

# „Agile“ gesundheitspolitische Politikgestaltung

Chance für gesundheitspolitische  
Entscheidungsprozesse?



# „Agile“ gesundheitspolitische Politikgestaltung

Chance für gesundheitspolitische  
Entscheidungsprozesse?

Autoren:  
Nils C. Bandelow  
Johanna Hornung



# Inhalt

	<b>Kurzzusammenfassung/Executive Summary</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Problemaufriss und Fragestellung</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Klassifizierung konsensualer und agiler Politikstile</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>SWOT-Analyse: Konsensualer vs. agiler Politikstil</b>	<b>14</b>
3.1	SWOT-Analyse: Konsensualer Politikstil	14
3.2	SWOT-Analyse: Agiler Politikstil	15
<b>4</b>	<b>Fallauswahl</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Evaluierung des konsensualen Politikstils: Vergangene Reformprozesse</b>	<b>21</b>
5.1	Bürgerversicherung	22
5.2	Selektivverträge	24
5.3	Praxisgebühr	26
5.4	Fallpauschalen im Krankenhaus	27
5.5	Zwischenfazit: Politikgestaltung in vergangenen Reformprozessen	28
<b>6</b>	<b>Evaluierung des agilen Politikstils: Digitalisierung</b>	<b>30</b>
6.1	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)	31
6.2	Digitale Pflegeanwendungen (DiPAs)	34
6.3	Telematikinfrastruktur	35
6.4	Forschungsdatenzentrum	42
6.5	Zwischenfazit: Politikgestaltung in aktuellen Reformprozessen zur Digitalisierung	44
<b>7</b>	<b>Handlungsempfehlungen für die Politik</b>	<b>47</b>
	<b>Literatur</b>	<b>50</b>
	Autor und Autorin	57
	Impressum	58

# Kurzzusammenfassung / Executive Summary

**Inwiefern hängt die Reformfähigkeit im deutschen Gesundheitswesen von unterschiedlichen Politikstilen ab?** Gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse in Deutschland zeichnen sich traditionell durch die institutionalisierte Einbindung von Interessengruppen (Korporatismus) in die Politikformulierung und -umsetzung aus. Ein solcher Politikstil ist wegen der notwendigen Abstimmungen zwischen verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren historisch konsensual. Dagegen wird der gesundheitspolitische Stil in der 19. Legislaturperiode aufgrund der häufigen und – zumindest in der Verabschiedung – erfolgreichen Reforminitiativen als agil bezeichnet. Medienberichte setzen agile Politik mit Schnelligkeit, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit gleich. Bisher existieren jedoch erst wenige systematische Analysen zur Klassifizierung von Politikstilen und zu deren Wirkung auf Reformerfolge. Diese Lücke schließend, verfolgt die Expertise zwei Ziele:

Erstens klassifiziert sie systematisch konsensuale und agile Politikstile und grenzt diese voneinander ab. Darüber hinaus bewertet sie die potenziellen Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken dieser unterschiedlichen Politikstile im Hinblick auf Reformerfolge. Die Einordnung erfolgt auf Basis internationaler Literatur und aufgrund von Erfahrungen mit agilem Prozess- und Politikmanagement. Agile

Politikgestaltung zeichnet sich demnach nicht (nur) durch schnelle und flexible Reaktionen auf neue Erkenntnisse aus, sondern stützt sich auch auf die systematische Einbindung von Akteuren und deren Wissen sowie einer iterativen, proaktiven und reflektierten Arbeitsweise.

Zweitens, und als Schwerpunkt der Expertise, überprüft und evaluiert eine Analyse von insgesamt acht exemplarischen Fallbeispielen, inwiefern die jeweiligen Politikstile den Erfolg von Reformvorhaben im deutschen Gesundheitswesen beeinflussen. Die Auswahl der Beispiele orientiert sich an den unterschiedlichen Phasen des Politikprozesses, in denen sie sich befinden (Formulierung oder Umsetzung), und dem Maß an Komplexität und damit verbundener öffentlicher Aufmerksamkeit (hoch oder niedrig). Je ein Fallbeispiel präsentiert eine spezifische Kombination der beiden Dimensionen. Letztere sind neben dem Politikstil potenziell alternative Erklärungen für Reformerfolg und werden durch die Fallauswahl berücksichtigt.

**Es zeigt sich, dass grundsätzlich weder der konsensuale noch der agile Politikstil Patentlösung für eine erfolgreiche Reformpolitik ist.**

Die sich wandelnde Komplexität von Akteursstrukturen, Reforminhalten und institutionellen Zwängen sowie die Herausforderungen einer angemessenen Umsetzung von Maßnahmen können jeweils unterschiedliche Politikstile erforderlich machen (Cairney 2012). Abhängig von diversen Rahmenbedingungen, fördern potenziell beide hier betrachteten Politikstile einen Reformerfolg.

