

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-

rium wurden Empfehlungen für den Aufbau einer Telematikinfrastruktur gegeben, auf der eine Gesundheitsplattform basieren sollte, um etwa elektronische Patientenakten und elektronische Rezepte zu ermöglichen. Ein »unentbehrliches Element einer zukünftigen Kommunikationsplattform« seien dabei die »Datenkarten im Gesundheitswesen«, die »als Identifikationsausweis und als Schlüssel [...] aus dem System nicht wegzudenken« sind (ebd.: 39). Aus diesen Empfehlungen folgte zunächst nichts. Auf die politische Agenda rückte das Projekt erst wieder im Zuge des Medikamentenskandals um den Blutdrucksenker Lipobay im Jahr 2001.<sup>35</sup> Infolge der öffentlichen Debatten um Arzneimittelsicherheit und mehr Transparenz im Gesundheitswesen erweiterte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) den geplanten Medikamentenpass zu einem datenreicheren Gesundheitspass für alle Bürger:innen (Flintrop 2001: 2920). Seit 2002 wird dann statt von einem Pass von der elektronischen Gesundheitskarte gesprochen (vgl. Dietzel 2002: 1418).

Tabelle 12: Ausgewählte Gesetze auf dem Weg zur digitalen Gesundheitsinfrastruktur

Jahr	Abkürzung	Kurzfassung	Titel
2003	GMG	GKV-Modernisierungsgesetz	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
2005			Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen
2010	GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
2015			Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze
2018	PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz	Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
2019	TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung
2019	DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz	Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation
2020	PDSG	Patientendaten-Schutz-Gesetz	Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Darstellung.

35 Weltweit wurden 52 Todesfälle mit verstärkten Nebenwirkungen des Präparats bei einer Vergabe in Kombination mit anderen Wirkstoffen in Verbindung gebracht. Dazu habe beigetragen, dass eine »einfache, übersichtliche und klare Darstellung der Arzneimittel-Interaktionen« fehle (Zylka-Menhorn 2001: 2077). In Verbindung mit einer Speicherung der verabreichten Medikamente hätten Todesfälle »wahrscheinlich verhindert werden können, wenn Medikationsdaten elektronisch auswertbar vorgelegen hätten« (Elmer 2016: 98).

Aus der Perspektive auf die angestrebte Steuerungswirkung jenseits des Lipobay-Skandals orientierte sich die Wahl der Digitalisierungsoption eGK an den bereits dargestellten Zielpräferenzen der 1990er-Jahre: den der größeren Effizienz und damit Kostendämpfung sowie der besseren Qualität durch Transparenz und Vernetzung.<sup>36</sup> Bereits zum Start sollte die eGK ein breites Angebot an Funktionalität bereitstellen. Zu den Pflichtangaben (§ 291 Abs. 2 und § 291a Abs. 2 SGB V) gehörten der Versicherungsstatus und die Stammdaten, der Berechtigungsnachweis für Inanspruchnahme von Leistungen (weshalb auch ein Lichtbild zur Identitätsüberprüfung erforderlich wurde), die Nutzung als europäische Krankenversicherungskarte sowie ärztliche Verordnungen (elektronisches Rezept). Daneben musste bereits die Unterstützung für die elektronische Patientenakte, Arztbrief und medizinische Notfalldaten, genauso sichergestellt werden wie die genutzten Leistungen und deren Kosten sowie die Dokumentation der verschriebenen oder eingenommenen Medikamente (§ 291a Abs. 3 SGB V) (Deutscher Bundestag 2003: 2232f.; vgl. auch Frielitz 2015: 1032).

2003 wurde die Einführung der eGK mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz; GMG) beschlossen (im angepassten Gesetzestext im SGB V wurde die Karte aber weiterhin als Krankenversicherungskarte bezeichnet). Als Steuerungsinstrument kam hierarchische Steuerung in Form von Geboten zum Einsatz. Mit den Änderungen in Art. 1 GMG an § 67 und § 291(a) SGB V wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, bis spätestens 01.01.2006 die eGK an alle Versicherten auszugeben und »so bald und so umfassend wie möglich« von papiergebundener auf elektronische Kommunikation von »Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichten« umzustellen (Deutscher Bundestag 2003: 2201). Die genaue Ausgestaltung wurde allerdings, dem Prinzip der Selbstverwaltung folgend, den Akteuren überlassen. Hierfür sollte dem Gesundheitsministerium bis 2004 ein Konzept durch die Spitzenverbände von GKV und Leistungserbringern vorgelegt werden. Die für die angestrebte Funktionalität der eGK notwendige Vernetzung zwischen Arztpraxen, Krankenkassen, Apotheken und Krankenhäusern stellte komplexe Anforderungen (Datensicherheit, Interoperabilität, Anbindung/Konnektoren) an die zugrundeliegende Infrastruktur (vgl. Frießem et al. 2005). Daher ist die eGK und ihr langwieriger Einführungsprozess nicht unabhängig von der sogenannten Telematikinfrastruktur (TI) zu betrachten. Die TI ist die technische, infrastrukturelle Basis, auf der die angebotenen Dienste aufbauen.<sup>37</sup> Sie vernetzt Krankenkassen, Ärzt:innen, Apotheken und andere Leistungserbringer:innen (sowie Patient:innen).<sup>38</sup> Im Kern geht es aber um den darüber ermöglichten ununterbrochenen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen allen

36 Der mit Art. 1 GMG eingefügte neue § 67 im SGB V formuliert entsprechend die Zieldimension einer »Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung« (Deutscher Bundestag 2003: 2201). § 271a zur eGK spricht von der »Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung« (ebd.: 2233).

37 Mitunter wird sie auch, wie im Entwurf des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSC) als »Datenautobahn des Gesundheitswesens« bezeichnet (Deutscher Bundestag 2020a: 1).

38 Eine bessere Verknüpfung kann auch Schnittstellen zwischen bislang unterbrochenen Versorgungsverläufen (zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Haus- und Fachärzt:innen, zwischen Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege) schaffen (Gerlinger et al. 2019: 158f.).

