bedarfs nicht berücksichtigen. Besonders die Notfallmediziner:innen und IT-Expert:innen müssten für eine nachhaltige Wirkung der Investitionen dauerhaft eingeplant werden, zudem seien sie nur in begrenzter Zahl verfügbar. Ohne eine ausreichende Berücksichtigung des Personalbedarfs würde es zu Quersubventionierungen innerhalb des Krankenhauses kommen, was sich negativ auf die Patient:innenversorgung auswirken würde. Zum anderen bringe die Option der Kofinanzierung allein durch die Krankenhausträger:innen Risiken. Es könnten dadurch renditenorientierte Investor:innen bevorzugt werden und finanziell gut gestellte Krankenhausträger:innen könnten sich einen Wettbewerbsvorteil ausbauen, was ein Fehlanreiz sei. Bereits schwächere Kliniken könnten vielleicht nicht an dem Förderprogramm teilnehmen, besonders weil durch die Corona-Pandemie die finanzielle Lage vieler Kliniken geschwächt sei. Zudem würde die Landeskrankenhausplanung geschwächt und dem Ziel einer flächendeckenden und vergleichbaren Verbesserung der Digitalisierung entgegen gewirkt werden. Als weiteres Risiko wurde dargestellt, dass eine Reduktion der Bettenkapazität die Bewältigung einer Pandemie verschlechtern würde (BÄK 2020, S. 3–7).

Die BÄK ist gemäß § 1 Abs. 1 der Satzung eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern. Als Zweck wird in § 2 Abs. 1 der ständige Erfahrungsaustausch zwischen den Ärztekammern sowie die gegenseitige Abstimmung der Ziele sowie Tätigkeiten benannt. Um diesen Zweck zu erfüllen, pflegt die BÄK nach § 2 Abs. 2 das Zusammengehörigkeitsgefühl der deutschen Ärzt:innen und ihren Organisationen, vermittelt Meinungs- und Erfahrungsaustausch zwischen den Ärztekammern, berät diese, unterrichtet die Ärztekammern über Vorgänge im

Gesundheitswesen, fördert die ärztliche Fortbildung, wirkt auf einheitliche Regelungen der ärztlichen Berufspflichten hin, wahrt die beruflichen Belange der Ärzt:innen bundesweit, tagt zu gesundheitlichen Problemen und stellt eine Beziehungen zur ärztlichen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinigungen des Auslandes her (BÄK 2021, S. 1).

04 BDPK (Bundesverband der Deutschen Privatkliniken e. V.)

Der BDPK weist in seiner Stellungnahme zum KHZG darauf hin, dass es notwendig wäre die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag in die Förderung der Digitalisierung miteinzubeziehen. Sonst würde das Risiko bestehen, dass die vollen Potenziale der Investitionen nicht genutzt werden können und die gesundheitliche Versorgungskette geschwächt werden würde. Als weiteres Risiko nennt der BDPK, dass das Sanktionsverfahren die Unterfinanzierung verstärken würde, da Kliniken beispielsweise nicht am Vorhaben teilnehmen, weil ihnen die Eigenmittel fehlen. Durch die Abschläge würde es zudem zu komplizierten und streitbehafteten Auslegungen auf Ortsebene kommen (BDPK 2020, S. 1–9).

Im BDPK kann nach § 3 Abs. 1a und 1cc der Satzung pro Bundesland ein Verband Mitglied werden, dessen Mitglieder mehrheitlich Kliniken und Einrichtungen privater Trägerschaften sind und Akutversorgung, Prävention, Rehabilitation oder Pflege betreiben. Gemäß § 2 Abs. 1 der Satzung verfolgt der BDPK folgende Zwecke: Wahrnehmung der beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder und angegliederten Versorgungseinrichtungen, Förderung wissenschaftlicher Betätigung und Austausch von Informationen, Organisation und Unterstützung von Maßnahmen der Qualitätssicherung, Unterstützung der Mitglieder in ihren Angelegenheiten, Presse und Öffentlichkeitsarbeit (BDPK 2018, S. 1–2).

05 bvitg (Bundesverband Gesundheits-IT e. V.)

Der bvitg benennt in seiner Stellungnahme zum KHZG die Chance, dass das Programm wichtige Impulse geben würde, um die Digitalisierungspotenziale in den Krankenhäusern gezielt zu heben. Allerdings benennt der bvitg auch einige Risiken. Ein Risiko entstünde, wenn bei der Vergabe der Ausbau der Digitalisierung nicht priorisiert würde. Dann könnte es zu einem reinen Erwerb von Einrichtungsgegenständen/Robotern kommen ohne sachgemäße Einbindung in den Behandlungsprozess. Weiterhin sollte die Evaluierung neben der Selbsteinschätzung um eine externe Validierung ergänzt werden, da die Aussagekraft sonst nicht verlässlich sei. Weiterhin könnten kleine und mittelständige Unternehmen aufgrund der Dauer von Vergabeverfahren benachteiligt werden. Zuletzt wird benannt, dass durch die Abschlagsregelung, das Risiko bestehe das System zu verkomplizieren. Wechselwirkungen zu anderen Zu- und Abschlagszahlungen wären nicht auszuschließen (bvitg 2020, S. 2–10).

Nach § 3 Abs. 1 der Satzung können im bvitg Unternehmen bzw. dessen Betreiber:innen Mitglied werden, die Informations- und Kommunikationssysteme herstellen und/oder vertreiben sowie einen Jahresumsatz von mind. 500.000 € mit ihren Produkten im Gesundheitswesen erzielen. Gemäß § 2 Abs. 1 der Satzung verfolgt der bvitg folgenden Zweck: Förderung, Pflege und Wahrnehmung der gemeinsamen Interessen der Mitglieder. Seine Aufgaben benennt der bvitg in § 2 Abs. 2 der Satzung folgend: Unterrichtung und Beratung von Akteur:innen zu Fragen im Bereich Software und Gesundheit, Informationen für Mitglieder über Wirtschaftsfragen, Förderung des Austausches zwischen den Mitgliedern, Verbesserung des Ansehens von IT-Herstellern im Gesundheitswesen sowie die Förderung der Zusammenarbeit von Wissenschafts- und Bildungsbereichen (bvitg 2017, S. 2–3).

06 BVMed (Bundesverband Medizintechnologie e. V.)

In der Stellungnahme des BVMed zum KHZG konnte als Chance identifiziert werden, dass die Förderung von medizintechnischen Investitionsgütern die Krankenhausversorgung in Deutschland zukunftsfähig aufstellen könnte. Bei den benannten Risiken des BVMed ergaben sich mehrere Faktoren. Zum einen könnte die fehlende Förderung von Hightech-Medizintechnologien die nachhaltige, technische sowie digitale Ausstattung der Krankenhäuser hemmen. Zum anderen könnten sich die Abschläge die Betriebskostenfinanzierung weiterhin verschlechtern, da die Mittel für fehlende Investitionsmittel zweckentfremdet werden könnten. Durch die zunehmende Investitionskostenbelastungen könnte sich resümierend die Versorgung mit hochwertigen und innovativen Medizinprodukten verschlechtern (BVMed 2020, S. 1–2).

Ordentliche Mitglieder im BVMed sind nach § 3 Abs. 1 und 2 der Satzung u. a. Unternehmen, die (digitale) Medizinprodukte/Gesundheitsanwendungen/Kombinationsprodukte herstellen/in Verkehr bringen oder Produkte zur Herstellung von Medizinprodukten liefern und einen Umsatz von mind. 3 Millionen Euro im Jahr nachweisen. Gemäß § 2 Abs. 1 und 2 der Satzung ist der BVMed ein Wirtschaftsverband, der die gemeinsamen Interessen der Industrie- und Handelsunternehmen der Medizintechnologie fördert und vertritt. Dabei wird berücksichtigt, dass die Medizinprodukte besondere Verpflichtungen gegenüber der Allgemeinheit, Patient:innen und Anwendenden aufweisen. Der Verband soll dazu beitragen ein leistungsstarkes Gesundheitswesen zu entwickeln, indem der BVMed sich für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten einsetzt (BVMed 2021).

07 DHM (Deutsche Hochschulmedizin e. V.)

Der DHM beschreibt in seiner Stellungnahme zum KHZG das Programm als Chance, die Versorgungsstrukturen in Deutschland weiterzuentwickeln und zu verbessern. Besonders die Universitätsklinika könnten damit in Zukunft weiterhin wichtige Impulse bei der Patient:innenversorgung setzen, ihre zentrale Rolle regionaler Versorgungsnetzwerke weiterentwickeln und weiterhin digitale Versorgungssinnovationen auf den Weg bringen. Als Risiko hingegen wird angemerkt, dass die Universitätsklinika anders als beim KHZF nur eingeschränkte Förderungen vom KHSFV erhalten können, dies würde zu einer Ungleichbehandlung führen und wäre nicht sachgemäß. Als konkretes Risiko des KHZG werden die Abschläge benannt, da diese zu sinkenden Einnahmen führen würden und damit die Digitalisierung geschwächt werden würde. Diese Schwächung betreffe nicht nur einzelne Krankenhäuser, sondern auch alle kooperierenden Einrichtungen (DHM 2020, S. 4–8).

Laut § 3 Abs. 1 der Satzung des DHM sind die Mitglieder der MFT und der VUD. Nach § 2 Abs. 2 sind die drei Hauptaufgaben des DHM folgende: Koordination von Konzepten und Positionen des MTF und VUD sowie Vertretung der abgestimmten Ergebnisse, konzeptionelle und politische Begleitung bei den Veränderungsprozessen im Gesundheitssystem sowie Öffentlichkeitsarbeit der Belange der Hochschulmedizin (DHM 2017, S. 1–3).

08 DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.)

Chancen werden in der Stellungnahme der DKG insofern benannt, dass das Programm ein wichtiger Schritt sei, um die Digitalisierung deutscher Krankenhäuser auszubauen und das gesamte Gesundheitssystem zukunftssicher zu gestalten. Bei den Risiken nennt die DKG in ihrer Stellungnahme mehrere Faktoren. Zunächst wird darauf verwiesen, dass die Beteiligung der Krankenhäuser an den Kosten ggf. aus Eigenmitteln und Querfinanzierungen gedeckt werden würden. Dies würde die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser weiter schwächen, anspannen und die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser nicht sicherstellen. Weiterhin heißt es, dass die Evaluierung wissenschaftliche Kriterien enthalten müsste, da sonst die Situation nicht adäquat abgebildet werden könnte. Zuletzt werden auch die Abschläge als Risiko benannt, da es kontraproduktiv für die Zielsetzung des KHZG wäre. Ebenso könnten Krankenhäuser aufgrund nicht bewilligter Fördermittel von der Sanktionierung betroffen sein, was ebenso kontraproduktiv wäre. Die Abschläge wären kein Anreiz, sondern würden die Einführung erschweren und finanziell benötigte Mittel verknappen. Die Abschlaghöhe an der Nutzungsquote abhängig zu machen sei ebenso risikobehaftet, da die Krankenhäuser besonders bei patient:innen-zentrierten Services verpflichtet wären die Nutzung der Produkte bei Dritten aktiv zu bewerben (DKG 2020, S. 5–30).

Gemäß der Satzung der DKG können nach § 3 Abs. 1 Spitzenverbände von Krankenhausträger:innen, deren Arbeitsbereich über mehrere Länder reicht und Landesverbände der Krankenhausträger:innen Mitglied werden. Laut § 2 Abs. 1 und 2 der Satzung verfolgt die DKG folgende Zwecke: Bündelung und Vertretung der Interessen von Krankenhausträger:innen als auf Bundesebene sowie international, Übernahme einer gesundheitspolitischen Mitverantwortung im Sinne eines träger:innenpluralen und zukunftsorientierten Krankenhauswesens, Wahrnehmung der durch das Gesetz übertragenen Aufgaben, Unterstützung der Mitglieder bei ihren Aufgaben, Pflege und Förderung des Austausches, Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung im Gesundheitswesen, Unterrichtung der Öffentlichkeit und Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen (DKG 2021, S. 1–2).

09 DLT (Deutscher Landkreistag e. V.)

In der Stellungnahme des DLT wurden keine konkreten Chancen durch das KHZG benannt. Als Risiko beschreibt der DLT, dass das Programm nicht ausreichen würde, um die bestehende Unterfinanzierung der Investitionen der Krankenhäuser zu beheben. Besonders Krankenhäuser außerhalb der Ballungsräume würden darunter stärker leiden (DLT 2020, S. 1).

Laut § 2 Abs. 1 der Satzung des DLT können die Landkreistage der deutschen Bundesländer (Landesverbände) unmittelbares Mitglied werden. Weiter sind die den Landesverbänden angehörenden Landkreise sowie die anstelle von Landkreisen gebildeten Gebietskörperschaften mittelbare Mitglieder. Gemäß § 1 Abs. 1 der Satzung ist die Aufgabe des DLT die gemeinsamen Belange der Landkreise zu vertreten. Der demokratische Gedanke sowie die Selbstverwaltung innerhalb der Republik soll gefördert und die Stellung der Mitglieder gewahrt werden. Bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen, die Bestimmungen der Landkreise berühren, berät der DLT die zuständigen Stellen (DLT 2005, S. 2).

10 DPR (Deutscher Pflegerat e. V.)

Der DPR nennt in seiner Stellungnahme keine bestimmten Chancen durch das KHZG. Als Risiko hingegen wird benannt, dass die Regelung nicht die grundlegenden Probleme der Unterfinanzierung lösen würde. Der Investitionsstau würde weiterhin den Alltag der Krankenhäuser bestimmen. Zudem befürchte der DPR, dass viele Vorhaben der High-Tech-Medizin gefördert werden würden, statt nachhaltige Versorgungsprozesse (DPR 2020, S. 1–2).

Im DPR können gemäß § 3 Abs. 2 der Satzung Organisationen der Pflege- und Hebammenwesensberufe ordentliche Mitglieder werden. Der DPR verfolgt nach § 2 Abs. 2 den Zweck Wissenschaft und Forschung, ebenso wie die berufliche Bildung im Gesundheitswesen zu fördern. Das öffentliche Gesundheitswesen und die öffentliche Gesundheitspflege, besonders die

nachhaltige sowie qualitätsorientierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung soll gestärkt werden (DPR 2012, 2–3).

