

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

V.1.2 Politics I: Steuerungsparadigma im Wandel

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

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

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

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

verbessert nicht nur die Gesundheitslage, sondern führt auch zu einem höheren Lebensalter und damit tendenziell höheren Gesundheitsausgaben. Zugleich ermöglicht der technologische Fortschritt ein Sinken der Ausgaben, wenn er Gesundheitsgefahren verringert oder Diagnostik und Früherkennung von Krankheiten verbessert. Die dafür notwendigen Infrastrukturen zu installieren, ist jedoch häufig mit hohen Anfangskosten verbunden. Für den Implementationsprozess stellen sich jedoch insbesondere Fragen nach der Steuerungsfähigkeit und Steuerbarkeit der relevanten Akteure im Feld.

Als Ausgangslang für die im Folgenden im Zentrum stehende Entwicklung seit den 1990er-Jahren identifiziert Böhm (2008: 26) unter anderem eine seit den 1980er-Jahren stattfindende Korporatisierung.¹⁹ Zwar war die staatliche Steuerung bereits zuvor durch einen Dualismus aus Hierarchie und Kooperation geprägt, in diesem Zeitraum erfolgte jedoch eine weitere Aufwertung der gemeinsamen Selbstverwaltung, indem Steuerungsaufgaben schrittweise auf die Organe der (gemeinsamen) Selbstverwaltung übertragen wurden (ebd.: 39).²⁰ Hintergrund war der Versuch, durch die stärkere Einbindung der Interessengruppen in Entscheidungsprozesse gleichzeitig deren Sachverstand zu nutzen und dabei ihr Vetopotenzial gegenüber der Kostendämpfungspolitik einzuziehen. Dies gelang nur zum Teil (vgl. Bandelow 2004b: 56; Gerlinger 2014: 52). Bezogen auf staatliche Steuerung begann sich damit das Steuerungsparadigma zwar bereits vom Leistungs- zum Gewährleistungsstaat zu verschieben. Zugleich blieb die relativ stabile Teilung zwischen staatlichem, marktlichem und korporatistischem Setting im stationären, ambulanten und Arzneimittelsektor erhalten.

V.1.2.1 1990er-Jahre: Vermarktlichung und Wettbewerbskorporatismus

In den 1990er-Jahren kommt es zu einem grundlegenden Wandel der Gesundheitspolitik, der als Paradigmenwechsel oder Wendepunkt bezeichnet werden kann (vgl. ebd.: 35, 39; Knieps 2016: 25) (siehe Tabelle 11). Damit verändert sich auch die Zielkonstellation. Sie verschiebt sich weg von dem inhaltlichen Kernziel der Absicherung des Krankheitsrisikos hin zum Ziel der Wirtschaftlichkeit (Beitragssatzstabilität, Kostendämpfung) in einem globalisierten Wettbewerbskapitalismus (vgl. Gerlinger 2014: 35).

Seitdem ist der Gesundheitssektor durch eine zunehmende Privatisierung und Vermarktlichung beziehungsweise Liberalisierung geprägt. Dies soll zum einen Kosten reduzieren, indem Leistungsanbieter:innen durch Wettbewerb zu mehr Effizienz angeregt werden. Zum anderen sollen sich für Patient:innen mehr Wahlmöglichkeiten eröffnen. Diese Ökonomisierung wird durch Regulierung flankiert, um einem Marktversagen entgegenzuwirken. »Im Hinblick auf die Regulierung ist der Paradigmenwechsel gekennzeichnet durch eine Implementierung wettbewerbszentrierter Strukturreformen« (Gerlinger 2014: 65).

19 Für die Gesamtentwicklungen im Gesundheitssektor in der Nachkriegszeit und insbesondere der 1970er-Jahre siehe etwa Döhler und Manow (1995). Diese sprechen für die Reformen der 1990er-Jahre ebenfalls von einer »Korporatisierungsstrategie« (Döhler/Manow 1997: 118).

20 Insbesondere wurde die hierarchische Steuerung mittels Budgetdeckelung durch Selbstverwaltung auf der Basis von Fallpauschalen ersetzt (vgl. Bandelow 2004b: 97f.). Gleichzeitig blieben andere hierarchische Elemente auf Länderebene wie Investitionen und Krankenhausplanung bestehen.