Akteuren. Die eGK ist der Schlüssel der Versicherten zur Nutzung der TI und für den Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten, die nicht auf der Karte oder zentralen Servern liegen sollten, sondern bei den Arztpraxen und Krankenhäusern.<sup>39</sup>

Bereits 2002 hatten die Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens eine Steuerungsgruppe unter Berücksichtigung von Wissenschaft, Patient:innen und Zivilgesellschaft einberufen, um das strategische Vorgehen zu koordinieren. Ein Jahr später startete das Projektkonsortium better IT for health (BIT4health) mit der Entwicklung der Gesamtarchitektur (vgl. Frielitz 2015: 1033). 2005 wurde dann die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) von den Selbstverwaltungsakteuren gegründet, um eine bessere Handlungsfähigkeit beim Aufbau der TI zu erzielen. Damit kamen sie der Vorgabe im Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen nach, die für die eGK notwendige »interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur« im Rahmen einer »Gesellschaft für Telematik [...], die die Regelungen zur Telematikinfrastruktur trifft sowie deren Aufbau und Betrieb übernimmt«, wahrzunehmen (Deutscher Bundestag 2005: 1721).

Die Zusammensetzung der Gesellschafter:innen (Stimmrecht) der gematik bestand paritätisch aus den Kostenträgern (GKV-Spitzenverband) und den Leistungserbringern (Ärztikammern [BÄK, BZÄK], Kassenärztlichen Vereinigungen [KBV, KZBV], DKG, Deutscher Apothekerverband [DAV]) (vgl. Elmer 2016: 98; Ex/Amelung 2018: 27). Auch hier folgt die Ausgestaltung also dem Selbstverwaltungsprinzip. Dem Gesundheitsministerium blieben »weitgehende Aufsichts- und Ersatzvornahmekompetenzen« (Frielitz 2015: 1034). Da Beschlüsse der Gesellschafter:innen mit Zweidrittelmehrheit erfolgen mussten, bestand von Anfang an ein Entscheidungssetting, das auf Verhandlung und Kompromiss ausgelegt war – damit aber als institutionalisierter Vetopunkt zugleich anfällig für Blockaden wurde.

2006 erfolgte zwar eine erste Testphase, deren Ausweitung dann aber nicht stattfand. Auch die im GMG festgeschriebene Ausstattung der Versicherten mit der eGK bis 2006 nahm keine Fahrt auf. Mit der neuen Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP ab 2009 wurde zudem u. a. aus datenschutzrechtlichen Erwägungen, die angestrebte Funktionalität der Karte auf die Basisanwendungen (Stammdaten, Notfalldaten) reduziert (vgl. ebd.: 1035). Insbesondere stand aber auch die Leistungserbringerseite (Ärzt:innen) der darüberhinausgehenden Funktionalität der eGK ablehnend gegenüber. Das Gesundheitsministerium entschied sich daher, zunächst mit wenigen Funktionen zu starten, deren fachliche Zuständigkeit auf die an der gematik beteiligten Akteure aufgeteilt wurde. Zudem sollte eine stufenweise Einführung die Komplexität des Projektes weiter verringern (vgl. Elmer 2016: 98f.). Dem Problem der nur langsam voranschreitenden Ausgabe der eGK begegnete das Ministerium mit einer Gesetzesnovelle. Das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) von 2010 änderte das im GMG festgeschriebene Ausgabegebot. Aus Steuerungsperspektive wurde in Art. 1 GKV-FinG zum einen die Zielerwartung in Zeit und Umfang deutlich nach unten angepasst: auf eine Ausgabe der eGK an zehn Prozent der Versicherten bis 31.12.2011. Zudem erhöhte das Ministerium den

39 Dementsprechend müssen auch aufseiten der unterschiedlichen Gruppen der Leistungserbringer:innen äquivalente elektronische Karten – der Heilberufsausweis (HBA) und die Secure Module Card – Betriebsstätte (SMC-B) – ausgegeben werden (vgl. Elmer 2016: 102).

Handlungsdruck, indem eine Kürzung der Verwaltungsausgaben um zwei Prozent als Sanktion bei Nichterreichung des Ziels in § 4 Abs. 6 SGB V aufgenommen wurde (vgl. Deutscher Bundestag 2010: 2309).

Dieser Steuerungsimpuls zeigte Wirkung. Bis Ende 2013 wurde die eGK an 95 Prozent der Versicherten ausgegeben. Allerdings war hierfür nicht nur die Sanktionsandrohung in Richtung der Krankenkassen, sondern auch viel Aufklärungsarbeit bei den Versicherten, insbesondere wegen des Datenschutzes und des Lichtbilderfordernisses, nötig. Bis 2015 gelang es jedoch »durch eine zielgruppengerechte Kommunikation die Akzeptanz bei den meisten wichtigen Interessengruppen« deutlich zu steigern (Elmer 2016: 98). Mit Kosten von 700 Millionen Euro (vgl. Borchers 2021b) dauerte allein die Ausrol- lung der eGK in Deutschland damit jedoch mehr als zehn Jahre.<sup>40</sup>

Aus Steuerungsperspektive wurde die staatliche Steuerungsfähigkeit durch drei Schritte gestärkt: 1. Verschärfung des Steuerungsinstruments durch Sanktionierung, 2. Entschärfung des Konfliktniveaus in der Selbststeuerung durch Funktionalitätsbeschränkung und 3. Reduktion der (bei Digitalisierungsprojekten häufig anzutreffenden) Komplexität durch einen gestaffelten Roll-out beziehungsweise gestufte Funktionalitätsausweitung.