**Wann trägt ein Politikstil zur Reformfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens bei?** Das hängt von unterschiedlichen Bedingungen ab:

Erstens ist ein agiler Politikstil vor allem für Themen und Regelungsbereiche geeignet, bei denen es noch nicht viele Reformideen gibt, die politische Parteien oder Interessengruppen in der öffentlichen Diskussion vorantreiben. Zweitens, und damit verbunden, entfaltet agile Politikgestaltung vor allem dann ihr Potenzial für Innovationen, wenn den beteiligten Akteuren lediglich ein zu erreichendes Ziel und/oder ein zu lösendes Problem vorgegeben wird. Instrumente sollten – selbst, wenn sie in Ansätzen bereits diskutiert wurden – nicht in den Prozess einfließen. Drittens bringt ein agiler Politikstil zwingend mit sich, dass Lösungen erst erprobt und immer wieder reflektiert und angepasst werden, sodass keine schnellen Effizienzgewinne zu erwarten sind. Damit die agil entwickelten innovativen Instrumente erfolgreich sein können, muss toleriert werden, dass sie sich zunächst auch als Fehlkonstruktionen erweisen können, die auf Basis neuer Erkenntnisse angepasst werden. Viertens sind die Prozesse agiler Politikgestaltung mit einem entsprechenden Narrativ zu versehen, das die Innovationen anschließend in den Zusammenhang von Problemen, Zielen und Lösungen einbettet. Dies fördert den Reformerfolg, da sich verschiedene Akteure mit dem Narrativ verbinden können.

**Daraus folgend lässt sich feststellen, dass der Politikstil in der 19. Legislaturperiode nur bedingt von agilen Elementen geprägt war.** Zwar gab es Ansätze einer reflektierten und flexiblen Anpassung von Reformen im Nachgang ihrer Verabschiedung (etwa bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen, DiGAs). Allerdings wurden Akteure und ihre Expertise nur unzureichend systematisch einbezogen – weder vor noch nach Beginn der Corona-Pandemie – und die Politik blieb weitgehend reaktiv und wenig iterativ. Reformerfolge dienten vor allem dem Durchsetzen von Instrumenten oder Themen (wie Digitalisierung), ohne auf das Problem oder Ziel fokussiert zu sein.

# 1 Problemaufriss und Fragestellung

Der Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 stellte das deutsche Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen und in das Licht der Öffentlichkeit. Aber auch vor der Pandemie erfuhr die Gesundheitspolitik durch monatliche Gesetzentwürfe viel Aufmerksamkeit auf sektoraler wie auf bundespolitischer Ebene. Vor allem die Schnelligkeit, mit der Reformvorhaben auf die Agenda und bis zur Verabschiedung und Umsetzung kamen, führte dazu, dass Medienberichte und Halbeitzbilanzen den ministeriellen Politikstil als „agil“ beschrieben (Bauernfeind 2020; Rohrer 2019; Walker 2019). Schnelligkeit und Flexibilität sind tatsächlich zentrale Merkmale agiler Politikgestaltung, mit der kurzfristige Reaktionen auf plötzlich auftretende Herausforderungen ermöglicht werden, wie es etwa in der Corona-Pandemie notwendig war (Janssen & van der Voort 2020).

Das Konzept des agilen Politikstils beinhaltet in seinem ursprünglichen Verständnis noch weitere Merkmale. Hintergrund ist das agile Projektmanagement aus der Softwareentwicklung (Mergel, Ganapati & Whitford 2021). Agiles Politikmanagement zeichnet sich demnach auch und vor allem dadurch aus, dass das Endprodukt nicht absehbar und daher auch nicht konkret definiert ist. Zwar arbeiten selbst organisierte Teams auf die Erreichung eines festgelegten Ziels (etwa eine Softwarelösung oder – in der Gesundheitspolitik – digitalisierte Versorgung) in iterativen Arbeitsprints hin. Die Art und Weise, wie dieses Ziel erreicht wird und wie die Endprodukte (etwa die Software oder die Telematikinfrastruktur) ausgestaltet sind, ist zu Beginn des Prozesses jedoch offen. Die regelmäßige Reflexion der Fortschritte, aber auch der in diesem Prozess identifizierten Herausforderungen, ermöglicht eine ständige Anpassung an neue Rahmenbedingungen und Reaktionen auf Evaluationen der bisher verabschiedeten Maßnahmen (Strautmann 2020). Vor allem diese Anpassungsfähigkeit wird in Publikationen oft als Kern agilen Arbeitens gesehen.