11 GKV-SV (Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen)

Die Stellungnahme des GKV-SV zum KHZG benennt die Chance, dass das Programm ein sinnvolles Instrument für die Weiterentwicklung der digitalen Strukturen im Bereich Krankenhaus sei. Risiken konnten mehrere identifiziert werden. Zuerst wird benannt, dass die Förderung des Umbaus der Patient:innenzimmer dazu führen könne, dass kein Geld mehr für die anderen notwendigen Digitalisierungsvorhaben bleiben würde. Ebenfalls risikobehaftet wird die Vorgabe der 15 % für die IT-Sicherheit betrachtet, da die erforderlichen Verbesserungen nicht zielgenau gesteuert werden könnten. Krankenhäuser mit einer ausgereichten IT-Sicherheit müssten die Mittel dann unnötig verwenden und Krankenhäuser mit einer schwachen IT-Sicherheit könnten mit den Mittel nicht ausreichend in die Strukturen investieren. Die Förderung von personellen und räumlichen Maßnahmen sei ebenso ein Risiko, weil damit weniger Geld für die eigentlichen Digitalisierungsvorhaben bliebe. Insgesamt müssten die Förderungen in Abhängigkeit zu der Strukturdebatte erfolgen, da sonst teilweise in nicht bedarfsnotwendige und ineffiziente Strukturen investiert werden würde. Zudem wird befürchtet, dass die Förderung länderübergreifender Vorhaben nicht ausreichen würde, um notwendige bundesweite Initiativen zu schaffen (GKV-SV 2020, S. 4–46).

Gemäß § 2 der Satzung sind die Mitglieder des GKV-SV alle Krankenkassen im Sinne des § 4 SGB V. Nach § 3 Abs. 2 bis 5 lassen sich die Aufgaben des GKV-SV wie folgt zusammenfassen: Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, Treffen von Entscheidungen in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen sowie zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen und das Einsetzen für eine Gesundheitsversorgung mit alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischen Besonderheiten (GKV-SV 2021, S. 7–9).

12 KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

In ihrer Stellungnahme zum KHZG nennt die KBV die Chance, dass das Vorhaben nahezu vollständig die Krankenhausinfrastruktur fördern könnte. Als konkretes Risiko beschreibt die KBV ein Digitalisierungsgefälle zwischen dem stationärem und ambulanten Sektor, wenn nicht auch jegliche Digitalisierungsmaßnahmen mit gleicher Geschwindigkeit, Intensität und Förderung in der ambulanten Versorgung erfolgen würden. Durch das Programm würden bestehende Asymmetrien zwischen der Unterstützung der Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen verstärkt werden (KBV 2020, S. 3–5).

Nach Nummer 1.1 der Satzung bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet die KBV (KBV 2021, S. 4). Der Zweck der KBV wurde in der Satzung nicht näher beschrieben, weshalb dieser über die Stellungnahmen zum KHZG abgeleitet wird. Die KBV ist damit der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, die die medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten sicherstellen. Die KBV vertritt die politischen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen auf Bundesebene. Die KBV ist eine Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung (KBV 2020, S. 5).

13 kkvd und Caritas (Krankenhausverband Deutschland e. V. und Deutscher Caritasverband e.V.)

In der gemeinsamen Stellungnahme des kkvd und der Caritas werden keine spezifischen Chancen des KHZG genannt. Risiken hingegen konnten mehrere identifiziert werden. Zum einen heißt es, die Kofinanzierung der Krankenträger:innen könnte zu Ungerechtigkeiten zwischen den Trägerschaftsformen führen. Zum anderen wird beschrieben, dass die Abschlagregelung die Gefahr bürge Mittel aus den Betriebskostenbereichen zu verwenden wodurch dann Einzelinvestitionen nicht mehr getätigt werden könnten. Weiterhin beschreiben kkvd und Caritas, dass der feste Anteil von 15 % IT-Sicherheit zu einer Fehlsteuerung bzw. unnötiger Mittelverwendung führen könnte. Konkret wird auch FTB 7 als Risiko beschrieben, da die Vorgaben im KHZG gegen Wettbewerbsbeschränkungen die geplanten Konzepte zur Abstimmung von Leistungsangeboten behindern könnten (kkvd und Caritas 2020, S. 4–10).

Für den kkvd konnte keine Satzung innerhalb der Recherche gefunden werden, sodass die Einordnung in den institutionellen Rahmen über die Internetbeschreibung erfolgt. Auf der Homepage wird beschrieben, dass der kkvd über 280 katholische Allgemein- und Fachkrankenhäuser sowie rund 50 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation vertritt. Als Ziel beschreibt der kkvd Krankenhausstrukturen zu fördern, die die individuelle Würde der Patient:innen ernst nehmen. Der Verband sieht sich als Interessenvertretung der Mitgliedereinrichtungen, ihrer Mitarbeitenden und dessen Patient:innen (kkvd o. D.).

Der Caritasverband beschreibt in § 7 Abs. 1 der Satzung, dass natürliche und juristische Personen/Verbände/Einrichtungen Mitglieder werden können, wenn diese an der Erfüllung des Auftrages der Caritas mitwirken. Gemäß § 7 Abs. 2 der Satzung sind u.a. die (Über-)Diözesan-Caritasverbände, Einrichtungen, Orden und die anerkannten zentralen katholischen caritativen Fachverbände Mitglieder der Caritas. Nach § 6 Abs. 1 der Satzung widmet sich der Caritasverband dem gesamten Spektrum sozialer und caritativer Aufgaben. Entsprechend dem Leitbild geht es darum, die Menschen in ihrer Würde zu schützen, das solidarische Zusammenleben zu fördern und sich für weltweiten Frieden, Gerechtigkeit und Freiheit einzusetzen.

Übergeordnet agiert die Caritas gemäß § 6 Abs. 3 als Koordinator und Interessenvertretung auf Bundesebene (Caritas 2018, S. 9–12).

14 VdK (Sozialverband VdK Deutschland e. V.)

In der Stellungnahme des VdK konnten keine konkreten Chancen identifiziert werden. Als Risiko wird benannt, dass die Finanzierung des Zukunftsfonds zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne einer Vor- oder Überfinanzierung entstehen könnte. Weiterhin sieht der VdK bei der Ko-Finanzierung der Krankenhausträger:innen die Gefahr, dass Mittel aus den DRG-Erlösen geschöpft werden und so die Renditeerwartungen weiter steigen könnten (VdK 2020, S. 7).

Gemäß § 3 Abs. 1 der Satzung sind Landesverbände, die mit ihrer Satzung im Einklang mit der Satzung des Bundesverbandes stehen, ordentliche Mitglieder. In § 2 Abs. 4 werden der Zweck des Verbandes wie folgt beschrieben: Verwirklichung von sozialer Gerechtigkeit und Sicherheit im Sinne des Gemeinwohls. Besonders werden die Interessen von Menschen mit Behinderung, chronisch Erkrankten, Pflegebedürftigen, Patient:innen, Rentner:innen, Unfallverletzten, Versorgungsberechtigten, durch Umweltschäden gesundheitlich Beeinträchtigte, Sozialversicherte, Angehörige und Hinterbliebene vertreten (VdK 2021, S. 2–4).

15 SpiFa (Spitzenverband der Fachärzte Deutschland e. V.)

Die Stellungnahme des SpiFa zum KHZG beinhaltet die beschriebene Chance, durch gezielte Digitalisierungsprojekte große Potenziale für die Krankenversorgung und das Gesundheitswesen allgemein erzielen zu können. Als Risiko benennt der SpiFa, dass eine verpflichtende Angabe fehle, durch die ein bestimmter Prozentsatz der Mittel für Schulungen der Mitarbeitenden und Fachärzt:innen verwendet werden würde. Ohne solche Schulungen des Personals bestünde die Gefahr, dass die digitalen Anwendungen nicht effektiv, bis gar nicht eingesetzt werden könnten. Nur mit dem Personal gemeinsam könnte der Strukturwandel in den Krankenhäusern gestaltet werden. Zudem lehnt der SpiFa die Abschlagsregelung ab, denn das Risiko bestehe die bisherigen Erfolge der Förderung von Digitalisierung damit nachhaltig zu konterkarieren (SpiFa 2020, S. 8–16).

Im SpiFa können nach § 4 Abs. 2 der Satzung auf Bundesebene tätige ärztliche Berufsverbände ordentliches Mitglied werden, sofern sie die fachärztlichen Interessen vertreten. Gemäß § 2 der Satzung ist der SpiFa ein Dachverband selbständiger, freier und fachärztlicher Berufsverbände. Der Verein verfolgt das Ziel einer qualitativen und strukturellen Weiterbildung des fachärztlichen Leistungsangebotes auf nationaler und internationaler Ebene. Insgesamt soll der SpiFa mit seiner Tätigkeit dazu beitragen eine qualifizierte fachärztliche Versorgung der

Bevölkerung sicherzustellen. Dafür fördert und vertritt der SpiFa die fachärztlichen Interessen, stellt die berufspolitischen Ziele in der Öffentlichkeit dar, fördert die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und die Zusammenarbeit mit den Hausärzt:innen (SpiFa 2018, S. 1–3).

16 PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.)

In der Stellungnahme des PKV zum KHZG wurde die Chance beschrieben, dass mit dem Programm ein Schritt in die richtige Richtung gemäß der Ziele des KHZG gemacht werden könne. Als Risiko wird benannt, dass das Fördervolumen zu gering sei, wenn der Umbau der Notfallversorgung förderfähig bliebe (PKV 2020, S. 2–3).

Im PKV können gemäß § 3 Abs. 1 alle durch die Aufsichtsbehörde zugelassenen Unternehmen ordentliche Mitglieder werden, die private substitutive Krankenversicherung im Geschäftsgebiet betreiben. Der benannte Zweck der PKV nach § 2 Abs. 1 der Satzung ist die Vertretung und Förderung der allgemeinen Interessen von privater Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie dessen Mitgliedsunternehmen (PKV 2018, S. 3).

17 ver.di (Vereinte Dienstleistungsgesellschaft)

Chancen und Risiken wurden in der Stellungnahme zum KHZG von ver.di benannt. Als Chance wird beschrieben, dass digitale Lösungen und innovative Versorgungsstrukturen potenziell die Gesundheitsversorgung aus Sicht der Versicherten qualitativ verbessern und die Beschäftigten entlasten könnten. Als Risiko wird die Kofinanzierung der Krankenhausträger:innen benannt, weil diese die Versorgungsqualität sowie die Betriebsmittel, besonders Personalkosten, belasten würde (ver.di 2020, S. 3–5).

Gemäß § 6 Abs. 1 der Satzung heißt es, dass Mitglieder in einem Organisationsbereich der ver.di in einem Arbeits-, Dienst-, Amts-, oder Ausbildungsverhältnis stehen, selbstständig tätig sein, in einem Studienfach des Organisationsbereiches studieren müssen, sich umschulen lassen oder im Organisationsbereich erwerbslos wurden. Der Organisationsbereich von ver.di umfasst gemäß § 4 Abs. 1 Arbeitnehmer:innen und andere näher definierte Berufsverhältnisse in den Bereichen Postdienst, Postbank, Telekommunikation, Handel, Banken, Versicherungen, Medien, Druck und Papier, Publizistik, Kunst, öffentliche Dienste, Transport und Verkehr. Nach § 5 Abs. 2 der Satzung ist der Zweck der Gesellschaft die Vertretung und Förderung der wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen, beruflichen und kulturellen Interessen der Mitglieder. Weiterhin heißt es, dass ver.di sich für die Sicherung, Verwirklichung und Weiterentwicklung einer sozialen und demokratischen Gesellschaftsordnung einsetzt (ver.di 2019, S. 7–9).

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass die Mitglieder der Verbände unterschiedlich stark eingegrenzt sind und die offizielle Repräsentation von bestimmten Gruppen verschieden breit ist. Ebenso unterschiedlich sind die Aussagen zu Chancen und Risiken, wenngleich es auch einige Übereinstimmungen gibt.

5.2 Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“

Nachdem die Verbände nun in ihrem institutionellen Rahmen dargestellt wurden, soll anschließend die Positionen der Verbände zu den Zielen des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“ mit dem Kodierleitfaden aus Tabelle 6 (Kapitel 4.2) erläutert werden. Die Ergebnisse dazu sind in Tabelle 8 dargestellt. Die pink eingefärbten Zellen zeigen an, welche Verbände sich wertend zu den Zielen äußern. In Spalte H ist zusätzlich eine Farbcodierung mit „pink = höchster Wert“ und „weiß = niedrigster Wert“ gegeben.

Insgesamt haben sich acht Verbände zu dem Ziel „Medizinische Versorgung der Patient:innen verbessern“ und sechs Verbände zu dem Ziel „Besseres und zukunftsfähigeres Gesundheitswesen gestalten“ positioniert. Zu dem Ziel „Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen“ hat sich nur die DKG geäußert, dies ist auch der Verband mit drei, und damit den meisten, Positionen. Kein Verband hat sich spezifisch zu den Zielen für Mitarbeitende und Patient:innen geäußert. Jeweils zwei Positionen wurden bei der BÄK, dem BVMed, der DHM und dem DPR identifiziert. Ebenfalls vier Verbände, darunter der bvitg, der GKV-SV, der ver.di und der VdK, haben eine Position angeführt. Acht Verbände haben sich nicht zu den Zielen des KHZG geäußert. Insgesamt wurden 15 (von 102 möglichen) Positionen identifiziert (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Vorkommen der Positionen (pink) zu den Zielen des „Zukunftsprogramm[s] Krankenhäuser“, eigene Darstellung

Verband	Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“						Summe nach Verband
	Medizinische Versorgung der Patient:innen verbessern	Souveränität der Patient:innen verbessern	Sebstbestimmung der Patient:innen verbessern	Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen	Mitarbeitenden neue Perspektiven eröffnen	Besseres & zukunftsfähiges Gesundheitswesen gestalten	
A	B	C	D	E	F	G	H
01 AWMF							0
02 BVKJ							0
03 BÄK							2
04 BDPK							0
05 bvitg							1
06 BVMed							2
07 DHM							2
08 DKG							3
09 DLT							0
10 DPR							2
11 GKV-SV							1
12 KBV							0
13 kkvd & Caritas							0
14 VdK							1
15 SpiFa							0
16 PKV							0
17 ver.di							1
Gesamt	8	0	0	1	0	6	15

Die gewerteten Aussagen für die Ergebnisse aus Tabelle 8 sind als wörtliche Zitate in Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11 dargestellt. Der farbliche Hintergrund entspricht den definierten Bewertungskategorien aus Kapitel 4.2 (Seite 26).

Zu dem Ziel „Medizinische Versorgung der Patient:innen verbessern“ haben sich acht Verbände positioniert (vgl. Tabelle 8). Die entsprechenden Aussagen sind in Tabelle 9 aufgeführt. Insgesamt fallen die Positionen gemischt aus. Die BÄK, der GKV-SV und der ver.di bewerten dieses Ziel positiv. Es heißt das Fördervorhaben und die Digitalisierung hätten das Potenzial die Versorgung der Patient:innen zu verbessern (BÄK 2020, S. 10) (GKV-SV 2020, S. 5) (ver.di 2020, S. 3). Der BVMed, der DHM und der VdK sind in ihrer Position fordernd. Der BVMed beschreibt, dass die gezielte Förderung von digitalen Medizinprodukten nicht ausreichend berücksichtigt sei, um das Ziel zu erreichen (BVMed 2020, S. 3). Die DHM betont die Wichtigkeit innovativer Behandlungsformen, bei denen besonders Universitätsklinika zentral wären (DHM 2020, S. 12) und der VdK schreibt, die digitalen Lösungen seien nur ein erster Schritt (VdK 2020, S. 6). Die DKG und der DPR bezweifeln, dass das Ziel umgesetzt werden kann (DPR 2020, S. 2) bzw. nur mit besonderen Herausforderungen (DKG 2020, S. 21).