### V.1.3.2 Telematikinfrastruktur und elektronische Patientenakte

Mit der bei den Versicherten nach einem Jahrzehnt angekommenen eGK lag ein zentraler Baustein der Digitalisierung des Gesundheitswesens vor. Allerdings verlief auch zeitgleich die Installation der Telematikinfrastruktur (TI), die zentrale Aufgabe der 2005 gegründeten gematik, auf der die Anwendungen der eGK laufen sollten, nicht problemlos. Wie bei vielen Digitalisierungsprojekten hemmten hohe Anfangsinvestitionen. Auch insgesamt lagen die Kosten höher als bei der eGK. Zwischen 2008 und 2019 flossen 2,5 Milliarden Euro in die TI (zusätzlich zu den zwei Milliarden Euro für die Konnektoren in Praxen und Krankenhäusern) (ebd.). Frielitz (2015: 1038f.) sieht hierin, neben den Datenschutzfragen, ein entscheidendes anfängliches Hindernis für die schnelle Verbreitung, weil sich zusätzlich Kosten und der Nutzen nicht gleich zwischen den relevanten Akteursgruppen verteilen. Während die Leistungserbringer:innen in TI-Konnektoren und das technologische Update in Praxen und Apotheken investieren müssen,<sup>41</sup> fallen die erhofften Einsparungen aufseiten der Kostenträger (Krankenkassen) an – allerdings entspricht dies genau dem Kostendämpfungsziel des GMG.

Mit dem Gesetz für sichere Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen (dem sogenannten E-Health-Gesetz) (Deutscher Bundestag 2015b) reagierte der Staat

40 Im Vergleich dazu wurde in Estland zwischen 2000 und 2003 die komplette Infrastruktur und Vernetzung (X-Road) umgesetzt, bis 2010 die elektronische Gesundheitsakte und das e-Rezept eingeführt und seit 2016 die Medikamentenvergabe automatisch kontrolliert (vgl. Mikk 2018: 25f.).

41 Bis 2021 beliefen sich die Kosten für Anschaffung und Installation der Konnektoren auf etwa zwei Milliarden Euro, wobei im Februar immer noch 15 bis 20 % der Endpunkte (Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken) nicht angeschlossen waren. Diese Kosten wurden allerdings in Form von Kostenpauschalen durch die Krankenkassen erstattet (vgl. Borchers 2021b).

2015 auf den ausbleibenden Fortschritt in der Umsetzung durch die Selbstverwaltungsakteure.<sup>42</sup> Für die Umsetzung der Möglichkeit, die Daten der eGK einlesen, aktualisieren und zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgleichen zu können, wurden zwei Fristen gesetzt. Die gematik sollte alles Notwendige bis 01.06.2016 umsetzen, andernfalls drohte dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KBV eine Deckelung der Ausgaben auf dem Stand von 2014 abzüglich eines Prozents. Aufseiten der vertragsärztlichen Leistungserbringer:innen galt der Stichtag 01.07.2018, andernfalls würde als Sanktion eine einprozentige Kürzung der pauschalen Vergütung anstehen (vgl. ebd.: 2411f.). Damit fand eine Justierung der Steuerungsinstrumente statt. Diese bildeten ein »mit Fristen versehenes System von Anreizen und Vorgaben einschließlich Sanktionen«, was zeigt, dass die »auf der Ebene der Selbstverwaltung angesiedelten Reformblockaden den Gesetzgeber zu einer entschlosseneren Regulierung veranlasst« haben (Gerling et al. 2019: 162).

Es blieb aber nicht allein bei einer Anpassung der Steuerungsinstrumente. Mit § 291c SGB V wurden eine Schlichtungsstelle mit unparteiischer/-m Vorsitzenden für die gematik eingerichtet. Ein Schlichtungsverfahren konnte nicht nur von der Hälfte der Gesellschafter:innen eingeleitet werden, sondern auch durch das Gesundheitsministerium. Über den Schlichtungsvorschlag entschied zunächst zwar die Gesellschafter:innenversammlung. Fand sich dort jedoch keine Mehrheit, entschied die Schlichtungsstelle mit einfacher Mehrheit unter Prüfungsvorbehalt des BMG (vgl. Deutscher Bundestag 2015b: 2417).

Damit fand eine Anpassung des Steuerungssettings statt, die auf die im Zuge der eGK-Einführung deutlich gewordenen Blockadepotenziale reagierte. Zwar wurde das Prinzip der Selbstverwaltung aufrechterhalten. Die Selbststeuerung wurde jedoch stärker der Logik des Schattens der Hierarchie unterstellt, indem die bei Interessenkonflikten drohende hierarchische Entscheidung institutionalisiert wurde.

Das E-Health-Gesetz sollte die digitalen Anwendungen über die Basisfunktion der eGK hinaus endlich voranbringen, als »Startschuss für den Aufbau der Telematikinfrastruktur« und »wichtiger Meilenstein [...], den digitalen Sektor im Gesundheitswesen zu implementieren« (Möws 2020: 29). Allerdings dauerte auch hier die Umsetzung. Erst am 10.11.2017 lässt die gematik den ersten Konnektor für die TI zu (vgl. gematik 2017). Zugleich verschiebt das Gesundheitsministerium das Datum der Anbindungspflicht vertragsärztlicher Leistungserbringer:innen auf Ende 2018. Eine weitere Verlängerung der Frist erfolgt dann im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz; PpSG) Ende 2018: Auf Sanktionen in Form von Honorarkürzungen wurde bis 30.06.2019 verzichtet, sofern eine Bestellung der notwendigen Komponenten zum 31.03.2019 vorlag (vgl. Deutscher Bundestag 2018b: 2408). Amelung und Ex (2019: 18) fassten 2019 zusammen: »Bislang hat sich die Politik damit zufriedengegeben, die große Aufgabe der Transformation des Systems an die Selbstverwaltung zu delegieren« – die eGK zeige, dass »sie mit dieser Strategie grandios gescheitert« sei.

Mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz; TSVG) vollzog sich 2019 daher eine weitere Veränderung im Steue-

42 Mit dem E-Health-Gesetz wurde auch der zuvor im SGB V weiterhin genutzte Begriff der Krankenversichertenkarte durch die Bezeichnung »Elektronische Gesundheitskarte« ersetzt.

rungssettings der gematik, die die Gesellschaft der (mit der Schiedsstelle bereits eingeschränkten) Selbstverwaltung entzieht. Die Geschäftsanteile der Spitzenorganisationen wurden von je 50 auf 24,5 Prozent herabgesetzt. Mit 51 Prozent hält ab diesem Zeitpunkt das Bundesministerium für Gesundheit die Mehrheitsanteile an der gematik (vgl. Deutscher Bundestag 2019a: 679)<sup>43</sup> – »thereby effectively eliminating the veto potential of the self-administration actors« (Bogumil-Uçan/Klenk 2021: 488). Wenig später folgte das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz; DVG), das u. a. die Apotheken (Frist bis 30.09.2020) und Krankenhäuser (Frist bis 01.01.2021) zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur verpflichtete (vgl. Deutscher Bundestag 2019b: 2563). Zentrales Ziel war aber eine beschleunigte Etablierung digitaler Gesundheitsanwendungen – und damit: Apps auf Rezept (vgl. Möws 2020: 31) (siehe Kapitel V.1.3.3). Hierfür legte das DVG den regulatorischen Rahmen für Evidenz- und Qualitätssicherung sowie Zulassung und Erstattungsfähigkeit fest (vgl. Schnee/Greß 2019: 9). Insbesondere bei den letzten beiden Punkten würden die etablierten Verfahren der Selbstverwaltungsgremien ausgehebelt werden. Zum einen, weil digitale Gesundheitsanwendungen nicht wie andere medizinische Technologien der langwierigen Zulassung durch den G-BA bedürfen. Zum anderen würden der Spielraum bei der Ausgestaltung der Erstattungsfähigkeit durch den unbestimmten Begriff des positiven Versorgungseffektes und geringer Anforderungen an Wirkungsevidenz deutlich erweitert werden (ebd.: 11). Der »Blick auf die Steuerungsmechanismen des Gesetzes« zeige deutlich:

»Der Hauptschuldige für die Trägheit des Gesundheitswesens bei der Digitalisierung scheint jedenfalls ausgemacht. Dies ist für den Gesetzgeber offensichtlich die gemeinsame Selbstverwaltung mit ihren Partikularinteressen, die bereits bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mehr Bremsklotz als Motor war. Die gemeinsame Selbstverwaltung wird vom DVG weitgehend ausgehebelt« (ebd.: 8).

Ein zweiter, kontrovers debattierter Vorstoß des DVG betraf den Umgang mit Gesundheitsdaten. Mit § 303d SGB V wurde ein Forschungsdatenzentrum eingerichtet. Dieses sammelt die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelten Daten, versichertenbezogene (pseudonymisierte) Einzeldatensätze für bis zu 30 Jahre, und macht diese für 18, in § 3003e benannten Nutzungsberechtigte für Forschungszwecke zugänglich (vgl. Deutscher Bundestag 2019b: 2580). Damit überhaupt ausreichend Daten über die TI fließen, sollte auch die Einführung eines weiteren zentralen Bausteins beschleunigt werden: der elektronischen Patientenakte (ePA) (vgl. Möws 2020: 32). Daher wurden alle vertragsärztlichen Leistungserbringer:innen verpflichtet, bis 30.06.2021 ihre Zugriffsmöglichkeit auf die ePA nachzuweisen, ansonsten drohte als Sanktion

43 Der GKV-Spitzenverband (2019) lehnte die Übernahme mit dem Argument ab, dass der verzögerte Auf- und Ausbau der Telematikinfrastruktur nicht mehr an fehlenden oder langsamen Entscheidungen der gematik sondern an Produktionsproblemen bei Industrieunternehmen liege. Thomas Kriedel (2019), Vorstandsmitglied der KBV fasste in einer Rede auf der Vertreterversammlung der KBV am 27.05.2019 zusammen: »Die gematik ist jetzt also das BMG. So würde ich die Mehrheitsverhältnisse auf einen begrifflichen Nenner bringen. Für die Selbstverwaltung bedeutet das eine Schwächung.«

eine pauschale Kürzung ihrer Vergütung um ein Prozent. Krankenhäuser mussten den Zugriff auf die ePA bereits zum 01.01.2021 bereitstellen (vgl. Deutscher Bundestag 2019b: 2574). Aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken des Justizministeriums und des Bundesdatenschutzbeauftragten wurden im DVG ursprünglich geplante weitere Regelungen zu den Daten der ePA ausgespart (vgl. Möws 2020: 34).

Diese standen daher im Fokus des im Oktober 2020 verabschiedeten Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendatenschutz-Gesetz; PDSG) (Deutscher Bundestag 2020b). Die Bezeichnung ist irreführend, stand doch der Datenschutz nicht im Zentrum (sondern Nutzungsrechte von Gesundheitsdaten wurden sogar eher ausgeweitet) (vgl. Dochow 2020: 981). Vielmehr ging es um Patientensouveränität bei den Zugriffsrechten auf ihre Gesundheitsdaten (vgl. Möws 2020: 35). Ansonsten sollte mit dem Gesetz die technische Umsetzung der elektronischen Patientenakte – die medizinische Informationen, Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Medikationen, Notfalldaten und elektronische Arztbriefe enthalten kann – auf den Weg gebracht werden (§ 341 Abs. 2 SGB V). Die erste Phase des Testbetriebs startete im Januar 2021. Um eine schnelle Verbreitung in der Fläche sicherzustellen, wurde – korrespondierend zur Sanktionierung der Krankenkassen bei der Ausgabe der eGK – den Leistungserbringer:innen eine Frist bis 30. Juni 2021 gesetzt, um die notwendigen Komponenten und Dienste anzuschaffen. Andernfalls drohte eine pauschale Kürzung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen um ein Prozent (§ 341 Abs. 6 SGB V). Am 1. Juli 2021 sollte dann auch die Testphase für das e-Rezept starten – mit einer flächendeckenden Einführung bis Ende des Jahres (vgl. Borchers 2021a). Damit waren bis 2020 alle zentralen Bausteine der digitalen Gesundheitsinfrastruktur und -anwendungen, wie sie bereits 2003 im GMG angedacht worden waren, erneut auf den Weg gebracht.