Die Gesundheitspolitik ist historisch durch viele Akteure und vermachtete Strukturen geprägt, die tiefgreifende Reformen häufig blockiert haben (Bandelow 1998, 2007; Döhler & Manow 1997). Ein agiler Politikstil verspricht, Blockaden aufzubrechen und in komplexen Strukturen, wie sie auch in der Gesundheitspolitik auftreten, innovative und effiziente Lösungen zu entwickeln und durchzusetzen (Room 2016). Vor diesem Hintergrund bewertet die vorliegende Expertise den Einfluss eines agilen Politikstils auf die Reformfähigkeit des Gesundheitswesens und gleicht ihn ab mit den aktuellen Entwicklungen in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung sowie vergangenen Reformprozessen und Stilen der Politikgestaltung. Damit verbunden beantwortet diese Expertise Fragen, die zunächst auf die Abgrenzung und Typologisierung von Politikstilen fokussieren:

### Was sind die Kerncharakteristika eines konsensualen und eines agilen Politikstils?

- » Wie unterscheidet sich der agile vom konsensualen Politikstil und inwiefern stellt ersterer eine neue Art der Politikproduktion dar?
- » Inwiefern entspricht der Politikstil von Jens Spahn dem agilen Typ?

Aufbauend auf der Klassifizierung, bewertet eine fallbezogene Analyse die beiden Politikstile im Hinblick darauf, wie sie die Reformfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens beeinflussen.

### Unter welchen Bedingungen lässt sich ein agiler Politikstil als förderlich für die Reaktion auf gesundheitspolitische Herausforderungen bewerten?

- » Welche Vor- und Nachteile bietet die Verstetigung agiler Politikstile in der deutschen Gesundheitspolitik?
- » Trägt agiles Politikmanagement zur Bewältigung aufkommender Herausforderungen bei?

Zur Beantwortung dieser Fragen durchläuft die Expertise drei Analyseschritte. Der erste Schritt klassifiziert einen konsensualen und einen agilen Politikstil und stellt beide anhand identifizierter Kriterien einander gegenüber (Kapitel 2). Das dafür genutzte Analyseraster basiert auf veröffentlichten Vorarbeiten zum agilen Politikmanagement und dem von der Bertelsmann Stiftung entwickelten Strategietool für politische Reformprozesse (Fischer, Kießling & Novy 2008). Eine Auswertung der Literatur zu den Politikstilen ermöglicht außerdem eine zunächst abstrakte Bewertung der Erfolgsaussichten beider Stile (Kapitel 3). Welche Chancen und Risiken bieten die beiden Prozessgestaltungen bei der Politikformulierung und -umsetzung? Welche Stärken und Schwächen existieren potenziell?

Der zweite Analyseschritt beginnt mit einer systematischen Fallauswahl, die auf eine Überprüfung der Reformfähigkeit des Gesundheitswesens unter den beiden Politikstilen ausgerichtet ist (Kapitel 4). Die Fallauswahl orientiert sich einerseits an dem Grad, in dem ein Gegenstand in der öffentlichen Kommunikation vermittelbar ist (Verständlichkeit bzw. niedrige Komplexität der Idee), und andererseits der Phase im Politikprozess (Formulierung oder Umsetzung), in der sich eine Reformidee befindet. Die ausgewählten Fallbeispiele vergangener Reformprozesse erlauben eine Verdeutlichung der Erfolgsaussichten des traditionellen, konsensualen Politikstils und die Diskussion, inwiefern ein agiler Politikstil in diesen Prozessen förderlich oder hinderlich für Politikproduktion gewesen wäre (Kapitel 5).

Der dritte und letzte Analyseschritt evaluiert die beiden Politikstile in aktuellen Fallbeispielen der Digitalisierung im Gesundheitswesen (Kapitel 6). Inwiefern ist die teils stockende Umsetzung von Maßnahmen verbunden mit dem jeweiligen Politikstil? Wurden bestimmte Anforderungen eines Politikstils nicht erfüllt? Anhand dieser Fragen wird auch die Arbeitshypothese überprüft, dass sich agile bzw. konsensuale Politikstile je nach Komplexität (Möglichkeit, die Reformidee gegenüber der Öffentlichkeit verständlich zu kommunizieren) und der Phase im Reformprozess unterschiedlich förderlich für den Reformenerfolg erweisen. Im Ergebnis lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, unter welchen Bedingungen welcher Politikstil die Reformfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens positiv beeinflusst. Kapitel 7 fasst die Empfehlungen in einem Fazit zusammen.