Eine Position zu dem Ziel „Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen“ konnte bei der DKG identifiziert werden (vgl. Tabelle 8). Das gewertete Zitat ist in Tabelle 10 dargestellt. Um dieses Ziel zu erreichen, fordert der Verband eine einheitliche Digitalisierungsstrategie (DKG 2020, S. 31).

Mehr Positionen wurden dem Ziel „Besseres und zukunftsfähiges Gesundheitswesen gestalten“ zugeordnet. Die gewerteten Aussagen zu den sechs Positionen (vgl. Tabelle 8) sind in Tabelle 11 aufbereitet. Die BÄK, der bvitg und der BVMed äußern sich positiv. Das Vorhaben würde dazu beitragen, die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser bzw. der Versorgung zu verbessern (BÄK 2020, S. 5) (bvitg 2020, S. 8) (BVMed 2020, S. 2). Die DHM und die DKG bewerten das Vorhaben in Bezug auf das Teilziel ebenfalls positiv (DHM 2020, S. 6) (DKG 2020, S. 5), allerdings wird die Abschlagsregelung in diesem Kontext als kontraproduktiv beschrieben (DHM 2020, S. 8) (DKG 2020, S. 11). Der DPR bewertet auch hier, dass das Vorhaben nicht die Zielerfordernungen erreichen könne (DPR 2020, S. 1).

Tabelle 9: Gewertete Zitate für das Ziel „Medizinische Versorgung der Patient:innen verbessern“, eigene Darstellung

Verband	Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“
	Medizinische Versorgung der Patient:innen verbessern
A	B
03 BÄK	„Das geplante Ineinandergreifen der beschriebenen Fördertatbestände zeigt, dass es nicht alleine um einen technischen Ausbau digitaler Infrastruktur in Kliniken geht, sondern die Patient[:innen]versorgung insbesondere über eine Verbesserung von Teilprozessen im Bereich der 'Aufnahme', der 'Behandlung' sowie der 'Entlassung' optimiert werden soll" (BÄK 2020, S. 10).
06 BVMed	„Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser zielt auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung ab. Für eine umfassende technische und digitale Ausstattung der Krankenhäuser – auch im Kontext einer fortschrittlichen Patient[:innen]versorgung – müssen moderne, digitale Medizinprodukte, wie beispielsweise robotische Assistenzsysteme, in besonderem Maße berücksichtigt werden" (BVMed 2020, S. 3).
07 DHM	„Das Gesetzgebungsverfahren verfolgt das Ziel, die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und modernen Patient[:innen]versorgung zu unterstützen. Damit das Ziel erreicht werden kann, bedarf es neben einer modernen, digitalen und guten investiven Ausstattung der Krankenhäuser auch innovativer Behandlungsformen. Die Universitätsklinika mit ihrer besonderen Rolle bei der Einführung von innovativen Therapien stehen angesichts dieser neuen Dimension bei den Arzneimittelkosten vor großen Herausforderungen, die nur zu bewältigen sind, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen stabil sind und finanzielle Risiken rechtzeitig ausgeräumt werden" (DHM 2020, S. 12).
08 DKG	„Die Bereitstellung eines differenzierten Leistungsangebots der Krankenhäuser unter Beachtung regionaler Besonderheiten mit dem Ziel, eine flächendeckende Versorgung auch unter schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen, wird grundsätzlich begrüßt. Doch gerade Cloud-basierte Gesundheitsanwendungen stellen mit Blick auf Datenschutz- und IT-Sicherheitsanforderungen besondere Herausforderungen dar. Die Akzeptanz digitaler Anwendungen und auch das Vertrauen in Krankenhäuser als vertrauenswürdige Instanz in der Behandlung kann bereits durch einen einzigen Vorfall stark erschüttert werden" (DKG 2020, S. 21).
10 DPR	„Der DPR bezweifelt, dass durch die zu fördernden Vorhaben die Versorgungsprozesse im Krankenhaus nachhaltig verbessert werden können. Vielmehr ist zu befürchten, dass viele Vorhaben der High-Tech-Medizin gefördert werden" (DPR 2020, S. 2).
11 GKV-SV	„Der Nachholbedarf an Investitionen in die digitale Infrastruktur in deutschen Krankenhäusern ist unbestritten, der erwartbare Nutzen im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsprozesse und -qualität groß. Deshalb ist ein dezidiert digitales Förderprogramm sinnvoll und wird begrüßt" (GKV-SV 2020, S. 5).
14 VdK	„Digitale Lösungen sind hier ein erster Schritt, der jedoch noch viele Veränderungen nach sich ziehen muss, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung überall in Deutschland sicherzustellen" (VdK 2020, S. 6).
17 ver.di	„Digitale Lösungen und innovative Versorgungsstrukturen besitzen das Potential, die Gesundheitsversorgung in Deutschland aus Sicht der Versicherten qualitativ zu verbessern und die Beschäftigten im Gesundheitswesen zu entlasten. Diesem Ziel liegt die Einsicht zugrunde, dass Digitalisierung kein Selbstzweck sein kann, denn nicht der technologische Fortschritt an sich ist das Ziel. Die Versicherten, die Patient[:innen] und die Beschäftigten müssen einen Nutzen davon haben" (ver.di 2020, S. 3).

Positive Bewertung	Fordernde Bewertung	Negativ Bewertung
--------------------	---------------------	-------------------

Tabelle 10: Gewertete Zitate für das Ziel „Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen“, eigene Darstellung

Verband	Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“
	Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen
A	B
08 DKG	„Um die Vorteile der Digitalisierung langfristig etablieren zu können, bedarf es einer Digitalisierungsstrategie, sowohl bei den umsetzenden Krankenhäusern, als auch den politisch Verantwortlichen. Eine Verstärkung der Anstrengungen und die kontinuierliche Förderung sind notwendig, um aufgebaute Strukturen auch dauerhaft effektiv zu erhalten" (DKG 2020, S. 31).

Positive Bewertung	Fordernde Bewertung	Negativ Bewertung
--------------------	---------------------	-------------------

Tabelle 11: Gewertete Zitate für das Ziel „Besseres und zukunftsfähiges Gesundheitswesen gestalten“, eigene Darstellung

Verband	Ziele „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“	
	Besseres und zukunftsfähiges Gesundheitswesen gestalten	
A	B	
03 BÄK	„Der vorliegende Entwurf kann dazu beitragen, die Zukunftsfähigkeit der Kliniken in bestimmten Bereichen zu verbessern“ (BÄK 2020, S. 5).	
05 bvitg	„Die Förderfähigkeit der Vorhaben an die Nutzung internationaler Standards zu knüpfen, wird vom bvitg ausdrücklich begrüßt. Semantische und syntaktische Interoperabilität basierend auf anerkannten und internationalen Standards, wie HL7/FHIR, sind zwingende Voraussetzung für eine zukunftsorientierte und intersektorale Versorgung“ (bvitg 2020, S. 8).	
06 BVMed	„Die Förderung von medizintechnischen Investitionsgütern, insbesondere solcher mit einer Digitalfunktion, betrachten wir als geeignet, die Krankenhausversorgung in Deutschland zukunftsfähig aufzustellen“ (BVMed 2020, S. 2).	
07 DHM	<p>„Die Förderung der Tatbestände ist für eine zukunftsorientierte Ausrichtung der Krankenversorgung positiv zu bewerten“ (DHM 2020, S. 6).</p> <p>„Diese Abschlagsregelung ist abzulehnen. Die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs ist die Förderung von Investitionen in ein zukunftsfähiges Krankenhauswesen. Hierfür notwendige Projekte können aber nur mit ausreichenden Investitionsmitteln angestoßen und umgesetzt werden. Der Abschlag führt in den betroffenen Einrichtungen jedoch zu sinkenden Einnahmen. Statt zu einer Stärkung der Digitalisierung würde dies zu einer Schwächung führen. Im Hinblick auf die vom Gesetzgeber gewünschten und geförderten Netzwerkstrukturen beträfe diese Schwächung im System nicht nur das einzelne Krankenhaus, sondern infolge auch alle kooperierenden Einrichtungen und Institutionen“ (DHM 2020, S. 8).</p>	
08 DKG	<p>„Ein Ausbau der Digitalisierung deutscher Krankenhäuser ist ein wichtiger Schritt für die Zukunftssicherheit des gesamten Gesundheitssystems“ (DKG 2020, S. 5).</p> <p>„Die Krankenhäuser halten allerdings für bedenklich, dass die Möglichkeit besteht, den von Ländern und Träger[Innen] zu entrichtenden Betrag (30 Prozent) auch alleine durch die Träger[innen] finanzieren zu lassen. Dies würde dazu führen, dass das Krankenhaus die Investitionsvorhaben in erheblicher Größenordnung aus Eigenmitteln und ggf. durch Querfinanzierung aus Betriebsmitteln zu bewältigen hätte. Wie auch in der Begründung zur Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen dargelegt wird, wäre dadurch die notwendige Investitions- und Zukunftsfähigkeit der Häuser nicht gesichert“ (DKG 2020, S. 11).</p>	
10 DPR	„Als Zukunftsprogramm Krankenhäuser trägt der Gesetzesentwurf nicht entscheidend zur Bewältigung der Anforderungen an eine zukunftsfeste Ausrichtung der akuten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei. Er sieht vor, die Digitalisierung in Versorgungsprozessen, die Modernisierung der stationären Notfallkapazitäten sowie die IT technische Vernetzung mit einem Volumen von 3 Mrd. Euro aus Bundesmitteln entscheidend voranzutreiben. Dieses Volumen wird allerdings keineswegs ausreichen.“ (DPR 2020, S. 1).	

Positive Bewertung	Fordernde Bewertung	Negativ Bewertung
--------------------	---------------------	-------------------

Abschließend in diesem Kapitel ist in Abbildung 8 die Verteilung der positiven/fordernden und negativen Bewertungen nach den Teilzielen dargestellt. Es zeigt sich insgesamt ein heterogenes Bild mit doppelt so vielen positiven Positionen als negativen.

Die in Kapitel 4.2 beschriebene Erwartung einer gemischten Bewertung zu den Zielen des KHZG wurde damit erfüllt (vgl. Abbildung 8). Gegen der Erwartung der Forscherin hat sich allerdings kein Verband auf die beiden Teilziele „Souveränität“ und „Selbstbestimmung der Patient:innen verbessern“ bezogen.

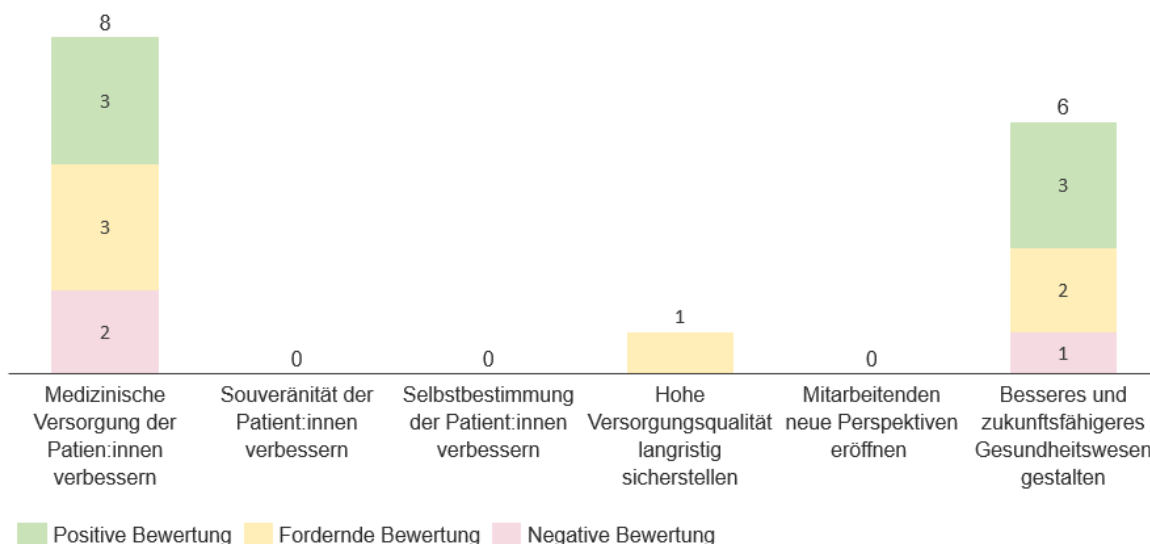


Abbildung 8: Positionen nach Bewertungskategorien und Zielen des KHZG, eigene Darstellung

5.3 Patient:inneninteressen

An die Ziele des KHZG wurden anschließend die Stellungnahmen hinsichtlich der Patient:inneninteressen anhand des Kodierleitfadens in Tabelle 7 (Kapitel 4.2) analysiert. Die Ergebnisse dazu sind als Übersicht in Tabelle 12 dargestellt. Die pink eingefärbten Zellen zeigen an, welche Verbände eine Position im Patient:inneninteresse äußern. In Spalte G ist zusätzlich eine Farbcodierung mit „pink = höchster Wert“ und „weiß = niedrigster Wert“ verwendet worden, die ebenfalls in den weiteren Tabellen dieses Kapitels angewendet wird.

Insgesamt nennen 13 der 17 Verbände mind. ein Position zu den Patient:inneninteressen. Beim DLT, der KBV, dem SpiFa und der PKV konnten keine Positionen entsprechend des Kodierleitfadens identifiziert werden. Das Behandlungsinteresse wird von acht adressiert und das Infrastrukturinteresse von elf Verbänden adressiert. Positionen zum Sekundärinteresse wurden bei der DKG identifiziert. Der BVKJ adressiert mit dem VdK die besonderen Interessen vulnerabler Gruppen. Drei der vier Kategorien werden von der DKG und dem VdK adressiert. Die BÄK, der bvitg, der BVMed, der GKV-SV sowie der ver.di adressieren jeweils das Behandlungs- und Infrastrukturinteresse. Sechs Verbände, darunter der AWMF, der BVKJ, der BDPK, der DHM, der DPR sowie der kkvd mit der Caritas, adressieren eine Kategorie. Somit wurden 22 (von 67 möglichen) Positionen identifiziert. In Kapitel 4.2 wurde die Erwartung beschrieben, dass vermutlich keiner der Verbände alle Kategorien erfüllen wird, diese Erwartung bestätigt sich (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Positionen zum Patient:inneninteressen in Bezug auf das KHZG, eigene Darstellung

Verband	mind. 1 Position	Patient:inneninteressen				Summe nach Verband
		Behandlungsinteressen	Infrastrukturinteressen	Sekundärinteressen	Besondere Interessen vulnerabler Gruppen	
A	B	C	D	E	F	G
01 AWMF	✓					1
02 BVKJ	✓					1
03 BÄK	✓					2
04 BDPK	✓					1
05 bvitg	✓					2
06 BVMed	✓					2
07 DHM	✓					1
08 DKG	✓					3
09 DLT	✗					0
10 DPR	✓					1
11 GKV-SV	✓					2
12 KBV	✗					0
13 kkvd & Caritas	✓					1
14 VdK	✓					3
15 SpiFa	✗					0
16 PKV	✗					0
17 ver.di	✓					2
Gesamt	13	8	11	1	2	22

Die dafür gewerteten Positionen sind in Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 16 und Tabelle 17 jeweils nach den Kategorien von Patient:inneninteressen paraphrasierend und zusammenfassend dargestellt. Inhaltlich unterschiedliche Aussagen sind in einzelnen Zeilen aufbereitet. Die relevanten Schlagworte der Beiträge aus den Stellungnahmen sind übersichtshalber im Fettdruck hervorgehoben.