Auch aus diesem Grund, insbesondere aber weil die technologische Entwicklung in der Zeit zwischen 2003 und 2020 nicht stehen geblieben ist, beschäftigt sich die gematik seit Ende 2020 auch mit der nächsten Version der TI, die sie schlicht als Telematikinfrastruktur 2.0 bezeichnet. Ihre Vision für 2025 veröffentlichte sie Anfang 2021 in einem Whitepaper (gematik 2020). Darin ist nicht nur die Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) (häufig auch schlicht als Gesundheits-Apps bezeichnet) als dritte Säule neben ambulanter und stationärer Versorgung enthalten. Das Whitepaper der gematik (ebd.: 8) sieht für den nächsten Schritt hin zu einer »Plattform für nationale Telematikinfrastruktur« entscheidende neue Weichenstellungen vor. Die von den Leistungserbringern teuer angeschafften Konnektoren sollen zugunsten eines unabhängigen Zugangs (etwa über Internet und Apps auf dem Smartphone für den standortunabhängigen Zugang) wegfallen. Gleichzeitig würde dann die physikalische elektronische Gesundheitskarte durch eine virtuelle eID ersetzt werden (für die die Krankenkassen als Identity Provider fungieren), um einen einheitlichen Zugang zu Anwendungen und Daten zu ermöglichen. Dafür müssten die Anwendungen und Daten aus der dezentralen Verantwortung, etwa bei Arztpraxen und Krankenhäusern, in die Dienstbereiche der TI überführt werden (vgl. ebd.: 20, 25ff.). Auf der einen Seite würden damit zwar die Leistungserbringer:innen entlastet werden, weil sie für Datenschutz und Datensicherheit nicht mehr verantwortlich wären. Auf der anderen Seite entstehen bei einer Auflösung dezentraler Datensilos und der Überführung des Betriebs der TI in Rechenzentren aber

schnell zentrale Datensammlungen (hier über strukturierte vom physischen Speicherort abstrahierte Daten), deren Schutz dann zum Teil einer funktionalen Zugriffsrechteverwaltung durch souveräne Patient:innen obliegt.

Es kann daher kaum verwundern, dass das Whitepaper deutliche Kritik provozierte (vgl. Borchers 2021b). Diese kam sowohl von Leistungserbringern als auch von Kostenträgern.<sup>44</sup> In einem gemeinsamen Schreiben aller Gründungsmitglieder der gematik verwarnten sich diese gegen die »unangekündigte«, »unabgestimmte«, »kontraproduktive« und der Beschlusslage der Gesellschafterversammlung entgegenstehende Veröffentlichung des Whitepapers. Zwar verweist der Vorsitzende der gematik, Leyck Dieken, darauf, dass es sich nur um ein Positionspapier handle, das für eine nachfolgende Machbarkeitsstudie und einen beteiligungsorientierten Dialog notwendig sei (Tebroke 2021). Aus Steuerungsperspektive hat sich mit der Übernahme der Stimmenmehrheit in der gematik durch das BMG das Entscheidungssetting allerdings grundlegend verändert. Das Gesundheitsministerium könnte über die Umsetzung des Konzeptes daher allein entscheiden.

Insgesamt deutet die Entwicklung der digitalen Gesundheitsinfrastruktur in Richtung des gleichen Trends, der sich auch in vielen anderen Feldern im Zuge der Digitalisierung finden lässt: Es findet eine Plattformisierung statt. Diese zeigt sich bereits in der zentraleren Datenhaltung mit ePA und Forschungsdatenzentrum und würde mit der angedachten Telematikinfrastruktur weiter vorangetrieben werden. Zugleich wurden die Steuerungskompetenzen von den Selbstverwaltungsakteuren immer weiter in Richtung des Gesundheitsministeriums verschoben.

### V.1.3.3 Apps als Medizinprodukte

Mit der Digitalisierung und dem Eintritt von Digitalkonzernen als Leistungserbringer:innen in das Gesundheitswesen (siehe Kapitel V.1.1.2) entsteht zum einen ein »zweiter Gesundheitsmarkt« jenseits des Leistungsangebots von GKV und PKV, auf dem privat zu finanzierende digitale Angebote gehandelt werden (Behm/Klenk 2020: 499). Dies kann zum einen zu weiteren Ungleichheiten zwischen Patient:innen führen, je nachdem, ob sie sich diese Angebote leisten können oder nicht. Zum anderen ist in (bislang) unregulierten Marktsektoren die Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit der Leistungen nicht sichergestellt. Daher gehen auch Gerlinger et al. (2019: 164) davon aus, dass die Digitalisierung des Gesundheitssektors »eine weitere Erhöhung der Regulierungsdichte mit sich bringen wird.« So reagiert der Staat etwa auf die Entwicklung im Bereich der Gesundheits-Apps, greift regulierend ein und versucht neue digitale Leistungen zu integrieren. Hierfür ist bislang insbesondere das bereits oben genannte Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) relevant.

44 Die Krankenkassen sehen bei der eID etwa ein Problem, angesichts der erst mühsam errungenen Akzeptanz der eGK bei den Versicherten. Aufseiten der Leistungserbringer:innen wurde u.a. auf den gerade betriebenen Aufwand bei der Ausgabe des Heilberufsausweises verwiesen. Erst seit Januar 2021 läuft darüber hinaus die erste Testphase der elektronischen Patientenakte (ePA), an diese müssten für die Telematikinfrastruktur z.O erhebliche Anpassungen vorgenommen werden (vgl. Tebroke 2021; Borchers 2021b).