Tabelle 11: Paradigmenwechsel – Phasen der Gesundheitspolitik

	1970 bis 1990	1990 bis 2000
<i>Ziel</i>	Kostendämpfung Beitragssatzstabilität	Qualitätssicherung
<i>Ambulanter Sektor</i>	Einzelleistungsvergütung	
	Kollektivertragssystem (KK-KV)	Liberalisierung Selektivverträge (KK-Ärztegruppen)
<i>Stationärer Sektor</i>	Selbstkostendeckung	Budgetdeckelung Fallpauschalen
	Kostendämpfungspolitik	Strukturreformpolitik
		Zentralisierung (G-BA)
	Korporatisierung (Tauschkorporatismus) Mesoebene	Korporatisierung (Wettbewerbskorporatismus) Mikroebene
		Vermarktlichung (Ökonomisierung)
<i>Primäre Steuerung</i>	Meso-Korporatismus	Kompetitiver Selbstverwaltungskorporatismus
<i>Ambulanter Sektor</i>	Korporatistisch	Korporatistisch + marktlich
<i>Stationärer Sektor</i>	Staatlich	Korporatistisch + marktlich
<i>Arzneimittelsektor</i>	Marktlich	Marktlich
<i>Gesellschaft</i>		Privatisierung von Krankheitskosten Stärkung Eigenverantwortung der Bürger:innen
<i>Staatsmodell</i>	Leistungsstaat	Gewährleistungsstaat
<i>Staatlichkeitsmodell</i>	Interventionsstaat	Kooperativer Staat

Quellen: Gerlinger (2014), Winter (2014); eigene Zusammenstellung und Darstellung.

Begründet wird diese Entwicklung hin zu einem stärker marktwirtschaftlich ausgerichteten Ordnungsrahmen durch die Schaffung von Quasimärkten vielfach durch »Kostenexplosion, Steuerungsmängel, Ineffizienz und mangelnde Transparenz« (Kevenhörs-ter 2015: 326). Gesucht wurde demnach ein »gleichermaßen funktionsfähige[s] wie »ordnungs- politisch« legitimierte[s] Instrumentarium zur Bewältigung der Kostenentwicklung« (Döhler/Manow 1995: 53).

Für die Einleitung dieses Umbruchs steht insbesondere das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz; GSG) aus dem Jahr 1992 (vgl. Deutscher Bundestag 1992). Das GSG führte insbesondere die Krankenkassenwahlfreiheit für gesetzlich Versicherte, und damit den Wettbewerb (über Beitragssatz und Leistungsangebot) zwischen den Kassen um

Versicherte, ein und deckelte die Krankenhausbudgets.²¹ Die Budgetdeckelung ist der Ausgangspunkt für die weitere Umgestaltung im Rahmen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000), mit der dann eine wettbewerbsermöglichenden Vergütung über Fallpauschalen für »Diagnosebezogene Fallgruppen« [*Diagnosis Related Groups; DRG*] anstelle der Erstattung der tatsächlichen Kosten (Selbstkostendeckung) eingeführt wurde (vgl. Deutscher Bundestag 1999).²² Hiermit begann ein Liberalisierungsprozess, der für eine strategische Verschiebung in der staatlichen Steuerung steht, in deren Rahmen sich die korporatistischen Arrangements in der Gesundheitspolitik verändern (vgl. Winter 2014: 190).

Während bereits seit den 1970er-Jahren ökonomische – und damit eigentlich dem Politikfeld Gesundheit systemfremde – Steuerungsziele hinzugekommen waren,²³ erweitert das GSG diese »traditionelle Kostendämpfungspolitik« um eine Veränderung der »steuerungspolitischen Strukturen« (Böhm 2008: 7). Mit den Strukturreformen wettbewerblicher Art, die den »Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik« kennzeichnen, verändert sich das »Steuerungssystem des Gesundheitswesens nachhaltig« (ebd.: 8). Bandelow (2004b: 93) spricht von einer »Globalsteuerung« in den 1990er-Jahren, die maßgeblich an der Ausgabenseite ansetzte und diese durch eine Budgetierung der Ressourcen begrenzte.

Seit 1992 steigen sowohl die »Komplexität des Steuerungsgebietes« als auch die Steuerungsaktivitäten (2008: 68). Dabei wird die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene aufgewertet, womit sich für den Krankenhaussektor der generelle Trend zur »Zentralisierung der Steuerung im Gesundheitswesen« bestätigt (ebd.: 69). Die Strukturreformen knüpften mit der Stärkung der Selbstverwaltung als »eigentlichem Steuerungszentrum der Gesundheitspolitik« an ein etabliertes, ordnungspolitisch legitimierte Modell an (Döhler/Manow 1995: 54). Der Staat blieb weiterhin ein maßgeblicher Akteur. Im Gegensatz zur direkten Regulierung insbesondere im stationären Sektor bis in die 1990er-Jahre nahm er dabei jedoch die Rolle des rahmensetzenden Staates ein, die er im ambulanten Sektor mit traditionell starkem Verbandseinfluss bereits seit den 1950er-Jahren inne hatte (vgl. Bandelow 2009: 177). Insofern erfolgte hier eine Angleichung der sektoral ausdifferenzierten Regulierungssysteme. Der primär