Zuerst sind in Tabelle 13 die identifizierten Positionen im Sinne des Behandlungsinteresse dargestellt. Die inhaltlichen Aussagen werden folgend zusammengefasst. Die BÄK betont, dass nur Digitalisierungsprojekte gefördert werden sollten, die einen realen Mehrwert für Patient:innen und Beschäftigte nachweisen können (BÄK 2020, S. 3–4). Ähnlich ist die Aussage von ver.di, dass nach den bisherigen Investitionsversäumnissen und dessen Folgen nun die Beschäftigten, Versicherten und Patient:innen einen Nutzen vom KHZG erlangen sollten (ver.di 2020, S. 3). Denn wie der GKV-SV schreibt, ginge es neben der Prozessoptimierung bei dem Vorhaben vor allem um die Verbesserung der Sicherheit und Versorgungsqualität (GKV-SV 2020, S. 6 und S. 42–43). Eine erfolgreiche Digitalisierung sollte laut VdK zu mehr Zeit für die Behandlung der Patient:innen führen (VdK 2020, S. 3) und in den Behandlungsverlauf eingebettet sein, um nach dem bvitg, nutzenstiftend zu sein (bvitg 2020, S. 2). Der BVMed fordert eine zweckgebundene Förderung von robotischen Assistenzsystemen, die einen direkt positiven Einfluss auf die Versorgung von Patient:innen hätten und die Nennung von modernen Medizintechnologien in den FTB, die Behandlungsergebnisse verbessern und die Patient:innensicherheit erhöhen würden (BVMed 2020, S. 2–6). Die DHM beschreibt, dass für eine moderne und qualitative Versorgung innovative Behandlungsformen beachtet, werden

sollten (DHM 2020, S. 12). Weiterhin wird konkret die Evaluation adressiert, die nach der BÄK Verfügbarkeit von Arbeitszeit, den medizinischen Nutzen und Nutzbarkeit beachten sollte (BÄK 2020, S. 8). Der BVMed betont bei der Evaluation, dass diese die positiven Effekte der Investition und vor allem die Ergebnisqualität durch eine patient:innenindividuelle Nachverfolgung aufzeigen sollte (BVMed2020, S. 3–4). Die einzelnen FTB werden von der DKG und dem VdK adressiert. So wird FTB 5 für die Erhöhung der Behandlungssicherheit positiv bewertet (DKG 2020, S. 20), sowie die Investitionen in die Notfallzentren in FTB 1, da diese ausgelastet seien (VdK 2020, S. 4). Kritisch hingegen wird FTB 3 bewertet, da es zwar wieder mehr Behandlungszeit bringen würde, jedoch technische Limitierungen die Effektivität einschränken würden (DKG 2020, S. 19–20).

Weiterhin sind die Aussagen im Infrastrukturinteresse der Patient:innen in Tabelle 14 und Tabelle 15 dargestellt. Die Tabelle 14 beinhaltet die Stellungnahmen der AWMF, der BÄK, des BDPK, des BVMed und der DKG. Die BÄK schreibt, dass der personelle Bedarf von Notfallmediziner:innen und IT-Expert:innen nicht berücksichtigt wurden sei und die daraus eventuellen Quersubventionierungen zu bekannten Folgen in der Versorgung führen würden. Ebenso könnten Fehlanreize im System dazu führen, dass in lukrative Leistungen investiert wird, statt in eine bedarfsgerechte Leistungsausweitung. Die geplanten Abschläge würden indirekt die Patient:innen bestrafen, da schwache Kliniken noch weiter geschwächt werden würden (BÄK 2020, S. 3–4 und S. 12). Der BDPK argumentiert, dass die gesundheitliche Versorgungskette sektorenübergreifend sei und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag ebenfalls in die Förderung einbezogen werden sollten (BDPK 2020, S. 1 und S. 6). Der BVMed beschreibt, dass 15 % Anteil für die IT-Sicherheit zu hoch wären, und damit finanzielle Mittel an anderer Stelle nicht die Patient:innen erreichen würden. Wichtig wäre zudem die Förderung von roboterbasierten/chirurgischen operativen Behandlungssystemen und die Integration von Systemen. Das Personal würde dadurch mehr Zeit gewinnen und die IT- und Datensicherheit der sensitiven Patient:innenakte könnte sich dadurch verbessern. Wie bei den Behandlungsinteressen werden auch hier konkret die FTB adressiert. Der BVMed fordert, dass FTB 2 um ein Nachsorgemanagement ergänzt wird (BVMed 2020, S. 4–5). Die AWMF fordert die Digitalisierung von Leitlinien und Patient:inneninformationen in FTB 4 (AWMF 2020, S. 2) und die DKG adressiert mehrere FTB konkret. So wird FTB 2 positiv bewertet, da es die Wartezeit der Patient:innen und damit einen potenziellen Stressfaktor reduzieren könnte. Ebenso positiv werden FTB 8 und FTB 10 beschrieben, da es zu einer Verbesserung der Vernetzung von Akteur:innen bei einem Massenansturm von Verletzten kommen könnten sowie zu einer Verbesserung der IT-Sicherheit, jedoch wäre noch die Übertragbarkeit in die elektronische Patient:innenakte offen (DKG 2020, S. 19–23).

Tabelle 13: Positionen zum Behandlungsinteresse von Patient:innen, eigene Darstellung

Verband	Patient:inneninteressen
	Behandlungsinteresse
A	B
03 BÄK I	Der Nutzen für Patient:innen und medizinisches Personal muss im Vordergrund der Förderung stehen. Deshalb sollten nur Digitalisierungsprojekte gefördert werden, die einen realen Mehrwert für die Patient:innen und Beschäftigten nachweisen können (z. B. mehr Zeit für die Behandlung durch eine automatisierte Bewertung bildgebender Diagnostik). Medizinischer Nutzen, Pragmatismus und Komplexitätsreduktion sollten ebenfalls Voraussetzung sein (BÄK 2020, S. 3–4 und S. 7).
03 BÄK II	Die Evaluation darf nicht nur eine technische Bewertung von Einzelprozessen sein. Einen hohen Stellenwert müssen Verfügbarkeit, medizinischer Nutzen und Nutzbarkeit haben. Besonders muss die Evaluation von Anfang an die Auswirkungen auf die Versorgung von Patient:innen , die vermehrte Verfügbarkeit von Arbeitszeit für die direkte Versorgung von Patient:innen, die Vereinfachung von Abläufen und die Zuverlässigkeit der digitalen Anwendungen berücksichtigen (BÄK 2020, S. 8).
05 bvitg	Bei der Fördermittelvergabe muss der Ausbau der Digitalisierung priorisiert werden. Die Digitalisierung sollte von Versorgungsprozessen (z. B. Einsatz von Robotik) unterstützt werden. Nur der Erwerb von Robotern oder Einrichtungsgegenständen ohne Einbindung in den digitalen Behandlungsprozess ist nicht zielführend für eine nutzenstiftende Digitalisierung (bvitg 2020, S. 2).
06 BVMed I	Eine Stärkung der robotischen Assistenzsysteme hat einen direkten positiven Effekt auf die Versorgung von Patient:innen , erleichtert die Arbeitsbelastung und ermöglicht die Anwendung von Entscheidungsunterstützungssystemen im OP. Das Vorhaben adressiert nur Robotik in Kombination mit kleinen Systemen, die wenig Einfluss auf die Versorgung von Patient:innen haben. (BVMed 2020, S. 2). Ein Budgetanteil sollte zweckgebunden für robotische Assistenzsysteme verwendet werden (BVMed 2020, S. 6).
06 BVMed II	Die Evaluierung sollte konkret die positiven Effekte der Investitionen nachweisen können. Besonders sollte die Ergebnisqualität betrachtet werden, mit einer langfristigen patient:innenindividuellen Nachverfolgung . Insgesamt sollte die Evaluierung aus der Perspektive der Patient:innen betrachtet werden, die z. B. die Lebensqualität nach chirurgischen Eingriffen bewertet (BVMed 2020, S. 3–4).
06 BVMed III	Moderne Medizintechnologien mit Digitalisierung führen zu mehr Patient:innensicherheit und besseren Behandlungsergebnissen (BVMed 2020, S. 4). KI-Systeme können die Diagnostik zielgerichtet unterstützen. Aussagen der KI-Systeme müssen in die Dokumentation einfließen, um die Sicherheit und Qualität der Behandlung zu gewährleisten (BVMed 2020, S. 5).
07 DHM	Damit das Ziel einer qualitativ hochwertigen und modernen Patient:innenversorgung erreicht werden kann, bedarf es auch innovative Behandlungsformen (DHM 2020, S. 12).
08 DKG I	FTB 3 wird begrüßt, da Mitarbeitende dadurch wieder mehr Zeit für die Pflege am "Bett" erlangen können. Es zeigen sich in diesem wichtigen Bereich noch technische Limitierungen, die einen effektiven Einsatz hemmen (DKG 2020, S. 19–20)
08 DKG II	FTB 5 wird begrüßt, da es helfen kann die Behandlungssicherheit zu erhöhen und gleichzeitig das Pflegepersonal zu entlasten (DKG 2020, S. 20)
11 GKV-SV	Neben der Optimierung von Prozessen (Aufnahme- und Entlassmanagement, Entscheidungsunterstützung, digitale Leistungsanforderung, Arzneimitteltherapiesicherheit) geht es um die Erhöhung der Patient:innensicherheit und damit der Versorgungsqualität (GKV-SV 2020, S. 6 und S. 42–43)
14 VdK I	Eine erfolgreiche Digitalisierung in den Krankenhäusern muss dazu führen, dass mehr Zeit für eine individuelle Behandlung und Versorgung mit Patient:innen bleibt (VdK 2020, S. 3).
14 VdK II	Die Notfallambulanzen sind ausgelastet , es kommt zu langen Wartezeiten und eine sachgerechte Versorgung findet so nicht statt . Das Personal ist ausgelastet, sodass das Personal die Energie nicht auf die Patient:innen richten kann. FTB 1 ist deshalb zu begrüßen (VdK 2020, S. 4).
17 ver.di	Bisherigen Investitionsversäumnisse hatten zur Folge, dass Geld von Versicherten, welches für die Personalausstattung vorgesehen war, in Sanierungen flossen. Dies hat die Versorgungsqualität der Patient:innen negativ belastet. Vom KHZG müssen nun die Beschäftigten, Versicherten und Patient:innen einen Nutzen erhalten (ver.di 2020, S. 3).

Tabelle 14: Positionen zum Infrastrukturinteresse von Patient:innen Teil I, eigene Darstellung

Verband	Patient:inneninteressen
	Infrastrukturinteresse
A	B
01 AWMF	Digitalisierung von Leitlinien und Patient:inneninformationen sollte in FTB 4 gefördert werden (AWMF 2020, S. 2).
03 BÄK I	Das Vorhaben berücksichtigt nicht den personellen Bedarf . Besonders Notfallmediziner:innen und IT-Expert:innen sind nur begrenzt verfügbar , die eben auch einen erheblichen Teil der Kosten ausmachen werden. Sollte es zu Quersubventionierungen kommen, würden die bekannten Folgen für die Versorgung der Patient:innen eintreten (BÄK 2020, S. 3).
03 BÄK II	Im DRG-System könnten weitere Fehlanreize entstehen mit ebenfalls negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Patient:innen, wenn die Investitionen für eine nicht bedarfsgerechte Leistungsausweitung genutzt werden, sondern für lukrative Leistungen oder wenn bei den Personalkosten eingespart wird (BÄK 2020, S. 4).
03 BÄK III	Ebenso werden die vorgesehenen Abschläge abgelehnt , denn solche Sanktionen würden indirekt die Patient:innen bestrafen . Schwache Kliniken würden weiter geschwächt werden, wie auch strukturschwache Regionen, die wenig Spielraum im Bereich der finanziellen, organisatorischen und personellen Ressourcen haben (BÄK 2020, S. 12).
04 BDPK	Es wäre dringend notwendig, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag beim Ausbau der digitalen Infrastruktur miteinzubeziehen. Die gesundheitliche Versorgungskette ist sektorenübergreifend und würde nur funktionieren, wenn alle Einrichtungen an der Digitalisierung beteiligt sind. Insbesondere betroffen sind FTB 3, FTB 5 und FTB 6 sowie Konzepte zur Leistungsabstimmung, um eine ausgewogene Flächendeckung sicherzustellen (BDPK 2020 S. 1 und S. 6).
06 BVMed I	Der verpflichtende Anteil von 15 % Ausgaben für IT-Sicherheit bei jedem Projekt sollten auf 10 % reduziert werden. Realistischerweise würden fiktive IT-Sicherheitsbudgets eingeplant werden und die finanziellen Mittel könnten an anderer Stelle nicht den Patient:innen zugutekommen (BVMed 2020, S. 4).
06 BVMed II	FTB 2 sollte um das Nachsorgemanagement ergänzt werden, um den digitalen Informationsaustausch zwischen allen Leistungserbringenden und Leistungsempfangenden zu gewährleisten (BVMed 2020, S. 4).
06 BVMed III	Förderung um weitere roboterbasierte/chirurgisch operative Behandlungssysteme sowie die Integration von Systemen sind gefordert. Das Personal gewinnt wertvolle Zeit , wenn manuelle Dateneingaben und Datentransfers reduziert werden. Parallel werden IT- und Datensicherheit sowie der Schutz von sensiblen Daten der Patient:innen erhöht. Insgesamt entstehen integrierte und gesicherte Datensets, mit denen Krankenhäuser ihre Entscheidungssysteme entwickeln und anwenden können (BVMed 2020, S. 5).
08 DKG I	Durch FTB 2 können lange Wartezeiten von Aufnahme- und Entlassprozessen verringert werden , was für die Patient:innen ggf. ein vermeidbarer Stressfaktor ist. Ebenso kann es für die Patient:innen eine positive Erfahrung sein ihren aktuellen Versorgungspfad digital ableiten zu können (DKG 2020, S. 19).
08 DKG II	FTB 8 wird begrüßt, da eine bessere Vernetzung von Akteur:innen bei einem Massenansturm von Verletzten erzielt werden kann. Dadurch kann für die Patient:innen eine bedarfsgerechte Verteilung gewährleistet werden (DKG 2020, S. 21).
08 DKG III	FTB 10 adressiert die Verbesserung der IT-Sicherheit , was in letzter Konsequenz immer der Sicherheit der Patient:innen dient (DKG 2020, S. 22). Die Festlegungen der offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme sollten nicht nur berücksichtigt, sondern auch gefördert werden können. Die Übertragbarkeit von für die Patient:innen wichtige Daten in die elektronische Patient:innenakte ist nur eingeschränkt möglich, hier besteht Änderungsbedarf (DKG 2020, S. 23).