Mit dem DVG ermöglicht es der Gesetzgeber, dass Ärzt:innen digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) (insbesondere Apps für Mobiltelefone und Tablets aber auch Webanwendungen) verschreiben und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können.<sup>45</sup> Im Oktober 2020 startete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) das DiGA-Verzeichnis mit zwei digitalen Anwendungen zur Hilfe bei Tinnitus beziehungsweise Ängsten (vgl. BfArM 2020). Das BfArM ist auch für die Zulassung der Anwendungen zuständig, wofür diese einen positiven Versorgungseffekt nachweisen müssen. Hieran wird aus zwei Perspektiven Kritik geübt. Zum einen stelle die Übertragung der Zulassung an die BfArM eine weitere Schwächung des Selbstverwaltungsprinzips dar (weil üblicherweise der G-BA über die Erstattungsfähigkeit neuer Medikamente, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die GKV entscheidet) (vgl. Friesendorf/Lüttschwager 2021: 7). Zum anderen sind positive Versorgungseffekte im Sinne der Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung; DiGAV) vom 8.4.2020 »entweder ein medizinischer Nutzen oder patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der Versorgung« (§ 8 Abs. 1 DiGAV). Ballweber (2020a) und auch andere kritisieren, dass es bis dato keine Mindestanforderungen (wie etwa die Anzahl der Studienteilnehmer:innen) an den Nachweis eines Nutzens der digitalen Anwendung gebe. Die DiGAV (§ 10 Abs. 3) sieht nur retrospektive oder prospektive »qualitativ[] vergleichende Studien« mit »angemessen[em]« »methodische[n] Ansatz« vor. Ganz unabhängig davon stellen sich aber auch Fragen des Datenschutzes, denn häufig sind Leistungserbringung und Datenerhebung auf das Engste miteinander verschränkt.

#### V.1.3.4 Gesundheitsdaten und Datenschutz

Der Datenschutz stellt mit Blick auf das Gesundheitswesen eine grundlegende Herausforderung auf zwei Ebenen dar. So werden für Anbieter:innen digitaler Gesundheitsanwendungen die Datenschutzbestimmungen für Gesundheitsdaten und personenbezogene Daten inklusive DSGVO in § 4 DiGAV geregelt. Zwar weist Abs. 1 auf einen dem Schutzbedarf der verarbeiteten Daten entsprechende, notwendige »Datensicherheit nach dem Stand der Technik« hin. Das BfArM prüft allerdings nur die Angaben der Anbieter und ist nicht dafür zuständig, die Umsetzung der Vorgaben zu kontrollieren.<sup>46</sup> Unberücksichtigt bleiben dagegen die möglichen Rückschlüsse auf die Gesundheit von Personen – und damit eine entsprechende Profilbildung – durch Apple und Google,

45 DiGA wird das Potenzial zugeschriebene, einen Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen durch Kostendruck, »Unterversorgung strukturschwacher Regionen« und Fachkräftemangel zu leisten (Friesendorf/Lüttschwager 2021: 7).

46 Bei einer der beiden ersten Anwendungen im DiGA war es aufgrund von Sicherheitslücken beziehungsweise ungenügender Absicherung ohne großen Aufwand möglich, sich Zugang zu jedem Nutzer:innenkonto zu verschaffen, von dem die E-Mail-Adresse bekannt war. Zugleich konnte man nicht nur für beliebige E-Mail-Adressen herausfinden, ob für diese ein Konto beim Anbieter bestand, sondern sich gleich alle Namen der Nutzer:innen, E-Mail-Adressen und sämtliche von den Krankenkassen ausgegebene Gutscheine zur Benutzung der Anwendung ausgeben lassen (vgl. Ballweber 2020b; Tremmel 2020).

wenn der Download solcher Anwendungen über deren App Stores erfolgt (vgl. ebd.).<sup>47</sup> Der Datenvorsprung großer Digitalkonzernen zeigt sich auch in der Coronakrise. Nicht nur Mobilfunkanbieter wie die Telekom und Telefonica (vgl. Krempf 2020a), sondern auch Google, mit zentralem Zugang zu den Daten von Mobiltelefonen mit Android-Betriebssystem, gaben proaktiv anonymisierte Standort-Verlaufsdaten an staatliche Institutionen weiter oder stellten diese aggregiert für jede:n zugänglich online zur Verfügung (vgl. Google 2020). Ohnehin zeigt sich an der Coronakrise beispielhaft die digitale »Logik der Quantifizierung der Welt«, der hier auch der globale »Systemwettbewerb« um den erfolgreiche(re)n Umgang mit der Pandemie folgte (Ther 2020: 40). Die Nachrichtenlage über die Pandemie wurde von beständig aktualisierter, vergleichender Datenaufbereitung begleitet. Neuinfektionen, Reproduktionszahlen, Fallzahlen, Todesfälle und Inzidenzwerte wurden nicht nur zum festen Bestandteil von Nachrichtensendungen, sondern ließen und lassen sich beispielsweise interaktiv auf Dashboards von RKI oder Johns-Hopkins-Universität online aufbereiten.<sup>48</sup>

Über die Coronakrise und die genannte konkrete Problematik bei der DiGA hinaus spielen Daten im digitalen Gesundheitswesen nicht eine, sondern die zentrale Rolle.<sup>49</sup> Großen Mengen an Gesundheitsdaten wird auf der einen Seite das Potenzial zugesprochen, für das Erkennen von Krankheiten (Diagnostik) und die Entwicklung neuer Therapien und Medikamente unverzichtbar zu sein. Verglichen mit den großen Digitalkonzernen, hinken staatliche Institutionen bei der Menge an verfügbaren Daten jedoch gravierend hinterher.<sup>50</sup> Hieraus erklärt sich auch das politische Interesse am Aufbau einer Forschungsdateninfrastruktur, wie in Kapitel V.1.3.2 beschrieben. Die am 1. Januar 2021 im Testbetrieb der GKV gestartete elektronische Patientenakte (ePA) ermöglicht das freiwillige Speichern von Befunden und etwa Röntgenbildern für Forschungszwecke.

Patient:innen entscheiden aber nicht nur selber darüber, was gespeichert wird, sondern können auch bestimmen, wer auf welche Daten zugreifen darf (vgl. Spehl

47 Die Bundesregierung (2020b) sieht laut ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der FDP hierin kein Problem, weil bei Apps »kein dem Arzneimittelrecht vergleichbarer Verordnungsvorbehalt besteht« und daher jede:r die entsprechenden Apps herunterladen kann. Die Plattformbetreiber:innen können daher aus einem Download nicht unmittelbar auf eine Verschreibung, und damit »auf das Vorliegen einer bestimmten Indikation« schließen.

48 Das Covid-19-Dashboard des RKI ist unter der URL <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4> erreichbar, das der Johns-Hopkins-Universität unter <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (abgerufen am 24.05.2021).