## 2 Klassifizierung konsensualer und agiler Politikstile

Die vergleichende politikwissenschaftliche Forschung typologisiert Politikstile vereinfachend auf einem Kontinuum zwischen hierarchisch/intrusiv und konsensual, wobei sich ein konsensualer Politikstil vor allem durch eine regelmäßige Konsultation mit Interessengruppen und deren Einbindung in Entscheidungsprozesse auszeichnet (Richardson 2012). Eine weitere Dimension zur Klassifizierung von Politikstilen bewegt sich zwischen Reaktivität und Proaktivität (Howlett & Tosun 2019).

Im deutschen politischen System generell und in der deutschen Gesundheitspolitik speziell lässt sich der vorherrschende Politikstil als konsensual und reaktiv einordnen (Dyson 1982). Politische Reformen werden in diesem Verständnis erst dann anvisiert, wenn sie aufgrund von Herausforderungen notwendig sind. So wird beispielsweise eine Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung erst ausgearbeitet, wenn die Krankenkassen bereits einige Quartale im Defizit sind – statt die Einnahmen und Ausgaben entsprechend zu antizipieren und in dieser Voraussicht eine Strategie für die nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung zu entwickeln. Zudem gibt es wenige Initiativen, die Einzelakteure (etwa Ministerämter) gegen Widerstände durchsetzen, sondern Reformen werden in Abstimmung mit allen Koalitionsparteien und im Fall der Gesundheitspolitik auch mit den sektoralen Akteuren, spezifisch etwa durch Anhörungen, verabschiedet.

Ein Beispiel für diesen Politikstil zeigt sich darin, dass für die sinkende Zahl der Versorgungseinrichtungen in ländlichen Regionen erst über Lösungen diskutiert wird, wenn das Problem bereits absehbar ist – statt dieses vorzusehen und es proaktiv in die langfristige Entwicklung des Gesundheitswesens einzubinden. Dies liegt einerseits im kooperativen Föderalismus begründet, da die Länderregierungen über den Bundesrat an Gesetzgebungsprozessen beteiligt sind, und andererseits an einem kooperativen Politikstil, der durch Koalitionsregierungen und Zusammenarbeit mit der Opposition im Arbeitsparlament geprägt ist (Bartle 2002; Green & Paterson 2005). Der hohe Grad an Korporatismus im Gesundheitswesen durch die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf gemeinsame Gremien der Selbstverwaltung – etwa dem von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband besetzten Bewertungsausschuss zur Festlegung von Vergütungen für ärztliche Leistungen – und die regelmäßige Berücksichtigung von Interessen sektoraler Akteure in Anhörungen und Koalitionsverhandlungen untermauern diese Klassifizierung.

Um die Charakteristika eines agilen Politikstils zu identifizieren, ihn von dem bisher beobachteten Stil abzugrenzen und anschließend seinen Mehrwert gegenüber traditionellen Prozessen der Politikgestaltung zu bewerten, ist es zunächst notwendig, die Politikstile zu klassifizieren. Diese Klassifizierung erfolgt anhand von festgelegten Kriterien, die sich auf Begriffe aus der Politikwissenschaft und Softwareentwicklung beziehen.

Mit dem Reformkompass hat die Bertelsmann Stiftung ein nutzbares Strategietool zur Bewertung politischer Reformprozesse entwickelt (Fischer, Kießling & Novy 2008). Dieses Werkzeug identifiziert drei Faktoren, von denen der Erfolg strategischer Kerngruppen abhängt, die im Zentrum von

Politikgestaltung stehen und den Politikstil bestimmen. Erstens müssen diese Kernakteure die notwendige *Kompetenz* haben, intelligente Lösungen für identifizierte Probleme bereitzustellen. Dies gelingt unter anderem durch die Einbindung entsprechender Expertise. Zweitens müssen diese Akteure über ein zusammenhängendes *Kommunikationskonzept* verfügen, das diese Lösungen in die Öffentlichkeit transportiert und dort legitimiert. Drittens benötigt diese Kernexekutive die *Kraft*, ihre Ideen und Vorschläge *durchzusetzen* und zu *implementieren*. Dafür ist eine Vernetzung der für die Politikformulierung und -umsetzung relevanten Akteure vorteilhaft (Bertelsmann Stiftung 2010). Politikstile können diese Voraussetzungen in unterschiedlicher Weise erfüllen, um erfolgreich zu sein.