In Tabelle 15 finden sich anschließend die Positionen des DPR, des GKV-SV, des kkvd mit der Caritas, des VdK und ver.di. Der DPR schreibt, dass die Digitalisierung vor allem die Entlastung der Mitarbeitenden sowie die Versorgungsprozesse fokussieren sollte, damit die Mittel im Sinne der Bürger:innen eingesetzt werden würden (DPR 2020, S. 2). Der GKV-SV betont die Wichtigkeit bundesweiter Initiativen für mehr Flexibilität und Effizienz, um Warte- und

Wegezeiten zu kürzen. Zudem wäre die flächendeckende Verwendung der elektronischen Patient:innenakte für effiziente Prozesse notwendig. (GKV-SV 2020, S. 7–8 und 43). Der kkvd und die Caritas argumentieren, dass dezentrale Netzwerke für die Patient:innenversorgung wichtig wären und deshalb die Träger:innenvielfalt gewahrt werden müsse (kkvd und Caritas 2020, S. 2–3). Die Wichtigkeit und der IT-Sicherheit zum Schutz der personensensiblen Daten wird von mehreren Verbänden benannt (kkvd und Caritas 2020, S. 7) (VdK 2020, S. 3) (ver.di 2020, S. 4–7). Der VdK begrüßt den Umbau von Patient:innenzimmern, da es zu einer ruhigen und besseren Atmosphäre für die Patient:innen führen würde. Ebenso wird der Bettenabbau begrüßt, da viele stationäre Patient:innen keinen Krankenhausaufenthalt bräuchten. Gefordert werden mehr Einzelzimmer und Klimaanlage, um Hitzetote zu vermeiden (VdK 2020, S. 5–6). Ver.di betont die Notwendigkeit Dokumentationsaufwände und Medizinbrüche zu reduzieren, um mehr Zeit für die Versorgung der Patient:innen zu erhalten (ver.di 2020, S. 4–7).

In Tabelle 16 ist die Position für die Sekundärinteressen aufgeführt. Die DKG weist darauf hin, dass z. B. Self-Services die Erwartungshaltung der Patient:innen erfüllen könnten, jedoch solche Lösungen sich durch die Komplexität nicht für alle Patient:innen eignen würden (DKG 2020, S. 19).

In Tabelle 17 sind schließlich die Positionen der beiden Verbände zusammengefasst, die besondere Interessen von vulnerablen Gruppen adressieren. Als vulnerable Gruppe wurden die Kinder- und Jugendlichen vom BVKJ genannt, die besondere Bedürfnisse bezüglich IT-Lösungen hätten, jedoch keine spezifischen IT-Lösungen für diese Gruppe vorhanden wären (BVKJ 2020, S. 2–3). Der VdK hebt als vulnerable Gruppe ältere und multimorbide Menschen, Pflegebedürftige sowie Personen, die das Internet gar nicht bis nur schwach nutzen, hervor. In der Stellungnahme fordert der VdK vor allem Barrierefreiheit, das Beibehalten analoger Strukturen, patient:innenzentrierte Evaluationen in FTB 2 und eine Verknüpfung der elektronischen Patient:innenakte in FTB 5 für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit (VdK 2020, S. 2–6).

Tabelle 15: Positionen Infrastrukturinteresse von Patient:innen Teil II, eigene Darstellung

Verband	Patient:inneninteressen	
	A	B
10 DPR		Digitale Maßnahmen zur Entlastung der Pflege sollten gefördert werden . Digitale Transformation der Pflege bietet Chancen zur Entlastung und Unterstützung der Patient:innen. Digitalisierung sollte Entlastung der Mitarbeitenden bei Versorgungsprozessen fokussieren, wodurch die Mittel im Sinne der Bürger:innen eingesetzt werden würden (DPR 2020, S. 2).
11 GKV-SV I		Ein Teil der Mittel sollte dafür zu verwenden ausreichend bundesweite Initiativen zu schaffen. Dadurch wäre im Versorgungsalltag mehr Flexibilität und Effizienz möglich, unnötige Warte- und Wegezeiten könnten vermieden werden . Die Abstimmung des Leistungsangebotes [...] und telematische Strukturen tragen maßgeblich zu bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen bei. Notfallpatient:innen bspw. profitieren von einem zielgerichteten Transport und unnötige Weiterverlegungen retten u. U. Leben (GKV-SV 2020, S. 7 und 43).
11 GKV-SV II		Wichtig ist zudem eine flächendeckende Verwendung elektronischer Pflege- und Behandlungsdaten , um analoge und parallele Prozesse innerhalb der Klinik und mit externen Akteur:innen zu vermeiden. Bei allen Systemen ist auf sektorenübergreifende Zusammenarbeit , Wirtschaftlichkeit und Nutzerfreundlichkeit zu achten (GKV-SV 2020, S. 8).
13 kkvd & Caritas I		Besonders ländliche Regionen werden oft von kleinen bis mittleren (freigemeinnützigen) Krankenhäusern versorgt. In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig dezentrale Netzwerke für die Sicherheit der Patient:innenversorgung sind. Die Trägervielfalt muss gewahrt bleiben, weshalb die Förderung auch Verbund- und Netzwerkstrukturen beachten sollte (kkvd & Caritas 2020, S. 2–3).
13 kkvd & Caritas II		Die Betonung der IT-Sicherheit wird unterstützt, da es sich um personensensible Daten handelt. Begleitende gesetzliche Bestimmungen für konkrete Anforderungen an die Geräte wären sinnvoll (kkvd & Caritas 2020, S. 7).
14 VdK I		Gesundheitsdaten sind sensibel , deshalb muss die IT- und Cybersicherheit sichergestellt werden (VdK 2020, S. 3).
14 VdK II		Förderung vom Umbau der Patient:innenzimmer wird begrüßt. Neben der Ausrüstung für eine Pandemie führt dies zu einer besseren und ruhigeren Atmosphäre für die Patient:innen . Wünschenswert wäre, dass allen Patient:innen ein Einzelzimmer zusteht , weil dies die Genesung verbessern könnte und Mehrbettzimmer die Zwei-Klassen-Medizin verstärken (VdK 2020, S. 5).
14 VdK III		Es ist notwendig, alle Zimmer zusätzlich mit Klimaanlage auszurüsten und dieses Vorhaben zu fördern, da vor dem Hintergrund des Klimawandels so Hitzetote vermieden werden können (VdK 2020, S. 6).
14 VdK IV		Der Bettenabbau ist positiv zu bewerten, weil immer mehr Operationen ambulant durchgeführt werden können. Für viele Patient:innen ist damit ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig (VdK 2020, S. 6).
17 ver.di I		Kriterium der anerkannten Standards zur Herstellung der Interoperabilität wird positiv bewertet, um die Informationssicherheit zu gewährleisten. Im Gesundheitswesen handelt es sich um höchst sensible personenbezogene Daten , die vom Gesetzgeber geschützt werden müssen. Ebenso sind technologische Brüche generell zu verhindern, denn Medienbrüche erfordern von Beschäftigten Zeit , diese geht bei der Versorgung von Patient:innen verloren (ver.di 2020, S. 4 und S. 7).
17 ver.di II		Der Dokumentationsaufwand sollte reduziert werden, damit mehr Zeit für die Versorgung der Patient:innen zur Verfügung steht (ver.di 2020, S. 5).

Tabelle 16: Positionen zum Sekundärinteresse von Patient:innen, eigene Darstellung

Verband	Patient:inneninteressen	
	A	B
08 DKG		Self-Services (FTB 2) können die Erwartungshaltung der Patient:innen in der heutigen medialen Welt, selbst aktiv z. B. über das Smartphone mit der Umgebung zu interagieren, erwartungsgerecht abbilden. Zwar bieten sich solche Lösungen nicht für jeden Fall an, da eine Self-Service-Administration für den Erstbesuch der Patient:innen in der Komplexität teils sehr weitreichend ist. Jedoch sollte die Nutzung digitaler Möglichkeiten zu einer positiven Erfahrung in Bezug auf den Behandlungsablauf führen (DKG 2020, S. 19).

Tabelle 17: Positionen zum besonderem Interesse von Patient:innen vulnerabler Gruppen, eigene Darstellung

Verband	Patient:inneninteressen	
	Besondere Interessen vulnerabler Gruppen	
A	B	
02 BVKJ	Hinweis auf besondere Schwierigkeiten bei der digitalen Infrastrukturversorgung von Kindern und Jugendlichen. Spezifische IT-Lösungen für Kinder und Jugendliche fehlen , da sie nur kleine Fallgruppe (8,5% der Patient:innen) darstellen. "Kinder-Module" sollten gefördert werden. Verweis auf Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland, die Listen erstellt haben mit fehlenden IT-Lösungen für die spezifischen Bedürfnisse von Kindern- und Jugendlichen (BVKJ 2020, S. 2–3).	
14 VdK I	Patient:innen, für die das Internet nicht oder nur schwer nutzbar ist , dürfen nicht vernachlässigt werden. Onlineportale für Patient:innen (FTB 2) müssen barrierefrei gestaltet werden, es braucht Angebote, die mind. zwei Sinne ansprechen. Die Nutzung muss freiwillig sein und Strukturen vor Ort müssen erhalten bleiben. Ältere Menschen brauchen Ansprechpersonen und Informationen auf Papier. Offline darf es nicht zu einem kleineren Angebot im Aufnahme- und Entlassmanagement kommen (VdK 2020, S. 2–4).	
14 VdK II	Besonders das Entlassmanagement (FTB 2) ist häufig noch problematisch. Notwendige Weiterbehandlungen und Kontakte müssen bei der Entlassung organisiert werden, damit sich die Patient:innen nicht allein gelassen fühlen. Besonders Patient:innen, die häusliche Pflege benötigen , brauchen Hilfe bei der Suche nach einem Pflegedienst. Um die Nutzung der Portale für die Patient:innen sachgerecht auszurichten, sollte eine patient:innenorientierte Evaluation beauftragt werden (VdK 2020, S. 4).	
14 VdK III	Reform der Notfallzentren (FTB 1) ist überfällig, weil eine umfassende Barrierefreiheit nicht gegeben ist. Anpassungen an den Stand der Technik sind der erste Schritt (VdK 2020, S. 4).	
14 VdK IV	Einführung eines digitalen Medikationsmanagements (FTB 5) ist für ältere und multimorbide Personen von zentraler Bedeutung. Es wird gehofft, dass die Arzneimitteltherapiesicherheit nachhaltig dadurch erhöht werden kann. Wichtig ist dafür auch die Verknüpfung mit der elektronischen Patient:innenakte (VdK 2020, S. 5).	
14 VdK V	Digitale Lösungen sind ein erster Schritt, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Das ist mit Blick auf die ländlichen Gebiete sowie der alternden Bevölkerung besonders relevant (VdK 2020, S. 6).	

Um den Umfang der Aussagen in Relation zu stellen, befindet sich in Tabelle 18 eine Übersicht der Anzahl von inhaltlichen Positionen der Verbände in absteigender Reihenfolge. Die Anzahl der Positionen gleicht den einzelnen Zeilen aus Tabelle 13 bis Tabelle 17. Es zeigt sich dabei, dass das Infrastrukturinteresse mit 22 Positionen am häufigsten identifiziert wurde. Für das Behandlungsinteresse ergaben sich 13 Positionen, das Sekundärinteresse wurde einmal adressiert und für die besonderen Interessen vulnerabler Gruppen zeigen sich fünf Positionen. Somit wurden insgesamt 42 Positionen im Patient:inneninteressen identifiziert. Mit elf inhaltlich unterschiedlichen Aussagen und damit 26 % aller Positionen adressiert der VdK das Patient:inneninteresse am häufigsten. Mit jeweils sechs Beiträgen (14 %) folgt der BVMed zusammen mit der DKG. Diese drei Verbände erbringen damit 55 % aller gewerteten Aussagen. Fünf Aussagen (12 %) führt die BÄK an, jeweils drei (7 %) der GKV-SV und ver.di sowie zwei (5 %) der kkvd mit der Caritas. Eine Aussage (2 %) wurde bei der AWMF, dem BVKJ, dem BDPK, dem bvitg, der DHM und dem DPR identifiziert. Um die Verbände entsprechend des Vorkommens zu kategorisieren, wurden drei Bewertungen ergänzt. Die Verbände mit über 10 % Anteil wurden als „eher häufig“ bezüglich des Vorkommens von Patient:inneninteressen eingestuft. Diese Bewertung gilt für den VdK, den BVMed, die DKG und die BÄK. Als „eher weniger“ wurden die Verbände mit einem Anteil zwischen 10 % und 0 % eingestuft. Dazu zählen der

GKV-SV, der ver.di, der kkvd & Caritas, der AWMF, der BVKJ, der BDPK, der bvitg, der DHM und der DPR. Die letzte Bewertung zum Vorkommen von Patient:inneninteresse ist „gar nicht“, dazu zählen der DLT, die KBV, der SpiFa und der PKV (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Anzahl der Positionen im Patient:inneninteresse in Bezug auf das KHZG in absteigender Reihenfolge, eigene Darstellung

Verband	Einzelne Positionen Patient:inneninteressen				Summe nach Verband	Prozent nach Verband	Bewertung
	Behandlungsinteressen	Infrastrukturinteressen	Sekundärinteressen	Besondere Interessen vulnerabler Gruppen			
A	B	C	D	E	F	G	H
14 VdK	2	4		5	11	26%	●
06 BVMed	3	3			6	14%	●
08 DKG	2	3	1		6	14%	●
03 BÄK	2	3			5	12%	●
11 GKV-SV	1	2			3	7%	●
17 ver.di	1	2			3	7%	●
13 kkvd & Caritas		2			2	5%	●
01 AWMF		1			1	2%	●
02 BVKJ				1	1	2%	●
04 BDPK		1			1	2%	●
05 bvitg	1				1	2%	●
07 DHM	1				1	2%	●
10 DPR		1			1	2%	●
09 DLT					0	0%	●
12 KBV					0	0%	●
15 SpiFa					0	0%	●
16 PKV					0	0%	●
Gesamt	13	22	1	6	42	100%	

Vorkommen von Patient:inneninteresse

● eher häufig ($X \geq 10\%$) ● eher weniger ($10\% > X > 0$) ● gar nicht ($X = 0\%$)

Entsprechend der in Kapitel 4.2 beschriebenen Verbändesystematik befindet sich in Tabelle 19 eine geclusterte Ansicht der Positionen. Die vier korporatistischen Verbände bringen insgesamt 14 Aussagen (33 %) auf. Patient:innenverbände sind nicht bei der Anhörung vertreten. Die drei Berufsverbände haben zwei Positionen (5 %) im Sinne der Patient:innen in ihren Stellungnahmen. Die AWMF wurde als einziger Fachverband geclustert und ist in der Tabelle mit einer Aussage dargestellt. Die Unternehmensverbände sind mit insgesamt neun Aussagen (21 %) aufgeführt. Hier anzumerken ist, dass allein der BVMed sechs Aussagen anbringt. Am stärksten wurden die Patient:inneninteressen bei den sonstigen Verbänden erkannt (38 %), da hier vor allem der VdK als Sozialverband mit 11 der 16 Aussagen stark ist. Der kkvd mit der Caritas sind eigentlich unterschiedlichen Verbandstypen zuzuordnen, durch die Kombination wurde es allerdings den sonstigen Verbänden zugeordnet.