-
- 21 Die Budgetdeckelung war ein Steuerungsimpuls der auf Ärzt:innen und Krankenhäuser wirken sollte, die ohne Ausgabenbegrenzung dem finanziellen Anreiz unterlagen, »Diagnostik und Therapie medizinisch unbegründet auszuweiten« (Gerlinger 2014: 45). Deckelung und Wettbewerb stellen eine genau umgekehrte ökonomischen Anreizstruktur für die Leistungserbringer:innen dar (vgl. Winter 2014: 191).
 - 22 Hiermit geht für Krankenhäuser die Möglichkeit einher, Gewinn oder Verlust zu erwirtschaften, während gleichzeitig die Budgetdeckelung obsolet wurde.
 - 23 Aus der Perspektive auf eine funktional in Subsysteme ausdifferenzierte Gesellschaft (zur Systemtheorie siehe Kapitel I.2.1) steht die Ökonomisierung des Gesundheitssektors für eine Ausweitung der Dominanz des Wirtschaftssektors, dessen Funktions- und Steuerungslogik aufgrund seiner Sonderstellung in die anderen Sektoren diffundiert. Die enge Verbindung des Gesundheits- mit dem Wirtschaftssektor geht davon unabhängig bereits mit der Konstruktion der Sozialversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen einher. Diese setzt auf eine Beitragsfinanzierung über die Lohnnebenkosten (vgl. Bandelow 2004b: 90).

durch korporatistische Steuerungselemente gekennzeichnete ambulante Sektor wurde marktlicher, der lange durch staatliche Steuerung dominierte stationäre Sektor wurde sowohl korporatistischer als auch marktlicher. Damit fand eine Verschiebung von der korporatistischen Verbändesteuerung auf der Mesoebene zur Steuerung von Individualakteuren auf der Mikroebene statt. Beide näherten sich damit dem primär marktlich geprägten Arzneimittelsektor an (vgl. Gerlinger 2014: 36, 52f., 57).

Staatliche Steuerung erfolgt über Wettbewerb und (korporatistische) Selbstverwaltung, allerdings im Schatten der Hierarchie.²⁴ Mithin wird auch von der »Selbstorganisation im Schatten des Staates« gesprochen, die sich seit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) als korporatistisches Organisationsprinzip der unterschiedlichen (Experten)Gremien im Gesundheitswesen bis in die 2000er-Jahre hinein durchgesetzt hat (vgl. Landmann 2007: 27). Auf der einen Seite wird für die letzten Jahrzehnte damit eine pfadabhängige Entwicklung gezeichnet. Auf der anderen Seite wird aber auch hervorgehoben, dass sich der Charakter der Korporatisierung geändert habe: Erfolgte die korporatistische Steuerung bis 1992 mit dem Ziel einer verbesserten Problemlösungsfähigkeit, diente sie nachfolgend als Flankierung der Wettbewerbsausweitung (vgl. Gerlinger 2014: 65; Böhm 2008: 73). Es vollzog sich ein »inkrementeller, aber deutlich identifizierbarer Wandel« (Gerlinger 2014: 52). Diese graduellen Veränderungen fanden »innerhalb des etablierten Institutionengefüges« statt (Winter 2014: 191). Mit dem Umbau des Regulierungssystems erfolgt zwar einerseits eine Verlagerung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf die Selbstverwaltung und damit deren Aufwertung. Auf der anderen Seite führt die Wettbewerbsetablierung zu verstärkter Konkurrenz und damit zur Machtdiffusion. Die Selbstverwaltung wechselt so von einem zentralistischen zu einem dezentralen wettbewerblichen Charakter (vgl. Bandelow 2004a: 58, 2009: 178). Winter (2014: 193) spricht von einem »Prozess der gleichzeitigen Verstaatlichung und Vermarktlichung«.

Die logische Verbindung zwischen der Etablierung von Wettbewerbsstrukturen einerseits und der Stärkung korporatistischer Institutionen der Selbstverwaltung andererseits besteht in der wahrgenommenen Regulierungsnotwendigkeit. Nicht intendierte Nebenwirkungen und Fernfolgen sollen verhindert und ein fairer Wettbewerb ermöglicht werden, ohne dabei gleichzeitig den Staat übermäßig durch Kosten- und Verantwortungsübernahme zu belasten. Mithin ging es um die Etablierung eines regulierten Wettbewerbs beziehungsweise Marktes (vgl. Gerlinger 2014: 52).²⁵ Dem »Kompetenzgewinn der Verbände« steht daher eine »gleichzeitige Ausweitung staatlicher Kontroll- und

24 Die Verabschiedung des GSG, trotz des Widerstandes der Interessenorganisationen, die zuvor immer als starke Vetospieler wahrgenommen worden waren, wurde als einen »Rückgewinn staatlicher Steuerungsautonomie« und »überraschende[r] Erfolg hierarchischer Steuerung« gewertet (Bandelow 2004b: 101). Sie führte in der Folge aber nicht zu einem Erstarken dieser Steuerungsform.