Neben den Erfolgsfaktoren für Reformprojekte unterscheiden sich (konsensuale und agile) Politikstile vor allem in den Strategien der Problembearbeitung (Weber et al. 2021): Dies betrifft zunächst das Ausmaß, in dem Entscheidungsträger verabschiedete Maßnahmen evaluieren und reflektieren (Reflexivität), zu Anpassungen führen (Flexibilität) und gleichzeitig die bestehenden Stärken einer effizienten und bewährten Arbeitsweise nutzen (Ambidextrie). Zudem lassen sich auch die in der Typologisierung nationaler Politikstile schon benannten Dimensionen der Hierarchie vs. Partizipation bzw. der Reaktivität vs. Proaktivität als Unterscheidungsmerkmale heranziehen (Richardson 1982). Schließlich liegt eine zentrale Neuerung agilen Arbeitens in einer iterativen Arbeitsweise und der Abwesenheit eines langfristigen und im Voraus festgelegten Arbeitsplans, da dieser sich als Reaktion auf die Erfahrungen der einzelnen Arbeitsschritte regelmäßig anpasst.

Ausgehend von diesen Kriterien, stellt Abbildung 1 den konsensualen einem agilen Politikstil gegenüber. Die Erläuterung im Anschluss an die Abbildung rechtfertigt die Einordnung der Politikstile entsprechend den Kriterien.

ABBILDUNG 1: **Konsensualer vs. agiler Politikstil**

	Konsensualer Politikstil	Agiler Politikstil
Expertise	korporatistische Akteure	systematisch eingebunden
Kommunikation	gremienbasiert, unabgestimmt	regelmäßig, terminiert, gemeinsam
Vernetzung/Handlungsfähigkeit	gering, konkurrierende Interessen	hoch, unabhängige Akteursvielfalt
Flexibilität	niedrig	hoch
Proaktivität	niedrig	hoch
Reflexivität	niedrig	hoch
Partizipation/Legitimation	niedrig, kanalisiert	hoch, diverse Anknüpfungspunkte
Ambidextrie	niedrig	hoch
Arbeitsweise	langfristig-strategisch	iterativ

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Literaturlauswertung, Bertelsmann Stiftung

Der konsensuale Politikstil (vgl. Abbildung 1) ist zumindest in Deutschland und in der deutschen Gesundheitspolitik mit den institutionellen Strukturen des Korporatismus verbunden. Sektorale Akteure wie Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassenverbände handeln selbstständig und ohne direkten Einfluss des Staates etwa Vergütungskataloge sowie Selektiv- und Kollektivverträge für die Gesundheitsversorgung aus. In Anhörungen und Koalitionsverhandlungen sind korporatistische Akteure vertreten und bringen ihre Expertise in den Gesetzgebungsprozess ein. Die Partizipation ist hier jedoch kanalisiert und reduziert sich auf die jeweils betroffenen Akteure und Gelegenheiten, unabhängig von dem Mehrwert, den die Einbindung zusätzlicher Expertise darstellen könnte. Gleichzeitig findet auch die Kommunikation mit diesen Akteuren hauptsächlich in den vorgesehenen Gremien oder Kommissionen und Ausschüssen statt.

Die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Interessen hat sich gewandelt: von einem früheren Tauschkorporatismus, in dem Zugeständnisse von beiden Verhandlungsseiten zu Kompromissen geführt haben, zu einem Wettbewerbskorporatismus (Urban 2001). Ersterer hat vor allem die Kostendämpfungsgesetze in den 1970er Jahren geprägt und beteiligte die Vorläufer der Bundesvereinigungen der Krankenkassen und Ärzteschaft. Er beinhaltete Vereinbarungen, die jeweils Leistungen von Krankenkassen, Ärzteschaft und Staat verlangten, um das gemeinsame Ziel – die Begrenzung von Krankenkassenbeiträgen – zu sichern. Dies können vonseiten des Staats Steuerzuschüsse zur gesetzlichen Krankenversicherung sein, vonseiten der Krankenkassen Finanzgarantien und seitens der Ärzteschaft der Verzicht auf Vergütungserhöhungen.