49 Auch auf der individuellen Ebene, was sich an der zunehmenden Nutzung von Wearables für Self-tracking und Selbstvermessung [*Quantified Self*] ablesen lässt. Damit gehen Problemen wegen möglicher Abhängigkeiten von Digitalunternehmen (Soft- und Hardware) und deren Zugriff auf die selbst erhobenen Gesundheitsdaten einher. Wenn auf Basis dieser Daten durch Dritte individuelle Verhaltensänderungen angeregt werden (siehe Kapitel VI.1.1.1 zum Nudging) verschwimmen darüber hinaus Selbst- und Fremdbestimmung (vgl. Lamla 2019: 52).

50 Das Gleiche gilt für viele deutsche Unternehmen, denen wenige US-amerikanische oder chinesische Datenoligopole gegenüberstehen. Auch deshalb werden immer wieder Überlegungen zu einem verpflichtenden Datenzugang laut. So etwa im Rahmen der Novellierung des Wettbewerbsrechts mit Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0 und andere Bestimmungen (GWB-Digitalisierungsgesetz) (vgl. Deutscher Bundestag 2021b).

2021). Diese Zustimmung muss per Opt-in gegeben werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Digitalisierungsgutachten dagegen nicht nur ein Opt-out-Verfahren, sondern auch ein automatisches Anlegen der ePA bei Geburt (offenbleibt, wie dies mit dem formulierten Anspruch einer »informierten Entscheidung« zusammenpasst) und die Verpflichtung für Leistungserbringer:innen Daten einzustellen: »Daten teilen heißt besser heilen« (SVR 2021: XXVI, 89).<sup>51</sup> Damit bedient der SVG das in vielen Digitaldebatten vorzufindende Narrativ, (zu viel) Datenschutz verhindere technologischen Fortschritt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in einem offenen Brief mehrere Organisationen aus den Bereichen Datenschutz und Leistungserbringer:innen dieser Empfehlung explizit, mit ebenfalls immer wieder anzutreffenden Argumenten, widersprechen. »Datenschutz ist kein lästiges Hindernis für technologischen Fortschritt, sondern eine vertrauensbildende Notwendigkeit und damit die Grundlage für Entwicklung« – mit eine Opt-out-Lösung würde die Freiwilligkeit der Nutzung untergraben werden, und es fehle an einer Datenschutz-Folgeabschätzung (o. A. 2021b: 2).

Hieran wird auch noch einmal deutlich, dass Gesundheitsinformationen zu den besonders sensiblen Daten gehören und daher auch rechtlich in besonderem Maße geschützt sind. Andernfalls bestände die Gefahr, dass Krankenkassen oder Arbeitgeber:innen diese Daten nutzen, um Menschen mit bestimmten Merkmalen zu diskriminieren. Allerdings spielt hier auch die individuelle Eigenverantwortung (durchaus auch negativ ausgeweitet im Sinne des Selbstunternehmertums) eine Rolle. Im Kontext der CWA verweist Daum (2020) in diesem Kontext auf eine »kognitive Dissonanz« und einen »kollektive[n] Verdrängungsmechanismus«: Auf der einen Seite werde dem Datenschutz gegenüber Gesundheitsbehörden und Staat eine bedeutende Rolle zugeordnet, während auf der anderen Seite den Digitalkonzernen freiwillig personenbezogene Daten ohne Bedenken überlassen werden würde.

Die in allen Kontexten der Digitalisierung im Gesundheitswesen immer wieder auftretende Datenschutzfrage zeigt, dass der Daten- und Verbraucherschutz eine zentrale rechtliche Regelungsebene darstellt, die politikfeldbezogen einen Querschnittscharakter aufweist. Hinzu kommen ethische Aspekte, die eine zunehmende Rolle neben medizinisch-professionellen Standards auf der normativen Ebene spielen (vgl. Knieps 2016: 33). Auch Gerlinger et al. (2019: 164) gehen davon aus, dass mit der zentralen Rolle von Gesundheitsdaten der Datenschutz »zu einem neuen Handlungsfeld in der Gesundheitspolitik werden« wird, was wegen dessen Querschnittscharakter die ohnehin vorhandene »strukturelle Kopplung« der Gesundheitspolitik mit anderen Politikfeldern weiter stärkt.

Die zentrale, ambivalente Rolle von Daten und die Herausforderungen bei der Frage nach dem Umgang mit ihnen, zeigen sich auch beim Thema der Patient:innensouveränität.

51 Auch für die Forschungsdateninfrastruktur argumentiert der Sachverständigenrat mit einem »ganzheitliche[n] Verständnis des Datenschutzes«, das auch den Patient:innenschutz umfasse, und einem Konzept von informationeller Selbstbestimmung, das sich »nicht länger allein als Schutz personenbezogener Daten« verstehe, sondern auch als ein Anrecht zur »adäquaten Verarbeitung« von Daten zu Gesundheitszwecken (SVR 2021: XXVIII).

### V.1.3.5 Gesundheitsinformationssysteme: Patient:innen als emanzipierte, mündige Bürger:innen

Vielfach wird auf das Potenzial der Digitalisierung beim Abbau der Informationsasymmetrie zwischen Ärzt:innen und Patient:innen (Empowerment durch besseren Zugang zu medizinischem Wissen) verwiesen. Im Sinne der Patient:innensouveränität birgt sie damit die Hoffnung auf eine partizipativere medizinische Entscheidungsfindung und verschiebt damit potenziell die Verhältnisse zwischen den Akteuren im Feld (vgl. Behm/Klenk 2020: 496; Elmer 2016: 102f.). Zwar bieten sich Potenziale für das Empowerment von Patient:innen und Versicherten, zugleich konstatieren Gerlinger et al. (2019: 164) jedoch, dass diese nicht »in die Gestaltung der Digitalisierung strukturell einbezogen werden.« Vielmehr strukturieren die gewachsenen Akteurskonstellationen die Implementierung digitaler Innovationen in der Gesundheitspolitik. Sie weisen darüber hinaus darauf hin, dass bei unverändert wirksamen Machtstrukturen die Digitalisierung sich nicht unbedingt zugunsten einer größeren Autonomie von Patient:innen auswirken muss – vielmehr kann auch das Gegenteil der Fall sein, wenn neue technische Abhängigkeiten entstehen, die es erleichtern, das Verhalten von Patient:innen zu kontrollieren und ihre Handlungen zu koordinieren (ebd.: 165).