25 Dieser wird im Risikostrukturausgleich (RSA) deutlich. Ein unregulierter Wettbewerb zwischen Krankenkassen würde zu einer Selektion solcher Versicherten führen, die viel verdienen und sehr gesund sind, weil so hohe Einnahmen bei geringen Ausgaben realisiert werden könnten. Der (mehrmals reformierte) (Morbi-)RSA gleicht unterschiedliche Morbiditätsrisiken und (Gesundheits-)Merkmale der Versicherten, durch entsprechend unterschiedlich hohe Finanzzuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds, aus. Auf diesem Weg soll ein Wettbewerb eta-

Mitwirkungsrechte« gegenüber (Bandelow 2009: 177). Folglich nehmen gesetzliche Regelungen zu, die den Handlungsraum der Akteure beschränken. Zumindest in Teilen tritt damit an die Stelle des Meso-Korporatismus ein Mix aus »staatlicher Normsetzung auf der Makroebene« und Wettbewerbselementen auf der Mikroebene (Winter 2014: 191).

V.1.2.2 2000er-Jahre: Zentralisierung und Hybridisierung

Die mit dem GSG Anfang der 1990er-Jahre eingeschlagene Entwicklungsrichtung setzte sich kontinuierlich pfadabhängig in inkrementellen Schritten fort (vgl. Gerlinger 2014: 64). Denn die damit getroffene »Grundentscheidung für ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen [...] sollte die weiteren Reformschritte bis weit ins neue Jahrtausend prägen« (Knieps 2016: 27). Infolge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz; GMG) von 2002 erfolgte 2004 die Einsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (vgl. Deutscher Bundestag 2003).²⁶ Mit diesem Zusammenschluss der Bundesausschüsse der Ärzte beziehungsweise Zahnärzte und Krankenkassen, des Ausschusses Krankenhaus (2001 als Modellübertragung vom ambulanten auf den stationären Sektor gegründet) sowie des ebenfalls 2001 gegründeten Koordinierungsausschusses wurde die »zentrale Steuerungsinstitution der gemeinsamen Selbstverwaltung geschaffen« (Knieps 2016: 28). Der G-BA löste aber nicht nur die bestehenden Bundesausschüsse ab und sollte damit als oberstes Verhandlungsgremium eine bessere Koordination ermöglichen. Im Zuge seiner Etablierung nahm er auch (advokatorische) Vertreter:innen von Patient:innen-, Behinderten und Verbraucher:innenverbänden mit auf. Durch die Einbindung einer größeren Bandbreite an Akteuren in den G-BA verstärkte der Staat die ohnehin stattfindende Pluralisierung der Interessenvertretungslandschaft im Gesundheitssektor (vgl. Winter 2014: 192).²⁷ Die Vertreter:innen dieser schwachen Interessen haben zwar

bliert werden, der über differenzierte Leistungsangebote, Qualität und effizientere Leistungserbringung funktioniert (vgl. Landmann 2007: 16ff.; BMG 2020c; Gerlinger 2014: 43f.).

Hieran wird deutlich, dass Steuerungsimpulse (wie die Schaffung von Wettbewerb) nicht nur die intendierte Steuerungswirkung entfalten (wenn überhaupt), sondern daneben auch Fehlsteuerungen und -anreize nach sich ziehen können. Diese führen dann möglicherweise entweder zur Nachsteuerung oder zu neuen flankierenden Steuerungsimpulsen. In der Folge besteht politische Steuerung häufig aus einem Instrumentenmix.

- 26 Der G-BA kann unter anderem Behandlungsmethoden überprüfen und verfügt durch die Festlegung von Mindestmengen an von Krankenhäusern zu erbringenden planbaren Leistungen über ein »qualitätsorientierte[s] Leistungssteuerungselement« (Böhm 2008: 37). Die Qualitätssicherung ist gesetzlich stark reguliert, wobei immer mehr Kompetenzen und Zuständigkeiten beim G-BA gebündelt wurden (insbesondere mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004). Mit der Einführung der DRGs übertrug der Gesetzgeber darüber hinaus eine ganze Reihe neuer Aufgaben an die Akteure der Selbstverwaltung (ebd.: 51).
- 27 Die stärkere Berücksichtigung der Interessen von Patient:innen und Verbraucher:innen zeigt sich auch bei den Einladungen zu Anhörungen in den Gesundheitsausschuss. Bei zehn untersuchten Gesetzesanhörungen in der 19. Legislaturperiode wurde so etwa der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) in neun der zehn Anhörungen eingeladen, die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE) in sieben Sitzungen (hinzu kamen einzelne Einladungen weiterer Patient:innen- oder Selbsthilfeorganisationen).

ein Mitberatungs- und Antragsrecht, sind aber nicht stimmberechtigt. Aus Steuerungsperspektive ist die Festlegung des Entscheidungsmodus relevant. Der Modus der Mehrheitsentscheidung soll Blockaden trotz heterogener Interessenlagen und einer Vielzahl an Akteuren im G-BA verhindern (vgl. Bandelow 2004a: 60).²⁸