Im Wettbewerbskorporatismus versuchen die früheren Vertragsparteien dagegen mittlerweile nicht (mehr nur) durch Verhandeln mit der Gegenseite, ihre ökonomischen Vorteile zu maximieren, sondern verhalten sich innerhalb der durch evidenzbasierte Entscheidungen gesetzten Spielregeln maximal eigennutzenorientiert (Bandelow, Hornung & Iskandar 2021). Gleichzeitig wollen die Akteure dadurch sicherstellen, dass sich die jeweils anderen Akteursgruppen an die gesetzten Regeln halten. Dies führt dazu, dass ein eigentlich auf Qualitätswettbewerb (um die bessere Versorgung) ausgerichtetes Gesundheitswesen teilweise Fehlanreize setzt, die in der Corona-Krise etwa im Konflikt um die korrekte Meldung freier Intensivbetten zum Erhalt der Freihaltepause zum Ausdruck kamen (Schrappe et al. 2021). Die Autor:innen des aufgeführten Thesenspiers argumentieren beispielsweise, dass die Koppelung finanzieller Vorteile für Krankenhäuser an die Bereitstellung zusätzlicher Intensivkapazitäten zu Falschmeldungen geführt habe, was anschließend in den Medien kontrovers diskutiert wurde. Andere Beispiele beziehen sich auf die Versuche von Krankenkassen, möglichst gute Risikostrukturen innerhalb ihrer Versicherten-Gruppe zu erreichen bzw. durch die Darstellung ihrer Risikostruktur mehr Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, oder die Versuche von Leistungserbringern, Untersuchungen durchzuführen, die für sie profitabel sind.

Die Forschung kritisiert an korporatistischen und konsensualen Politikmustern häufig eine (zu) langsame Reaktion auf aufkommende Probleme und schreibt ihnen durch Abstimmungszwänge lediglich die Kraft für inkrementelle Reformen zu. Folglich sind Flexibilität, Proaktivität und Ambidextrie als niedrig einzustufen, wenngleich Studien zu Reaktionen auf die Corona-Krise zeigen, dass föderale Arrangements, die ebenfalls große Abstimmungszwänge mit sich bringen, agiler (hier: schnell anpassungsfähig) waren (Bel, Gasulla & Mazaira-Font 2021).

Ein konsensual-korporatistischer Politikstil ermöglicht die langfristige Entwicklung und Umsetzung komplexer politischer Programme. Die grundsätzlich hohe Beständigkeit von Akteuren, die an politischen Prozessen beteiligt sind, fördert die Bildung programmatischer Gruppen mit gemeinsamen biographischen Schnittstellen, die ein solches Programm in die zentralen Positionen tragen und umsetzen (Bandelow, Hornung & Smyrl 2021; Hassenteufel & Genieys 2021; Hornung & Bandelow 2020).

Entgegen dem korporatistisch-konsensualen Politikstil – der mindestens seit den 1970er Jahren im Zuge der Kostendämpfungsgesetze vorherrscht – ist der agile Politikstil bisher kaum Gegenstand internationaler und nationaler Forschung. Dies ist zunächst darauf zurückzuführen, dass agiles Projektmanagement sich erst in den 1970er Jahren entwickelte und das „agile Manifest“ als Referenzwerk für agile Softwareentwicklung 2001 veröffentlicht wurde (Beck et al. 2001). Folglich ist auch die Forschung zur Übertragung agiler Konzepte auf andere Bereiche, etwa politische Prozesse, noch überschaubar. Die aktuelle populärwissenschaftliche und tagesaktuelle Presse nutzt den Begriff „agil“ häufig als Synonym für „anpassungsfähig“, „flexibel“ und „schnell“. Die wenige wissenschaftliche Forschung erlaubt eine Spezifizierung des agilen Politikstils anhand der identifizierten Kriterien.

Agiles Arbeiten und ein agiler Politikstil stellen vor allem prozessual eine Neuerung dar. Die Arbeitsweise ist iterativ angelegt, sodass Ergebnisse stückweise erarbeitet und anschließend reflektiert werden. Die Reflexion, inwieweit die Ergebnisse den anvisierten Zielen entsprechen, führt zu einer regelmäßigen Anpassung des „Produkts“. Im Fall von Gesetzgebungsverfahren und Politikformulierung resultiert diese Eigenschaft darin, dass Reformen zunächst bestimmte Bereiche neu regeln – etwa durch Einführung einer Steuer oder Umstellung eines Vergütungssystems – und diese anschließend zeitnah evaluiert und ggf. adjustiert werden. Ausdruck dessen ist ein hohes Maß an Flexibilität, aber auch an Ambidextrie. Letztere beschreibt die Fähigkeit des Systems – in diesem Fall des Gesundheitswesens –, bestehende effiziente Strukturen zu wahren und zu stärken und gleichzeitig auf neue Entwicklungen flexibel zu reagieren. Beispielsweise zeigt die „App auf Rezept“ (Digitale Gesundheitsanwendung, DiGA), dass es der Gesetzgebung gelungen ist, die bisherigen Strukturen der Kostenerstattung durch die GKV von Behandlungen mit nachgewiesener Wirksamkeit zu erhalten und sie zu nutzen, um gleichzeitig die neue Entwicklung digitaler Therapieelemente erfolgreich zu integrieren.