Ein konkretes politisches Steuerungsinstrument in diesem Kontext besteht in staatlicher Informationsbereitstellung. Der vereinfachte digitale Zugang zu medizinischem Wissen und den eigenen Gesundheitsdaten bietet für Patient:innen das Potenzial, die Informationsasymmetrie gegenüber Ärzt:innen abzubauen. Diese Form des Empowerments, die Patient:innen in die Lage versetzt, bei gesundheitlichen Fragen mitzuentcheiden, setzt einen Zugang zu verlässlichen Informationsangeboten voraus. Mündige Bürger:innen sind auch in vielen anderen Bereichen das Ziel staatlicher Steuerungsmaßnahmen. Diese folgen dem Typ der weichen Steuerung durch Information.

Darauf, dass immer mehr Menschen das Internet nutzen, um sich über Krankheiten und Symptome zu informieren, reagierte das BMG im September 2020 mit der Initiative »Nationales Gesundheitsportal«, das unter [gesund.bund.de](https://gesund.bund.de) erreichbar ist. Dabei handelt es sich um eine Informationsplattform für Patient:innen und Bürger:innen, die eine verlässliche Alternative zu unternehmerischen oder privaten Informationsangeboten darstellen soll.<sup>52</sup> Es informiert über Krankheiten, ICD-Codes<sup>53</sup>, gesundes Leben (Ernährung und Bewegung), Pflege, Gesundheit Digital und weitere gesundheitsbezogene Themen. Darüber hinaus erlaubt es die Suche nach Ärzt:innen sowie Krankenhäusern (vgl. BMG 2020b). Insgesamt waren für das Portal 4,5 Millionen Euro über vier Jahre vorgesehen.

Im November 2020 ging das Ministerium eine Kooperation mit Google ein. Unter Ausnutzung der Quasi-Monopolstellung der Suchmaschine sollten die Auffindbarkeit

52 Die vom BMG unabhängige Redaktion des Portals besteht auch aus medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Expert:innen und arbeitet unter anderem mit dem RKI und dem IGWiG zusammen. So soll die Bereitstellung von »[q]ualitätsgesicherte[n], neutrale[n] und verständliche[n] Gesundheitsinformationen« sichergestellt sein (BMG 2020a).

53 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD*].

und Bekanntheit des Portals durch eine prominente Platzierung von Inhalten<sup>54</sup> bei bestimmten Suchbegriffen erhöht werden (vgl. Ballweber 2020c). Neben der problematischen Zusammenarbeit mit einem Unternehmen, das sich hauptsächlich durch die Auswertung von Nutzer:innendaten und den Verkauf personalisierter Werbung finanziert, brachte die Kooperation dem Gesundheitsministerium auch eine Klage durch das kommerzielle Gesundheitsportal Netdoktor.de des Burda-Konzerns ein. Nach einer einstweiligen Verfügung des Landgerichts München I aufgrund eines Verstoßes gegen das Kartellrecht durch Wettbewerbsverzerrung legte Google zunächst Berufung ein, zog diese aber später wieder zurück (vgl. Handel 2021; dpa 2021). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Digitalisierungsgutachten darüber hinaus, das NGP in eine »politisch unabhängige Trägerschaft«, etwa eine Stiftung, zu überführen und eine größere Bandbreite an Anbieter:innen von qualitativ hochwertigen und evidenzbasierten Gesundheitsinformationen einzubinden (SVR 2021: 298).

Jenseits dieser Problematiken ist erfolgreiche Steuerung über Information und Aufklärung darüber hinaus voraussetzungsreich. Ein solches Informationsportal funktioniert nur dann, wenn 1. die Steuerungsadressaten erreicht werden, sie 2. die Informationen verstehen – sowohl sprachlich als auch im Sinne von digital literacy, also der digitalen Gesundheitskompetenz – und sie sich 3. auch von diesen überzeugen lassen.

Die besondere Rolle weicher Steuerungsformen wie Information auf Aufklärung, die bei der Corona-Warn-App (CWA) oder dem Gesundheitsportal zum Einsatz kommen, in der Gesundheitspolitik verdeutlichen auch die Werbeausgaben. 2020 lagen die Bruttowerbeausgaben von Bundesregierung und Ministerien bei 150 Millionen Euro (2019: 60 Mio.). Insbesondere hatten sich die Ausgaben des Gesundheitsministeriums von drei Millionen auf 60 bis 70 Millionen Euro verzwanzigfacht und waren damit für 40 bis 50 Prozent der Gesamtausgaben verantwortlich. Dieser Zuwachs war vor allem der Coronapandemie geschuldet, da die Kampagne »Zusammen gegen Corona« allein ein Budget von 35 Millionen Euro ausmachte. Hinzu kamen weitere Corona-bezogene Werbeausgaben vonseiten der Bundesregierung oder des Bundespresseamtes, so etwa 13 Millionen Euro für die Bewerbung der Corona-Warn-App (vgl. Theile 2020). Ob es sich bei der CWA dabei tatsächlich um ein neues Steuerungsinstrument handelt, steht im folgenden Kapitel im Fokus.

## V.1.4 Politics II: Neue digitale Steuerungsinstrumente in der Coronakrise?

Aus Steuerungsperspektive lag der Fokus in der Betrachtung der Coronakrise bisher eher auf dem starken, durchsetzungsfähigen Staat in der Krise.

»Corona hat den Staat wieder zum Erwachen gebracht [...]. Seither hat sich der Nationalstaat in vielen Ländern auf seine Kernkompetenzen besonnen und gezeigt, dass er enorm handlungs- und durchsetzungsfähig ist« (Burchardt 2021: 68).

54 Die Anzeige erfolgt nicht innerhalb der gelisteten Suchergebnisse, sondern analog zu der Einblendung einer Artikelvorschau aus der Wikipedia in einem Extrafeld rechts neben der Rangliste.