Diesen Paradigmenwechsel möchte ich als Hybridisierung bezeichnen, was insbesondere die Erkenntnis aufgreift, dass in der Wissenschaft für die 1990er-Jahre sowohl ein Aufbau korporatistischer Strukturen als auch deren Abbau im Zug der Ökonomisierung konstatiert wird.²⁹ Döhler und Manow (1995: 63) sprechen daher davon, dass per se weder von einer Enthierarchisierung noch einer stärker kooperativen Staatstätigkeit gesprochen werden könne, sondern die Entwicklung in Wellen stattfindet. Der Wechsel des Paradigmas ist damit nicht durch eine neue dominante Steuerungsform gekennzeichnet, sondern durch einen stabilen Steuerungsmix. Die Stabilisierung betrifft auch auf die vormals stark differenzierten Regulierungssysteme in den unterschiedlichen Sektoren (ambulanter Sektor, stationärer Sektor, Arzneimittelsektor), die sich zunehmend angleichen. Diesen Mix zeichnet die parallele Weiterentwicklung beziehungsweise Ausweitung sowohl wettbewerblicher als auch korporatistischer Steuerungselemente aus. Bandelow (2004a: 57) und von Winter (2014: 179) sprechen von einem Wettbewerbskorporatismus anstelle eines Tauschkorporatismus, Gerlinger (2014: 60) von einem »staatlich domestizierten Wettbewerbskorporatismus«. In der Summe der Steuerungsinstrumente liegt dieser Mix einer Selbstverwaltung im Schatten der Hierarchie näher an der hierarchischen Steuerung als an der Steuerungsform der Selbstorganisation im Rahmen des klassischen Meso-Korporatismus. Wenngleich korporatistische Regulierungsstrukturen erhalten bleiben, so ändert sich doch die zentrale Funktion der Selbstverwaltung. Im Kern geht es nicht (mehr) um Selbstorganisation auf der Mesebene, sondern um die Organisation des Wettbewerbsrahmens auf der Mikroebene (vgl. Winter 2014: 192).

Bei diesem Wandel spielte der Staat eine tragende Rolle. Er hat »die Transformation des Steuerungsmodells aktiv herbeigeführt und gestaltet«, sodass auch für das Feld der Gesundheitspolitik kein Niedergang staatlicher Steuerungs- und Handlungsfähigkeit konstatiert werden kann (2008: 74). Es erfolgt vielmehr ein Wechsel vom direkt steuernden Staat hin zur indirekten Steuerung. Nach Gerlinger (2014: 54) bedient sich der Staat »zunehmend einer vielgestaltigen und detaillierten prozeduralen Steuerung.« Er

28 2007 folgte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das Krankenkassen und G-BA umstrukturierte. Die Qualitätssicherung durch den G-BA wurde vereinheitlicht und seine Zuständigkeit von der Struktur- und Ergebnisqualitätssicherung auf die Prozessqualität ausgeweitet (Böhm 2008: 62).

29 Dieser wird etwa an der gegensätzlichen Entwicklung im stationären und ambulanten Bereich sichtbar. Beide sind durch einen Ausbau von Wettbewerbselementen geprägt. Während diese im stationären Bereich mit einer Stärkung korporativer Strukturen einhergehen, geht der Korporatismus im ambulanten Bereich zurück. Es fand eine Liberalisierung des Vertragsrechts statt. Das Monopol der KVen im Kollektivvertragssystem mit den Krankenkassen wurde aufgebrochen, indem zusätzlich Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Ärztegruppen ermöglicht wurden. Zugleich wird damit die Landschaft relevanter Akteure pluraler (vgl. Gerlinger 2014: 40, 42, 53f.; Winter 2014: 192). Böhm (2008: 72) vertritt die These, dass sich dies mit der unterschiedlichen Funktion des korporatistischen Settings erklären lasse. Erfüllt dieses eine regulierende Funktion, so erfolgt dessen Auf- und Ausbau. Dient das Setting dagegen primär zur Allokation wird es durch Wettbewerbselemente ersetzt.

setzt den Handlungsrahmen (Finanzrahmen, institutionelle Entscheidungs- und Verfahrensregeln, gesetzliche Vorschriften) und wirkt auf die Handlungsspielräume der Akteure (Kompetenzen, Ressourcen) ein. So komme es, auch wenn es auf den ersten Blick kontraintuitiv erscheint, in der Summe eher zu einer »Ausweitung staatlicher Intervention« (ebd.).