Tabelle 19: Anzahl der Positionen im Patient:inneninteresse in Bezug auf das KHZG geclustert nach Verbandstypen, eigene Darstellung

Verbandtyp	Verband	Summe nach Verband	Summe nach Verbandtyp	Anteil nach Verbandtyp
A	B	C	D	E
Korporatistische Verbände	03 BÄK	5	14	33 %
	08 DKG	6		
	11 GKV-SV	3		
	12 KBV	0		
Patient:innenverbände	keine		0	
Berufsverbände	02 BVKJ	1	2	5 %
	15 SpiFa	0		
	10 DPR	1		
Fachverbände	01 AWMF	1	1	2 %
Unternehmensverbände	04 BDPK	1	9	21 %
	05 bvitg	1		
	06 BVMed	6		
	07 DHM	1		
	16 PKV	0		
Sonstige Verbände	09 DLT	0	16	38 %
	13 kkvd & Caritas	2		
	14 VdK	11		
	17 ver.di	3		
Gesamt		42	42	100%

Abschließend ist in Tabelle 20 ein Vergleich der Satzungsinhalte mit der Anzahl an Positionen gegeben. Die entsprechenden Bezüge direkt/indirekt/kein wurden in Kapitel 4.2 erläutert. Es zeigt sich, dass der VdK einen direkten Patient:innenbezug in seiner Satzung herstellt. Dies ist auch der Verband mit den meisten Positionen im Patient:inneninteressen. Damit verstärkt sich die in Kapitel 4.2 beschriebene Vermutung, dass die Verbände mit einer Nennung der Patient:innenrepräsentation in ihrer Satzung stärker in den Stellungnahmen diese Gruppe vertreten sind als die Verbände, die dies nicht nennen. Der BVMed, die AWMF und der DPR haben in ihrer Satzung einen indirekten Bezug zu Patient:innen und nennen unterschiedlich viele Aussagen. Die anderen 13 Verbände haben keinen Bezug zu Patient:innen in ihren Satzung beschrieben, dabei vertreten die Verbände zwischen keinen und sechs Positionen im Patient:inneninteressen.

Tabelle 20: Vergleich der Satzung mit Patient:innenbezug und Anzahl an Positionen im Sinne des Patient:inneninteresses, eigene Darstellung

Verband	Zitat aus der Satzung bezüglich „Patient:innen“	Bezug Patient:innen	Anzahl Positionen	Bewertung
A	B	C	D	E
14 VdK	§ 2 Abs. 4a „[Der VdK vertritt insbesondere die Interessen von] Patient[innen]“ § 2 Abs. 5l „[Der Zweck soll erreicht werden durch] Stärkung der Rechte von Patient[innen] und Pflegebedürftigen“ (VdK 2021, S. 2-3)	Direkt	11	
06 BVMed	§ 2 Abs. 1 S. 2: „Der Verband berücksichtigt dabei, dass die Herstellung und der Vertrieb von Medizinprodukten besondere Verpflichtungen gegenüber der Allgemeinheit sowie dem Schutz der Patient[innen] und Anwender[innen] mit sich bringen“ und § 2 Abs. 2 S. 1: „Der Verband soll zur Fortentwicklung eines leistungsstarken Gesundheitswesens beitragen, indem er sich für eine zweckmäßige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Patient[innen] mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten unter marktwirtschaftlichen Bedingungen einsetzt“ (BVMed 2021)	Indirekt	6	
01 AWMF	§ 2 Abs. 4 S. 3 Satzung: „Der Satzungszweck wird ferner verwirklicht insbesondere [...] mit der Erarbeitung patient[innen]zentrierter Entscheidungshilfen und Informationsformate“ (AWMF 2019).	Indirekt	1	
10 DPR	§ 2 Abs. 3a Abs. 1 „[Zweck und Ziel ist die] Darstellung der Bedeutung und des Nutzens professioneller Pflege und des Hebammenwesens [...] Interesse der Bevölkerung und zum Schutz der Verbraucher[innen], insbesondere durch [...] die Bündelung von Kompetenzen im Kontext von Patient[innen]- und Versorgungssicherheit“ § 2 Abs. 3a Abs. 3 „[Zweck und Ziel ist] Unterstützung der Mitgestaltung [...] in allen relevanten Bereichen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen [...], beispielsweise durch Mitarbeit und Vertretung in Gremien und Arbeitsgemeinschaften, Bündnissen, die insbesondere der Patient[innen]sicherheit und Versorgungssicherung dienen.“ (DPR 2012, S. 2)	Indirekt	1	
08 DKG	Kein Verweis	Nein	6	
03 BAK	Kein Verweis	Nein	5	
11 GKV-SV	Kein Verweis	Nein	3	
17 ver.di	Kein Verweis	Nein	3	
13 kkvd & Caritas	Kein Verweis	Nein	2	
02 BVKJ	Kein Verweis	Nein	1	
04 BDPK	Kein Verweis	Nein	1	
05 bvitg	Kein Verweis	Nein	1	
07 DHM	Kein Verweis	Nein	1	
09 DLT	Kein Verweis	Nein	0	
12 KBV	Kein Verweis	Nein	0	
15 SpiFa	Kein Verweis	Nein	0	
16 PKV	Kein Verweis	Nein	0	

Vorkommen von Patient:inneninteresse

eher häufig ($X \geq 10\%$) eher weniger ($10\% > X > 0$) gar nicht ($X = 0\%$)

6 Diskussion

Bevor diese beschriebenen Ergebnisse diskutiert werden, soll in diesem Kapitel zunächst die Methodik kritisch reflektiert werden. Dafür werden Nachteile der Methode aus der Literatur herangezogen und weitere Überlegungen gegeben. Anschließend wird inhaltlich kritisch auf die Ergebnisse eingegangen.

6.1 Diskussion der Methodik

Insgesamt gilt es anzumerken, dass in der qualitativen Forschungslandschaft Uneinigkeit über feste (Güte-)Kriterien oder Standards besteht – teilweise ist es sogar unklar, ob das überhaupt gewünscht ist. Trotzdem bestehen Ansprüche daran, die Methodenwahl zu begründen und die Vorgehensweise transparent darzustellen (Flick 2019, S. 485). Ein häufig angeführtes Gütekriterium der qualitativen Forschung ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke 2008 zitiert nach Halbig und Meyer 2014, S. 592). Diese ist in dieser Arbeit jedoch eingeschränkt, da nur eine Person alle Stellungnahmen ausgewertet hat und keine Validierung stattfand. In der Literatur werden einige Vorgehen zur Validierung durch die Einbeziehung der Interviewten oder Expert:innen der qualitativen Daten beschrieben (Flick 2019, S. 475–477 m.w.N.), jedoch fand ein solches Vorgehen nicht statt. Für das Forschungsthema dieser Arbeit könnte eine Validierung durch die Verbände erfolgen, ob Ihre Aussagen sachgerecht erfasst wurden. Weiterhin wäre der Austausch in einem Projektteam zu der Auswahl der Textpassagen und Interpretation vorteilhaft.

Die Methode der Dokumentenanalyse ist ein nicht-reaktives Verfahren (Webb et al. 1975 zitiert nach Salheiser 2019, S. 1122), weshalb es wichtig ist, die Dokumente im Entstehungs- und Nutzungszusammenhang zu erfassen. Sie sind ein Teil eines größeren Kommunikationsprozesses und durch den Verwendungszweck selektiert. Damit sind die Daten nicht selbst erhoben und grundsätzlich systemisch verzerrt. Um diesen Fehler zu beheben, soll beschrieben werden, welchen Zweck die Dokumente erfüllen, wie sie produziert und überliefert wurden (Salheiser 2019, S. 1122–1123 m.w.N.). Der Zweck und damit der Entstehungszusammenhang wurde in Kapitel 3.3 beschrieben, dort ging es u. a. um Stellungnahmen bei öffentlichen Anhörungen. Zudem sollte das Kapitel 5.1 mit dem institutionellen Rahmen, den Chancen und Risiken die Dokumente in ihren Nutzungszusammenhang einordnen.

Weiterhin ist zu nennen, dass die Dokumente nicht unbedingt in wissenschaftlicher Sprache geschrieben sind, wodurch sie übersetzt werden müssen und sich damit verändern. (Salheiser 2019, S. 1124). Dies ist vor allem in Kapitel 5.1 und 5.3 zu beachten, da dort die Aussagen paraphrasiert und zusammengefasst wurden. Durch Beschreibung des Kodierleitfadens, den Angaben der Seitenzahl bei der Zitation und der öffentlichen Zugänglichkeit der Dokumente sollte die Nachvollziehbarkeit des Prozesses gewährleistet sein. Da alle Stellungnahmen aus dem Gesetzgebungsprozess berücksichtigt wurden, ist die Auswahl transparent. Allerdings ist an dieser Stelle zu nennen, dass mögliche andere Stellungnahmen von Verbänden, die nicht auf der Sachverständigenliste aufgeführt wurden, nicht eingebunden wurden. Die Auswahl der

Sachverständigenliste sollte deshalb kritisch hinterfragt werden, weil sie maßgeblich die Darstellung von Aussagen im Sinne der Patient:innen beeinflusst. So waren z. B. keine offiziellen Patient:innenverbände vertreten (vgl. Tabelle 3).

Zudem ist zu beachten, dass die Dokumente in einer Einzelfallstudie untersucht wurden und die Qualität der Dokumente z. B. die Interpretierbarkeit unterschiedlich ist (Döring und Bortz 2016, S. 538). Das Ziel dieser Arbeit ist es nicht repräsentativ zu sein, weshalb es zu beachten gilt, dass sich die Verbände in anderen Gesetzgebungsverfahren möglicherweise anders zu den Interessen von Patient:innen äußern.

Insgesamt kann bei den Stellungnahmen nicht von selbstverständlichen Interpretationen, offensichtlichen Botschaften und eindeutigen Positionen ausgegangen werden. Unterschiedliche Leserollen und Selbstverständnisse verändern zudem die Relation zu dem Dokument (Hoffmann 2018, S. 166–167). Bei den Stellungnahmen in den öffentlichen Anhörungen ist es vor allem wichtig, wie die Politiker:innen die Texte verstehen, welche Aussagen im Patient:inneninteresse sie als solche identifizieren und wie sehr diese im Vergleich zu den anderen Aussagen in ihrer Wichtigkeit gewertet werden. Interviews mit Politiker:innen könnten eine sinnvolle Ergänzung dieser Arbeit sein.

Außerdem sind noch Problematiken bei der Erstellung und Anwendung der Kodierleitfäden zu nennen. Bei den Chancen und Risiken wurden nur zukunftsgerichtete Formulierungen gewertet. Indirekt beschriebene Chancen und Risiken sind eventuell nicht als solche identifiziert worden, wodurch bei manchen Verbänden keine beschrieben werden konnten. Analog dazu hätten auch Kritik und Lob in Form von Schwächen und Stärken zum „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ einen Überblick über die allgemeinen Interessen der Verbände geben können. Da dies aber nicht der Schwerpunkt der Arbeit war, wurde sich nur auf die Chancen und Risiken begrenzt.

Die Ziele vom KHZG wurden in der Gesetzesbegründung nicht klar definiert, weshalb die Kodierregeln um externe Quellen ergänzt wurden. Zudem ist anzumerken, dass die Zielformulierung zwischen verschiedenen Medien nicht stringent ist. In dieser Arbeit wurde die Formulierung aus der Gesetzesbegründung verwendet, jedoch ist die Formulierung auf der Internetseite vom BMG oder von Reden aus dem Parlament leicht anders (vgl. BMG 2021a und BT-Drs. 19/22126 S. 1). Die drei Ziele „Medizinische Versorgung verbessern“, „Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen“ und „Besseres und zukunftsfähigeres Gesundheitswesen gestalten“ sind inhaltlich ähnlich. Die Abgrenzung fand deshalb am genauen Wortlaut statt,

wodurch gerade das Ziel „Hohe Versorgungsqualität langfristig sicherstellen“ nur einmal identifiziert wurde. Für das Ziel „Mitarbeitenden neue Perspektiven eröffnen“ wurden Aussagen zur Notwendigkeit von Schulungen, um die Effizienz der Digitalisierung zu gewährleisten (z. B. ver.di 2020, S. 7), nicht gewertet, da es um die Effizienz der Digitalisierung und nicht die Mitarbeitenden ging.

Weiterhin sollte die Bewertung des Vorkommens der Patient:inneninteressen in „eher häufiger“, „eher weniger“ und „gar nicht“ hinterfragt werden (vgl. Kapitel 5.3). Die Bewertung wurde hier anhand des Prozentanteils zwischen den Verbänden bestimmt. Diese Anteile sagen aber nichts über die Qualität der Aussagen aus und sind abhängig von der Gesamtanzahl der Aussagen.

Die Verwendung der Satzung als vergleichendes Dokument zu der Anzahl an Positionen im Patient:inneninteresse sollte abschließend auch hinterfragt werden. Die Satzungen der Verbände sind unterschiedlich konkret und ausführlich. Zielkonzepte oder Leitbilder der Verbände könnten einen Bezug zu Patient:innen herstellen, ohne dass es in der Satzung benannt wird. Auch könnten Patient:innen als „Gemeinwohlinteressen“ von den Verbänden verstanden werden, solche Formulierungen wurden jedoch nicht berücksichtigt.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Wie die Methode sind auch die Ergebnisse kritisch zu reflektieren. Zunächst sollte beachtet werden, dass Akteur:innen üblicherweise stabile Präferenzen bilden, die für sie situationsübergreifend und handlungsleitend sind. Gleichzeitig sind die Interessen selektiv und von den unterschiedlichen Momenten abhängig. Deshalb sind feste Schlussfolgerungen über spezifische Handlungslogiken und -zwänge von Akteur:innen nicht korrekt, da immer Abweichungen möglich sind. Obwohl in den Politikfeldern die meisten Koalitionen von Interessen und Werteorientierungen recht stabil sind. (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 24 m.w.N.). Dieser Aussage nach, sind die Stellungnahmen nur bedingt repräsentativ für die Interessen der Verbände, weshalb allgemeine Aussagen über die Vertretung der Patient:inneninteressen hier nicht getroffen werden sollten. Es sollte beachtet werden, dass bei anderen Stellungnahmen die Bewertung anders ausfallen könnte. Es wird vermutet, dass die Verbände unterschiedliche Kapazitäten oder Expert:innen für die Stellungnahmen hatten, da es eine Spannweite der Seitenzahl von drei bis fast 70 Seiten gab. Demnach war die Aussagentiefe und -breite sehr unterschiedlich.