Darüber hinaus zeichnet sich ein agiler Politikstil durch eine proaktive Herangehensweise aus, die Probleme löst, bevor sie entstehen. Er bindet für das „Produkt“ (den Regelungsbereich) relevante Akteure aktiv ein, lässt sie an der Gesetzgebung partizipieren und nutzt ihre Expertise systematisch für die Entwicklung von Gesetzesvorhaben. Die starke Vernetzung zwischen den Akteuren gewährleistet eine schnelle und effektive Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen, damit diese postwendend evaluiert werden können. Kommunikation zwischen den Akteuren sowie gegenüber der Öffentlichkeit findet regelmäßig, kohärent und aufeinander abgestimmt statt. Die Akteure haben ein gemeinsames Kommunikationskonzept für ihre gesetzgeberische Aktivität und vertrauen sich hinsichtlich ihrer Arbeitsweisen.

Inwieweit lassen sich die Grundsätze agilen Arbeitens in einer privatwirtschaftlichen Organisation auf den öffentlichen Sektor und die Exekutivsteuerung eines Politikfelds übertragen? Eine Einordnung des agilen Politikstils getreu den Maßstäben agilen Arbeitens im Unternehmen bringt Herausforderungen mit sich. Etwa die Notwendigkeit, dass die an (Gesetzes-)Projekten beteiligten Akteure das Wissen und die Kompetenzen in puncto agiles Arbeiten haben, dass die Kommunikation zwischen ihnen offen und transparent ist und sie alle Informationen teilen (Nuottila, Aaltonen & Kujala 2016). Bei einem ministeriellen agilen Politikstil sind diese Voraussetzungen nur schwer zu erfüllen, da die Zahl betroffener Akteure durch die Selbstverwaltung, sektorale Akteure und administrative Akteure sowie die Abstimmung innerhalb der Bundesregierung und mit den Ländern und Kommunen sowohl eine Umstellung auf agiles Management verhindert als auch die Teilung hochgradig vertraulicher Informationen. Dennoch können bestimmte Aspekte des agilen Arbeitens – Flexibilität, Proaktivität, Reflexivität, iterative Arbeitsweise, hohe Vernetzung und systematische Einbindung von Expertise – in einem ministeriellen Stil adaptiert werden.

## 3 SWOT-Analyse: Konsensualer vs. agiler Politikstil

Grundsätzlich ist weder der konsensuale noch der agile Politikstil eine Patentlösung für eine erfolgreiche Reformpolitik. Die sich wandelnde Komplexität von Akteursstrukturen, Reforminhalten und institutionellen Zwängen sowie die Herausforderungen einer angemessenen Implementierung von Maßnahmen können jeweils unterschiedliche Politikstile erforderlich machen. Abhängig von diversen Rahmenbedingungen, liefern potenziell beide hier untersuchten Politikstile einen Mehrwert. Diese Rahmenbedingungen gilt es jedoch zu präzisieren – auch, damit eine spätere Überprüfung von Reformerfolgen hinsichtlich der beiden Politikstile die spezifischen Bedingungen als Einflussfaktoren berücksichtigen kann. Die folgenden Unterkapitel analysieren prägnant die Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats) der beiden Politikstile. Diese Analyse dient zunächst einer abstrakten Bewertung dieser Eigenschaften, um sie später in den Kontext von Fallbeispielen einzubetten.

### 3.1 SWOT-Analyse: Konsensualer Politikstil

Empirisch lassen sich zunächst unmittelbare **Stärken** eines konsensualen Politikstils erkennen. Die korporatistische Einbindung von Interessengruppen garantiert bereits in der Phase der Politikformulierung eine angemessene Berücksichtigung der Akteure, die im Anschluss für die Politikumsetzung verantwortlich sind – etwa wenn die Gesundheitspolitik neue Vergütungsformen (wie Fallpauschalen im Krankenhaus) oder Budgets einführt, die anschließend von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen angewandt werden. Eine klare Stärke besteht folglich in der vorab eingebundenen Expertise zur Erleichterung der späteren Umsetzung – auch wenn die Akteursgruppen in der Umsetzungsphase häufig relativ unabhängig von der Politik sind.