Hierbei bedient er sich der bestehenden korporatistischen Gremien, insbesondere der zentralen Institution des G-BA. Letzterer wird durch die Zentralisierung von Kompetenzen sogar aufgewertet und durch die Beteiligung weiterer Interessengruppen wie der Patient:innen breiter legitimiert. Diese Delegation im Kontext der gleichzeitigen Wettbewerbsetablierung ist der Kern der Verschiebung vom Meso-Tauschkorporatismus zum Mikro-Wettbewerbskorporatismus (vgl. Winter 2014: 193).

Auch Böhm (2008: 66) erkennt einen Wandel in »Richtung eines neuen Steuerungsmodells [...] jenseits von korporatistischer und hierarchischer Steuerung«. Dies macht sie nicht nur am G-BA fest, der im Zeitverlauf beständig neue Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erhalten hat. Vielmehr seien Professionalisierungstendenzen in Form von Verwissenschaftlichung erkennbar, die die Bedeutung der Interessen der Selbstverwaltungsakteure zurückdrängen sollen. Hierzu zählt sie die Einführung hauptamtlicher unparteiischer Mitglieder und die Etablierung unabhängiger Institute, etwa des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)³⁰ zur Qualitätssicherung medizinischer Maßnahmen und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)³¹ für die ambulante und stationäre Versorgungsqualität. Damit hätten sich »sowohl die Steuerungsformen als auch die Steuerungsakteure und -felder neu justiert« (ebd.: 73).³² Verwissenschaftlichung ermöglicht es nach Lehbruch (1988: 25), Interessenverbände »von Konsensproblemen zu entlasten und womöglich unter das Diktat einer Sachlogik zu stellen.« Eine verstärkte Qualitätssicherung, gekennzeichnet durch Vorschriften und Kontrollorgane, beschränkt den Handlungsspielraum der Akteure bei der Wahl der Instrumente, die unter den etablierten Wettbewerbsbedingungen dem (staatlichen) Ziel der Kostenreduktion dienen (über Effizienzsteigerung statt Qualitätsabsenkung).

Noch heterogener werden die Steuerungsformen beim Blick auf die Gesellschaftsteuerung mit Fokus auf die Bürger:innen. Bei den Reformen in den 1990er- und 2000er-Jahren standen zwar die Kollektivakteure als Adressaten im Mittelpunkt. Mit der Ausweitung von Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung und zu Arzneimitteln, der Einführung beitragsreduzierender Wahltarife mit Selbstbeteiligung und dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag³³ wurden Krankheitskosten privatisiert. Ein Ziel dieses Steuerungsimpulses, der die Eigenverantwortung der Versicherten stärkt und über finanzia-

30 Das IQWiG wurde im Jahr 2004 in der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) gegründet.

31 Das IQTiG wurde im Jahr 2014 in der Umsetzung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG) geschaffen.

32 Döhler und Manow (1997: 147) verorten den Beginn der »Verwissenschaftlichung des gesundheitspolitischen Strategiediskurses« bereits Mitte der 1970er-Jahre, wobei es zu einer breiten, und nicht nur auf finanzstarke Akteure beschränkten »Expertisierung und Technokratisierung« kam.

33 Die variable Höhe des 2015 eingeführten einkommensabhängigen Zusatzbeitrags in der GKV ist darüber hinaus ein weiteres Element im Wettbewerb zwischen den Kassen.

elle Anreize wirkt (Kostenvermeidung) – also eine Form der indirekten Steuerung darstellt –, ist die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens beziehungsweise die Sanktionierung gesundheitsschädlichen Verhaltens (vgl. Gerlinger 2014: 47). Davon unabhängig wirkt die Privatisierung von Kosten aber grundsätzlich kostendämpfend, weil Zuzahlung auch bei nicht dem individuellen Verhalten zuzuschreibenden Krankheiten fällig werden.

Welche Auswirkungen sind damit für die staatliche Steuerungsfähigkeit verbunden? Die zunehmende inhaltliche Komplexität wird von einer Ausdifferenzierung der Steuerungselemente (Formen, Akteure) begleitet. Insofern erscheint zunächst eine abnehmende Steuerungsfähigkeit wahrscheinlich. Döhler und Manow (1997: 167f.) dagegen argumentieren, dass sich eben nicht nur die Leistungen und Aufgaben vervielfacht hätten, sondern die gleichzeitig steigende Anzahl an steuerungsrelevanten Akteuren und Institutionen auch eine spezifischere Zuweisung von Verantwortlichkeiten ermögliche, womit die staatliche Steuerungsfähigkeit zunehme. Dies würde ich in der Logik dieser Abhandlung jedoch als eine Zunahme des Steuerungspotenzials aufseiten der Steuerungsobjekte bezeichnen, wohingegen die Auswirkung auf die Steuerungsfähigkeit des Steuerungssubjekts negativ ist, weil der Ressourcenaufwand für Steuerung steigt.