Weiterhin ist zu beachten, dass die Akteur:innen ihre egoistischen Interessen nicht immer rational verfolgen. Unwahrscheinlich, aber durchaus möglich ist es, dass die Akteur:innen an

normativen Maßstäben festhalten, obwohl die systematische Handlungslogik der Interessen eine andere Strategie verfolgen würde. Zudem sind die normalerweise unvollständigen Informationen über das eigene Handeln aber auch über das Handeln bzw. die Handlungsabsichten weitere Akteur:innen ein beeinflussender Faktor. Insgesamt ist deshalb das Handeln von Akteur:innen nicht immer objektiv und rational begründbar (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 24). Dies bedeutet, dass das Lesen der Stellungnahmen vor dem Hintergrund des institutionellen Rahmens zu falschen Schlussfolgerungen führen könnte. Deshalb wurden möglichst Aussagen gewertet, die konkret den Kategorien mit ihren Wortlauten entsprachen. Allerdings konnten keine Aussagen über die echten Absichten der Verbände gemacht werden. Zum einen könnten Aussagen im Sinne der Patient:innen nur als Mittel zum Zweck der eigenen Interessen genutzt werden. Zum anderen könnten eigene Interessen im Sinne der Patient:innen sein, obwohl es nicht konkret benannt wurde. Weiterhin wurde durch die Stellungnahmen nicht ersichtlich, ob und in welcher Beziehung die Verbände zueinander und zu einzelnen Politiker:innen und Parteien standen bzw. stehen. Durch eine solche Beziehung könnten gemeinsamen Interessen verfolgt werden, die nicht in den Stellungnahmen offengelegt werden.

Eine solche Form der Interessenvermittlung zwischen Staat und Verbänden wird in der Literatur sehr kontrovers diskutiert. Beispielhaft ist die demokratietheoretische Perspektive anzuführen, nach der ein grundlegender Zweifel an der Demokratieverträglichkeit von verbandlicher Interessenvermittlung besteht. Vor allem werden die korporatistischen Akteur:innen kritisiert, da sie ohne allgemeine, demokratische Wahlen dauerhaft in den politischen Prozess eingebunden sind. Demgegenüber nennt die frühe Literatur Vorteile des Korporatismus z. B. in der staatsentlastenden Wirkung (Streeck 1994, S. 18 zitiert nach Klenk 2018, S. 24). Trotz Unterschieden sind sich die politikwissenschaftlichen Theorien einig, dass eine „repräsentative Demokratie [...] vom Prozess der Interessenvertretung und -abwägung [lebt]“ (Schmedes und Kretschmer 2014, S. 312 zitiert nach Mai 2018, S. 8). Entscheidend ist die Frage wie sich die illegitime Einflussnahme von der legitimen Interessenvertretung trennt (Mai 2018, S. 8). Diese Diskussion sei an dieser Stelle erwähnt, aber nicht weiter ausgeführt.

Die Patient:inneninteressen werden als Gemeinwohl betrachtet, jedoch gibt es in der heutigen Gesellschaft ein vielseitiges Verständnis über Gemeinwohl. Die Grenze zwischen egoistischen Verbandsinteressen und Gemeinwohl sind jedoch nicht trennscharf (Mai 2018, S. 7–8). In der funktionalen Gesellschaft kann jedes organisierte Interesse sich als allgemeinwohlorientiert verstehen (Mayntz 1992 zitiert nach Mai 2018, S. 8), wenn die Gesellschaft von den Leistungen dieser Gruppe abhängig ist. Damit könnte jede Funktionsgruppe anführen, dass ihr Beitrag und ihr Interesse im Gemeinwohl liegt (Mai 2018, S. 7). An dieser Stelle ist ein weiteres poli-

tikwissenschaftliches Modell anzuführen. Das Pluralismusmodell besagt, dass sich wirtschaftlich mächtige Interessensgruppen gegenüber schwachen und schwer zu organisierenden Interessen eher durchsetzen (Fraenkels 1968 zitiert nach Mai 2018, S. 7). In dieser Arbeit wurde das Vorkommen der Patient:inneninteressen untersucht. Damit dieses Vorkommen der Aussagen den Patient:innen einen Nutzen bringt, müssten diese Interessen auch durchgesetzt werden. Deshalb wäre es wichtig, den Einfluss der Verbände im Gesetzgebungsprozess zu untersuchen.

Hier sei eine Studie anzuführen, die die Beteiligung von (Patient:innen-)Verbänden im Gesetzgebungsprozess analysiert hat. Dabei zeigte sich, dass die Patient:innen- und Verbraucher:innenverbände erst seit Ende der 1980er eine feste Größe in gesundheitspolitischen Anhörungen darstellen. Seit 1992 waren diese bei 13 öffentlichen Anhörungen der Gesundheitspolitik vertreten und nur zweimal mit keinem Verband beteiligt. Der Anteil von Fragen von den Abgeordneten an Patient:innen- und Verbraucher:innenverbände schwankte dabei zwischen 0 % bis 18%. Durchschnittlich waren sie mit 6 % beteiligt. Korporatistische Verbände waren gemittelt mit 63 % beteiligt, Berufsverbände mit 13 %, Fachverbände mit 3 %, Unternehmensverbände mit 8 % und Sonstige mit 8 %. Die Definition der Verbände entspricht der Einteilung aus Kapitel 4.2. Die Schwankungen wurden als Zeichen gewertet, dass die staatlichen Akteur:innen sich bei den Einladungen und Fragen stark von der fachlichen Kompetenz bzw. thematischer Nähe leiten lassen. Fazit der Studie war, dass korporatistische Akteur:innen weiterhin starken Einfluss auf die gesundheitspolitische Willens- und Entscheidungsbildung aufweisen. Die Daten der Einladungs- und Befragungspraxis von öffentlichen Anhörungen geben nicht unmittelbar Auskunft über den Zugang zu gesundheitspolitischen Entscheidungstragenden. Jedoch ist es unwahrscheinlich, dass Verbände mit einer zentralen Rolle bei den öffentlichen Anhörungen nicht an der informellen Beratung und Verhandlung beteiligt waren (Winter 2014, S. 199–203). Ein solches Muster könnte auch für diese Arbeit ergänzend untersucht werden, um den Einfluss der Verbände näher zu untersuchen.

Anteil der gestellten Fragen von Abgeordneten bei öffentlichen Anhörungen der Gesundheitspolitik

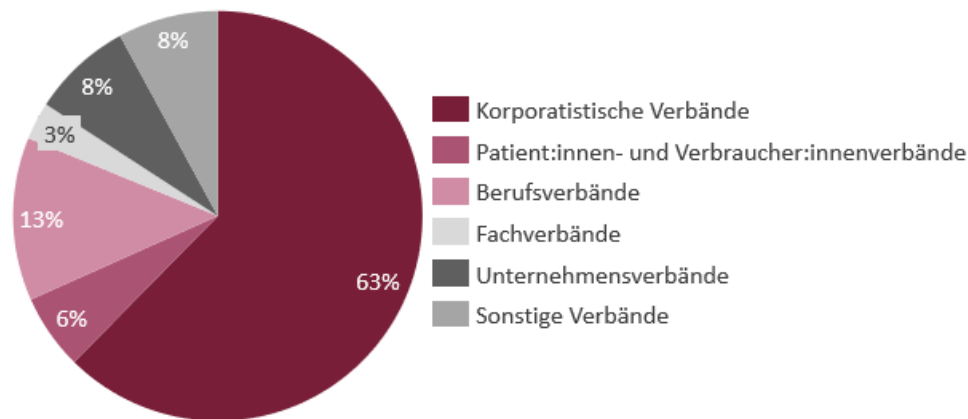


Abbildung 9: Durchschnittliche Verteilung der Fragen von Abgeordneten an Verbände bei öffentlichen Anhörungen zur Gesundheitspolitik, eigene Darstellung nach Winter 2014, S. 201

Eine andere grundlegende Frage wäre, ob die Repräsentation der Patient:innen überhaupt die Aufgabe der Verbände sei. Es gäbe auch andere Möglichkeiten z. B. über eine Stärkung der Patient:innenvertretung im Gesetzgebungsprozess bzw. den öffentlichen Anhörungen. Durch Schulungen könnten Patient:innen zu Expert:innen werden. Allerdings ist eine solche Umsetzung eine komplexe und facettenreiche Diskussion. Besonders in der digitalen Gesundheitswirtschaft ist die Berücksichtigung der Erfahrungen und Präferenzen von Patient:innen sinnvoll, weshalb der Gesundheitsmarkt in weiten Teilen Patient:innen bereits integriert (Dierks 2019, S. 1115–1117).

Eine qualitative Studie untersuchte, welche Voraussetzungen Patient:innenvertreter:innen bei der Einbringung von der Entwicklung medizinischer Leitlinien für eine erfolgreiche Integration benötigen. Zentrale Voraussetzung war dabei Wissen und Anerkennung. Das Wissen wurde dabei in Fachwissen (Kenntnisse zum Thema), methodisches Wissen (zur Reflektion wissenschaftlicher Texte) und strukturelles Wissen (Verständnis zum Prozess) unterteilt (Halbig und Meyer 2014, S. 590). Diese Erkenntnisse können zur Diskussion dieser Arbeit auf die Verbände übertragen werden. Beim Fachwissen wäre zunächst zu hinterfragen, wie die Verbände das Interesse der Patient:innen begründen. Einzelne Verbände (z. B. VdK 2020, S. 4) haben sich auf Erfahrungen ihrer Mitglieder berufen. Meistens gab es solche Verweise nicht. Da die Patient:innen eine besonders heterogene Gruppe sind, wie in Kapitel 3.2 beschrieben wurde, wäre es relevant zu verstehen, woher die Verbände ihre vermeintlichen Patient:inneninteressen beziehen. Angeführt werden könnte auch, dass die Patient:innenorientierung im Gesundheitswesen ein Zielkonzept darstelle und da alle Menschen sich irgendwann mit gesundheitlichen Fragen beschäftigen, sind somit alle potenzielle Patient:innen und Patient:innenangehörige (Kaiser et al. 2020, S. 90 m.w.N.). Möglicherweise betrachten sich die Verbandsvertreter:innen als potenzielle Patient:innen oder bringen ihre persönliche Erfahrung dieser Rolle

ein, andererseits könnte das in der Rolle als Verbandsvertreter:in nicht gewünscht sein. Weiterhin müsste reflektiert werden, ob alle Verbände ein ähnliches methodisches Verständnis haben und z. B. Studien über die Interessen von Patient:innen sachgerecht verstehen und verwenden können. Auch ein ähnliches strukturelles Wissen könnte die Aussagen der Verbände geprägt haben. Oft orientieren sich Verbände an Überzeugungsmustern, die in der Vergangenheit zum Erfolg geführt haben (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 24). Unterschiedliche Erfolgserfahrungen könnten somit die Stellungnahmen mitgestaltet haben. Zuletzt sei nach diesen Kategorien die Anerkennung (Halbig und Meyer 2014, S. 590) der Verbände zu hinterfragen. Es sollte in Betracht gezogen werden, dass einige Verbände bei bestimmten Parteien und dessen Mitgliedern weniger oder mehr anerkannt werden. Dies könnte dann wieder die Umsetzung und Positionierung beeinflussen.

Unabhängig davon erheben aber die medizinischen Professionen einen Anspruch darauf, gemäß ihres Ethos und der Selbstregulierung die Interessen ihrer Patient:innen zu vertreten (Ewert 2013, S. 53). Dabei stehen die Mediziner:innen als Leistungsanbieter oft im gegenläufigen Interesse der Kostenträger der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung (Spier und Strünck 2018, S. 6), die aber in ihrem Selbstverständnis beschreiben, ihre politische Macht im Wohle der Patient:innen einzusetzen (Ewert 2013, S. 51). Trotzdem können beide Akteur:innen auch gegenläufige Interessen zu den Patient:inneninteressen verfolgen z. B. Einkommens- und Statusziele (Spier und Strünck 2018, S. 6). Insgesamt müssen die Patient:innen ihre Interessen gegenüber zwei mit starken Machtressourcen ausgestatteten Akteur:innen geltend machen (Klenk 2018, S. 31).

Weiterhin soll noch auf einen anderen Aspekt eingegangen werden. In der Zielformulierung des KHZG waren für die Forschungsfrage vor allem zwei Zielformulierungen besonders relevant – „die Souveränität“ und „Selbstbestimmung der Patient:innen“ verbessern. Allerdings wurde in keiner Stellungnahme eine Bewertung dazu erfasst. Das könnte darauf hinweisen, dass der Zusammenhang zwischen Digitalisierung der Krankenhäuser und der Souveränität/Selbstbestimmung von Patient:innen von den Verbänden nicht verstanden wird. Wobei dann auch fragende Aussagen zu diesem Zielvorhaben gestellt werden könnten. Dies wiederum weist darauf hin, dass es nicht als zentrales Element des KHZG verstanden wurde.

7 Fazit

Diese Arbeit hat das Ziel verfolgt das Vorkommen von Patient:inneninteressen in den Stellungnahmen von Verbänden im Gesetzgebungsprozess zum „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ im KHZG zu ermitteln. Mit dem qualitativen Ansatz der Dokumentenanalyse sind diese Ergeb-

nisse eine Einzeluntersuchung und damit nicht repräsentativ, aber eine Grundlage für kommende Arbeiten. Die Betrachtung der beschriebenen Chancen und Risiken zum KHZG und der Satzung hat die Verbände in ihren institutionellen Rahmen eingeordnet, um die Dokumente im Entstehungs- und Nutzungszusammenhang zu betrachten. Dabei wurde die Unterschiedlichkeit der Verbände und die verschiedene Ausrichtung der Interessenvertretungen verdeutlicht. Bei der Bewertung der Ziele des KHZG ist aufgefallen, dass kein Verband die beiden konkreten Teilziele „Souveränität“ und „Selbstbestimmung der Patient:innen verbessern“ adressiert hat. Es wird vermutet, dass der Zusammenhang zwischen diesen beiden Teilzielen und dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ nicht als zentrales Element aufgefasst wurde oder der Zusammenhang für die Verbände nicht ersichtlich war. Bezüglich der Frage danach, wie sehr die Verbände die Patient:inneninteressen berücksichtigen, hat sich gezeigt, dass kein Verband alle Kategorien erfüllt. Dies könnte daran liegen, dass kein Verband ein spezifischer Patient:innenverband ist. Bei vier Verbänden (DLT, KBV, SpiFa und PKV) gab es kein Vorkommen von Patient:inneninteressen. „Eher häufiger“ wurde das Vorkommen bei ebenfalls vier Verbänden (VdK, BVMed, DKG und BÄK) kategorisiert. Der VdK mit den meisten Aussagen im Patient:inneninteresse benennt diese Gruppe auch in der eigenen Satzung mit einem direkten Bezug. Nach Verbändetypen kommen bei den „sonstigen Verbänden“ sie meisten Aussagen im Patient:inneninteresse vor. Es wurden viele Aspekte angesprochen, die eine generelle Aussage über die Vertretung von Patient:inneninteressen einschränken. Die vorliegende Arbeit liefert schlussfolgernd Hinweise darauf, dass die Patient:inneninteressen von den meisten Verbänden eher weniger stark vertreten werden. Diese Ergebnisse könnten genutzt werden, um die Qualität, Ehrlichkeit und den tatsächlichen Zweck der Aussagen zu den Patient:inneninteressen der Verbände zu untersuchen.