Die auf Verhandlung setzende Selbststeuerung im Gesundheitssektor funktioniert, führt jedoch zu Strukturkonservatismus. Geronnene Strukturen erschweren nicht nur grundlegende Reformen und damit neue Strategien, um den bestehenden Herausforderungen zu begegnen. Sie weisen auch Defizite in ihrer demokratischen Legitimation auf (vgl. Bandelow 2004b: 105). Dies betrifft nicht nur die Inputlegitimation infolge der Inkorporierung bestimmter Interessen, unter denen Patient:innen und Versicherte allenfalls schwach vertreten sind. Auch aufseiten der Output-Legitimation führt die Korporatisierung zur Schleifung gemeinwohlorientierter gesundheits- und umverteilungs-politischer Steuerungsziele.

Dem stehen eine Steigerung der politischen Reformfähigkeit der Gesundheitspolitik und damit eine Stärkung der staatlichen Steuerungsfähigkeit gegenüber. Mit den dargestellten Veränderungen ging einher, dass heute kein Verband mehr über eine explizite Vetoposition verfügt. Gesundheitspolitische Reformen erfolgen in Aushandlungen zwischen Politiker:innen und Expert:innen und nicht mehr in den etablierten korporatistischen Verhandlungsarenen von Staat und Verbänden. Die Kollektivakteure im Gesundheitssektor sind damit zur Einflussnahme auf ihr lobbyistisches Instrumentarium zurückgeworfen (vgl. Bandelow 2009: 183f.).

In ihrer Untersuchung über die Innovationsfähigkeit des Gesundheitswesens stellen Heyen und Reiß (2014a: 248f.) die Akteurskonstellation als ein Nebeneinander konfligierender Partikularinteressen dar, deren Konfliktregulation durch Verhandlungen in korporatistischen Arrangements und Lobbyismus in wettbewerblichen Settings geprägt ist. Notwendig sei aber Dialog, der durch die »*Förderung von Kooperationen und kooperationsfreundlichen Rahmenbedingungen* [Herv. i. O.]« – also durch Kontextsteuerung – ermöglicht werden kann (Heyen/Reiß 2014b: 269). Aus Dialogkonstellationen heraus kann ein gemeinsames Leitbild entstehen. Ein solches geteiltes Leitbild erhöht wiederum die Steuerbarkeit der Akteure. Es ermöglicht, partikularinteressenübergreifende Ziele zu formulieren. An diese angepasste Steuerungsziele und Steuerungsinstrumente besitzen damit ein geringeres Potenzial, Konflikte auszulösen, einzelne Vetospieler auf den Plan

zu rufen oder Verweigerung zu provozieren. Gleichwohl können die Ansichten über die geeigneten, angemessenen oder akzeptablen Mittel zur Zielerreichung weiterhin erheblich variieren, sodass ein Steuerungserfolg alles andere als garantiert ist. Auch die inhalts- und problembereichsbezogene Komplexität des Gesundheitswesens erschwert die Steuerungsfähigkeit, insbesondere weil zum Teil diametral entgegenstehende politische Ziele (gleicher Zugang, Qualität, Kosten etc.) austariert oder priorisiert werden müssen. Der Versuch, die Steuerungsfähigkeit in der Gesundheitspolitik zu erhöhen, um diese Ziele zu erreichen, wird an (den) vielen Reformen im Politikfeld ersichtlich (vgl. Knieps 2016: 32).

Die Genese des Gesundheitssektors, wie sie hier für den Zeitraum seit den 1980er-Jahren kurz skizziert wurde, prägen Kontinuität und Diskontinuitäten, da Entwicklungsdynamiken immer wieder Pfadabhängigkeiten perforieren. Die bisher beschriebene Entwicklung des Steuerungs- und Regulierungssettings im Gesundheitssektor gerät im Zuge der Digitalisierung aus unterschiedlichen Richtungen unter Veränderungsdruck. Allerdings folgt aus steigendem Druck nicht zwingend ein schneller Wandel.

»Das deutsche Gesundheitssystem gehört – ohne Frage – zu den besten der Welt. Doch während in anderen Ländern moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in der Medizin längst flächendeckend etabliert sind, befinden wir uns in Deutschland bei der Einführung und Nutzung von Informationstechnologien auf einem Entwicklungsniveau, das in anderen Wirtschaftssektoren wie Handel oder der Industrie teilweise schon vor Jahrzehnten erreicht wurde« (Elmer 2016: 103).

Die Auslöser für Anpassungs- und Wandlungsprozesse liegen regelmäßig außerhalb des Politikfeldes. Auf die ubiquitäre Digitalisierung trifft dies aufgrund ihres Querschnittscharakters nur zum Teil zu. Mit ihr gehen auch feldinhärente Veränderungen einher. Hierzu zählen etwa medizintechnische Fortschritte wie neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten, räumliche Entkopplung durch Telemedizin und Videosprechstunden. Mit diesen wird, wie auch mit den Gesundheits-Apps, daher auch das Potenzial verbunden, die medizinische Versorgung (insbesondere Haus-, aber auch Fachärzt:innen und Krankenhäuser) in benachteiligten ländlichen Räumen zu verbessern. Sie erzeugen gleichzeitig auch die Gefahr für neue Ungleichheiten aufgrund fehlender Digitalkompetenzen, sprachlicher Hürden oder damit verbundener Kosten für Computer, Tablet, Smartphone oder (monatliche) App-Gebühren (vgl. Gerlinger et al. 2019: 166; Mlinaric/Knöchelmann 2019). Somit besteht durchaus die Gefahr neuer Formen des digital divide im Gesundheitswesen.³⁴

Im Digital-Health-Index der Bertelsmann Stiftung gelang Deutschland 2018 im Ranking von 14 EU- und 3-OECD-Ländern auf Platz 16 von 17. Neben »typischen strengen

34 Diese wäre äquivalent zu dem sich in der Coronakrise zeigenden digitale divide im Bildungssektor zwischen Schüler:innen beim breitbandigen Zugang zu digitalen Bildungsinhalten, der notwendigen technischen Ausstattung (Computer, Kamera etc.) für digitale Lehre sowie dem notwendigen technischen Verständnis für Einrichtung, Betrieb und Problembehebung (auch vonseiten der Eltern) (vgl. Klein 2020: 17).

Datenschutzbestimmungen« wurden als Gründe dafür das Fehlen einer »zentrale[n] politische[n] Koordination«, einer »übergeordneten strategischen Orientierung und [von] finanziellen Anreizen« genannt (Thiel et al. 2018: 225). Wie steht es um die allenthalben konstatierte Digitalisierung, die, bezogen auf das Gesundheitswesen, häufig mit dem Begriff »eHealth« [*electronic health*] bezeichnet wird, in Deutschland vor dem Hintergrund staatlicher Steuerungsbemühungen?

Im Folgenden sollen zunächst exemplarisch an dem Auf- und Ausbau der digitalen Gesundheitsinfrastruktur sowie digitaler Steuerungsinstrumente in der Coronapandemie unterschiedliche Entwicklungsrichtungen staatlicher Steuerung aufgezeigt werden. Daran anschließend, rücken grundlegende Trends eines sich digitalisierenden Gesundheitswesens mit Blick auf ihre Auswirkungen auf staatliche Steuerung in den Blick.

V.1.3 Policy: Digitale Gesundheitsinfrastruktur und Versorgungsangebote

»Deutschland liegt beim Ausbau der technischen Infrastruktur und der Etablierung von digitalen Versorgungsangeboten deutlich hinter vergleichbar entwickelten Sozialstaaten zurück« (Behm/Klenk 2020: 497). Dahinter stehen keine technischen Schwierigkeiten. Vielmehr zeigt sich gerade in diesem Bereich deutlich, dass hinter (nicht stattfindenden) Digitalisierungsprozessen aktiv handelnde Akteure mit spezifischen Interessen und Präferenzen stehen. Weil technologische Innovationen immer auch soziale und politische Implikationen besitzen, ergeben sich dabei nicht selten konflikthafte Akteurskonstellationen (vgl. Gerlinger et al. 2019: 161). Behm und Klenk (2020: 497) erkennen in der Akteurskonstellation und dem Selbstverwaltungsprinzip den maßgeblichen Faktor, der aufgrund von »Interessenblockaden [...] allenfalls inkrementelle Veränderungsprozesse« erlaubt. »[A]s long as the traditional self-administration actors had the institutional resources to block change, health care digitalization mainly stalled« (Bogumil-Uçan/Klenk 2021: 499). Dies wird im Folgenden am Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur nachgezeichnet. Anschließend stehen Apps als neues Versorgungsangebot sowie Gesundheitsdaten als zentrale Größe in der digitalen Gesundheitsinfrastruktur im Fokus.

V.1.3.1 Elektronische Gesundheitskarte

Die Steuerungsprobleme und Schwierigkeiten in der Koordination zeigen sich exemplarisch bei der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Sie ist nicht nur ein häufig genanntes Fall für das Scheitern beziehungsweise die Verzögerung und Fehlplanung staatlicher Großprojekte. Sie ist auch ein »Beispiel *par excellence* [Herv. i. O.] für die Implementationsprobleme im Gesundheitswesen« aufgrund von Blockaden, wie sie sich unter anderem aus »ungeklärten Fragen der Finanzierung und des Datenschutzes« ergeben (Behm/Klenk 2020: 499).

Die eGK sollte die 1994 eingeführte Krankenkassenkarte ersetzen und einen zentralen Baustein in der Digitalisierung des Gesundheitssystems darstellen. Erste Überlegungen dazu finden sich bereits seit Mitte der 1990er-Jahre (siehe etwa Eysenbach 1995). In einer Studie von Roland Berger (1997) für das Forschungs- und das Gesundheitsministe-