Literaturverzeichnis

Anders, Nina Henrike; Watolla, Ann-Kathrin (2021): Entwicklung eines Qualitäts-managementsystems für die Hamburg Open Online University. Ergebnisbericht der Befragung der HOOO-Mitarbeitenden. Online verfügbar unter <https://tore.tuhh.de/handle/11420/10480>, zuletzt geprüft am 10.02.2022.

AWMF (2019): Satzung der AWMF. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/die-awmf/satzung.html>, zuletzt geprüft am 03.01.2022.

AWMF (2020): Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu einer Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG) vom 06.08.2020. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/2020814_AWMF_Stellungnahme_Krankenhauszukunftsgesetz_fin.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BÄK (2020): Stellungnahme der Bundesärztekammer zu der Formulierungshilfe für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG) vom 02.09.2020. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/790672/11f1e74f43c9c2f5e489b553897103b3/19_14_0203-2-BAeK_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BÄK (2021): Satzung der Bundesärztekammer. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/satzungen-und-statuten/satzung/>, zuletzt geprüft am 10.01.2022.

BAS (2021): Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten nach § 21 Absatz 2 KHSFV. Online verfügbar unter https://www.bundesamtssozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenhauszukunftsfonds/20210503Foerderrichtlinie_V03.pdf, zuletzt geprüft am 05.12.2021.

BAS (2022): Statistik Krankenhauszukunftsfonds. Stand 01. Januar 2022. Online verfügbar unter <https://www.bundesamtssozialesicherung.de/de/themen/krankenhauszukunftsfonds-1/>, zuletzt geprüft am 15.01.2022.

BDPK (2018): Satzung des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. Online verfügbar unter https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Der_Verband/PDF/BDPK_Satzung_Stand_14.06.2018.pdf, zuletzt geprüft am 10.01.2022.

BDPK (2020): Stellungnahme zur Formulierungshilfe für den Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791678/b07af91dcf1f3a4e6f493599f1b2057e/19_14_0203-6-BDPK_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BMG (2021a): Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauszukunftsgesetz.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

BMG (2021b): Ärztliche Behandlung und Versorgungsformen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-behandlung.html>, zuletzt geprüft am 24.11.2021.

bvitg (2017): Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. Satzung und Beitragsordnung. Online verfügbar unter <https://www.bvitg.de/alte-seiten/bvitg/wer-wir-sind/>, zuletzt geprüft am 10.01.2022.

bvitg (2020): bvitg-Stellungnahme zur Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurfs eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunfts-gesetz - KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/790674/48339450000c74fae636cb14d7dbd3d5/19_14_0203-1-bvitg_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BVKJ (2017): Satzung des Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. – BVKJ. Online verfügbar unter <https://www.bvkj.de/mitgliedschaft/satzung>, zuletzt geprüft am 03.01.2022.

BVKJ (2020): Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. zum Gesetzentwurf der Fraktion CDU/CSU und SPD - Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser - Krankenhaus-zukunftskonzept (KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/792072/223bc0368c78b9241964dcb9ce3df022/19_14_0203-19-bvkj_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BVMed (2020): BVMed-Stellungnahme zum Vorabentwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunfts-gesetz - KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791672/13687dbd2fc846906161c06f33e5efdf/19_14_0203-8-BVMed_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

BVMed (2021): BVMed-Satzung. Online verfügbar unter <https://www.bvmed.de/de/bvmed/wir-ueber-uns/satzung>, zuletzt geprüft am 10.01.2022.

Caritas (2018): Satzung des Deutschen Caritasverbandes e. V. Online verfügbar unter <https://www.caritas.de/glossare/satzung-des-deutschen-caritasverbandes-e>, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

Clement, Ute; Nowak, Jörg; Scherrer, Christoph; Ruß, Sabine (Hg.) (2010): Public Governance und schwache Interessen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlag.

Deutscher Bundestag (2020): Ausschüsse der 19. Wahlperiode (2017-2021). Öffentliche Anhörungen Krankenhaus-zukunftsgesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschuesse/ausschuesse19/a14/anhoerungen?url=L3dlYmFyY2hpdj9BdXNzY2h1ZXNzZS9hdXNzY2h1ZXNzZTE5L2ExNC9hbmhvZXJ1bmdlbi83OTU3ODYtNzk1Nzg2&mod=mod795762>, zuletzt geprüft am 16.11.2021.

Deutscher Bundestag (2021): Ausschüsse der 19. Wahlperiode (2017-2021). Ausschuss für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschuesse/ausschuesse19/a14>, zuletzt geprüft am 26.11.2021.

Deutsches Verbände Forum (2018): Studien und Statistiken. Die Anzahl der haupt- und nebenamtlich geführten Verbände - Entwicklung seit 1990. Online verfügbar unter <https://www.verbaende.com/hintergruende/studien-statistiken.php>, zuletzt geprüft am 17.12.2021.

DHM (2017): Satzung des Deutschen Hochschulmedizin e. V. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-hochschulmedizin.de/ueber-uns/>, zuletzt geprüft am 11.01.2022.

DHM (2020): Stellungnahme des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT) (zusammen als Deutsche Hochschulmedizin e. V.) zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunfts-gesetz - KHZG). Online verfügbar unter 14.09.2020 13 Seiten https://www.bundestag.de/resource/blob/791676/d5d1b956f78569a1f3e6e41c967b318b/19_14_0203-7-VUD_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Dierks, Christian (2019): Brauchen wir mehr Patientenvertretung in Deutschland? Analyse und Ausblick. Bundesgesundheitsblatt 62, S. 1113–1119 Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-019-02994-y>, zuletzt geprüft am 17.12.2021.

DKG (2020): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791662/1f1e5c92725a466f58b6ab0f413fefbb/19_14_0203-14-DKG_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

DKG (2021): Satzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.dkg-ev.de/dkg/verband-auf-einen-blick/satzung/>, zuletzt geprüft am 11.01.2022.

DLT (2005): Satzung DLT. Online verfügbar unter <https://landkreistag.de/der-verband/satzung>, zuletzt geprüft am 04.01.2022.

DLT (2020): Öffentliche Anhörung am 9. September 2020 Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791668/60528295182e9a57dac6397a4137bc22/19_14_0203-9-BVkom_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Donges, Patrick (2021): Politische Interessenvertretung und -vermittlung in Deutschland und Europa. In: Ulrike Röttger, Patrick Donges und Ansgar Zerfaß (Hg.): Handbuch Public Affairs. Wiesbaden: Springer Gabler.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Aufl.). Berlin - Heidelberg: Springer.

DPR (2012): Satzung des Deutschen Pflegerates e.V. - DPR e. V. Online verfügbar unter <https://deutscher-pflegerat.de/verband/struktur/>, zuletzt geprüft am 04.01.2022.

DPR (2020): Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791674/3204c9eaa473bfca5c44fedc842990fa/19_14_0203-4-DPR_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Ewert, Benjamin (2013): Vom Patienten zum Konsumenten. Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer VS.

Flick, Uwe (2019): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (2. Aufl.): Wiesbaden: Springer VS.

Gerlinger, Thomas (2009): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik. In: Britta Rehder, Thomas von Winter und Ulrich Willems (Hg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlag.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2011): Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken. Online verfügbar unter https://gesundheitsziele.de/nationale_gz/patientensouveraenitaet, zuletzt geprüft am 24.11.2021.

GKV-SV (2020): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.09.2020 zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) Drucksache 19/22126. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/792074/1604cd790fad88bb67407a484cf6dd6f/19_14_0203-17-1-GKV-Spitzenverband_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

GKV-SV (2021): Satzung des GKV-Spitzenverbandes. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/organisation/organisation.jsp, zuletzt geprüft am 14.01.2022.

- Halbig, Christine; Meyer, Gabriele** (2014): Einbindung von Patientenvertretern in Leitlinienentwicklungsprozesse: Eine qualitative Studie. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Volume 108, Issue 10, S. 587–593 Online verfügbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921714002268?via%3Dihub>, zuletzt geprüft am 17.12.2021.
- Hänlein, Andreas; Schroeder, Wolfgang** (2010): Patienteninteressen im deutschen Gesundheitswesen. In: Ute Clement, Jörg Nowak, Christoph Scherrer und Sabine Ruß (Hg.): Public Governance und schwache Interessen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlag.
- Hoffjann, Olaf** (2021): Verbände als Akteure von Public Affairs und Lobbying. In: Ulrike Röttger, Patrick Donges und Ansgar Zerfaß (Hg.): Handbuch Public Affairs. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hoffmann, Nicole** (2018): Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung. Überblick und Einführung. Weinheim: Beltz Juventa Verlagsgruppe.
- Kaiser, Matthias J.; Gehrke, Katja; Agor, Karin; Knapp, Michaela** (2020): Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Ralph Tunder (Hg.): Market Access Management für Pharma- und Medizinprodukte. Instrumente, Verfahren und Erfolgsfaktoren. Wiesbaden: Springer Gabler.
- KBV** (2020): Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und SPD für ein Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791670/95a3a98d5676d3a8153f0a2421ba015f/19_14_0203-10- KBV_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.
- KBV** (2021): Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/2754.php>, zuletzt geprüft am 11.01.2022.
- kkvd** (o. D.): Der Krankenhausverband. Online verfügbar unter <https://kkvd.de/kkvd/>, zuletzt geprüft am 13.01.2022.
- kkvd; Caritas** (2020): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG). Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791664/88f051415412818fb5e62c2fb3ccea85/19_14_0203-11- kkvd_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.
- Klenk, Tanja** (2018): Interessenlagen und Interessenpolitik im Gesundheitssektor. In: Tim Spier und Christoph Strünek (Hg.): Ärztenverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik. Wiesbaden: Springer VS.
- Landesgesundheitskonferenz NRW** (2015): 24. Landesgesundheitskonferenz NRW. Gesundheitsversorgung umfassend verbessern. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjakNPVn_j1AhXrS_EDHZTuDEYQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.mags.nrw%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fasset%2Fdocument%2F24_landesgesundheitskonferenz_nrw.pdf&usq=AOvVaw30rYkAn4W1o31D6rWNFdJU, zuletzt geprüft am 24.11.2021.
- Mai, Manfred** (2018): Interessenvertretung und Lobbyismus aus der Sicht der Ministerialbürokratie. Erfahrungen aus dem Bereich Medienpolitik. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/323357605_Interessenvertretung_und_Lobbyismus_aus_der_Sicht_der_Ministerialbuerokratie_Erfahrungen_aus_dem_Bereich_Medienpolitik, zuletzt geprüft am 11.12.2021.
- Mayring, Philipp; Fenzl, Thomas** (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Mikuszies, Esther; Nowak, Jörg; Ruß, Sabine; Schweken, Helen (2010): Die politische Repräsentation von schwachen Interessen am Beispiel von MigrantInnen. In: Ute Clement, Jörg Nowak, Christoph Scherrer und Sabine Ruß (Hg.): Public Governance und schwache Interessen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlag.

PKV (2018): Satzung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Online verfügbar unter https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/c_Verband/PDF/2020-08_verbandssatzung.pdf, zuletzt geprüft am 11.01.2022.

PKV (2020): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm eines Krankenhäuser - Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) Drucksache 19/22126 und Änderungsanträge zum o.g. Gesetzentwurf Ausschussdrucksache 19(14)206.1. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/792062/9969a20224c736cc81f1bde441593d61/19_14_0203-15-PKV_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (3. Aufl.). Bem: Hans Huber.

Salheiser, Axel (2019): Natürliche Daten: Dokumente. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (2. Aufl.): Wiesbaden: Springer VS.

Spahn, Jens (2020): Spahn: "Digitalisierung kann in der Gesundheit für Patienten einen Unterschied machen". Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/khzg-1-lesung-bt.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2021.

Spier, Tim; Strünck, Christoph (Hg.) (2018): Ärzteverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik. Wiesbaden: Springer VS.

SpiFa (2018): SpiFa Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. - Satzung. Online verfügbar unter <https://spifa.de/satzung/>, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

SpiFa (2020): Stellungnahme des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 8. September 2020. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/792076/cefd478d838ef35136cb570c461c9a17/19_14_0203-16-SpiFa_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2019). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/inhalt.html>, zuletzt geprüft am 28.11.2021.

VdK (2020): Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG). Online verfügbar unter https://www.filr-cast.de/data/7t2zq6/2315/2020-08-14_VdK_STN_RefE_Krankenhauszukunftsgesetz.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

VdK (2021): Satzung des Sozialverband VdK Deutschland. Online verfügbar unter https://www.vdk.de/deutschland/pages/der_vdk/4789/satzung?dsc=ok, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

Vedder, Stefanie; Veit, Sylvia (2019): Der Gesetzgebungsprozess. In: Christian Boulanger, Julika Rosenstock und Tobias Singelstein (Hg.): Interdisziplinäre Rechtsforschung. Eine Einführung in die geistes- und sozialwissenschaftliche Befassung mit dem Recht und seiner Praxis. Wiesbaden: Springer VS.

ver.di (2019): ver.di Satzung. Online verfügbar unter <https://www.verdi.de/ueber-uns/organisation>, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

ver.di (2020): Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser. Online verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/791666/f92e41d0e8bbec76e76393b4292ccb6f/19_14_0203-12-ver-di_KHZG-data.pdf, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Winter, Thomas von (2014): Dimensionen des Korporatismus. Strukturmuster der Verbändebeteiligung in der Gesundheitspolitik. In: Thomas von Winter und Julia von Blumenthal (Hg.): Interessengruppen und Parlamente. Wiesbaden: Springer VS.

Rechtsquellenverzeichnis

BT-Drs. 19/22126: Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD - Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser - Krankenhauszukunfts-gesetz. KHZG, 19. Wahlperiode (08.09.2020). Online verfügbar unter <https://dip.bundestag.de/drucksache/entwurf-eines-gesetzes-f%C3%BCr-ein-zukunftsprogramm-krankenh%C3%A4user-krankenzukunfts-gesetz-khgz/244737?term=19/22126&rows=25&pos=1>, zuletzt geprüft am 10.02.2022.

KHSFV vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autor:innen beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Hamburg, 17.02.2022



Julia Faul