Gleichzeitig ergibt sich daraus die **Schwäche**, dass die im Vorfeld notwendigen Abstimmungsprozesse bereits auf der Ebene der Politikformulierung zu nachhaltigen Blockaden führen können. So wurden Reformvorhaben früher oft schon in der Agenda-Setting-Phase öffentlich von korporatistischen Akteuren ausgebremst. Dies war etwa der Fall, als Jens Spahn eine einheitliche Bundesaufsicht über die Krankenkassen durchsetzen wollte. Widerstand formierte sich vor allem in den Verbänden der Ortskrankenkassen, aber auch in den Bundesländerregierungen, die häufig eng mit den korporatistischen Akteuren vor Ort verbunden sind. Diese Reformidee schaffte es somit nicht über die öffentliche Diskussion und Ablehnung hinaus (Waschinski 2019).

Die korporatistischen Eigenschaften eines politischen Systems bieten neben Blockaden aber auch **Anknüpfungspunkte**, beispielsweise für politische Parteien, die die etablierten Koordinierungsmechanismen nutzen können, um eigene Themen auf die Agenda und zum Abschluss zu bringen.

So zeigen Erklärungen zur Einführung der CO<sub>2</sub>-Steuer, dass diese erst durch die Konsensorientierung in der jeweiligen nationalen Politikgestaltung ermöglicht wurde (Andersen 2019).

**Risikoreich** ist ein konsensualer Politikstil, wenn er Reformen verhindert, die dringend notwendig sind, etwa weil der Status quo ökologisch, ökonomisch oder strukturell suboptimal ausgestaltet ist. In der Gesundheitspolitik betrifft dies beispielsweise Doppeluntersuchungen – die vermieden werden sollten, sich aber durch fehlende interärztliche Kommunikation und die Aufrechterhaltung von Sektorengrenzen ergeben können. Letztere hat ihre Ursache teilweise auch in den Sicherstellungsaufträgen für die ärztliche Versorgung, die im Fall der stationären Versorgung bei den Bundesländern und im Fall der ambulanten Versorgung bei den kassenärztlichen Vereinigungen liegt.

Eine ähnliche Herausforderung zeigt sich bei der Reform der Notfallversorgung, um eine angemessenere Erstversorgung und optimale Anschlussversorgung sicherzustellen – auch hier halten die jeweiligen Akteursgruppen an ihren Kompetenzen fest. Betrachtet man speziell Reformen, die Austeritäts- und sparpolitische Maßnahmen beinhalten und damit die finanziellen Ressourcen der korporatistischen Akteure schwächen, ist auch hier Widerstand zu erwarten (Vail 2003). Mitunter kann eine Blockade solcher Reformen sich auch auf andere Politiksektoren auswirken, für die Ressourcen fehlen, oder die Beitragszahlungen von Versicherten erhöhen, was elektorale Konsequenzen für politische Parteien zur Folge haben kann.

### 3.2 SWOT-Analyse: Agiler Politikstil

Die **Stärken** eines agilen Politikstils zeigen sich vor allem dann, wenn Politiksektoren von Unvorhersehbarkeit und Unsicherheit geprägt sind. Dann erleichtert ein agiles Politikmanagement, zu improvisieren und schnell auf sich ändernde Rahmenbedingungen sowie neu gewonnene Informationen zu reagieren. Sind Politikinstrumente so gestaltet, dass sie flexibel und leicht anpassbar sind, werden sie auch als besonders robust bezeichnet (Howlett, Capano & Ramesh 2018).

Während eine schnelle Anpassungsfähigkeit als Stärke des agilen Politikstils gesehen wird, erweist sich gleichzeitig als **Schwäche**, dass mit dieser Fähigkeit auch höhere Anforderungen an politische Entscheidungsgremien einhergehen. Diese sehen sich mit einem höheren Regulierungsbedarf konfrontiert, wenn sie auf sich stets wandelnde Rahmenbedingungen reagieren und Politiken entsprechend adjustieren müssen (Kasianiuk 2016).

Die **Chancen** bei der Anwendung dieses Politikstils ergeben sich aus der ursprünglichen Idee agilen Arbeitens: Komplexe Themen werden iterativ bearbeitet, wobei Expertise eingebunden und Verantwortung auf selbst organisierte Teams verlagert wird. Im Gesundheitswesen stellt die Digitalisierung einen komplexen Regelungsbereich dar, der neben den ökonomischen und strukturellen Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern auch spezifische Herausforderungen aufseiten der Patientenschaft produziert, beispielsweise hinsichtlich technischer Bedienung und Datenschutzbedenken. Ein agiler Politikstil verspricht potenziell, diesem neuen und komplexen Regelungsbereich – auch durch eine teils digitale Transformation des Gesundheitswesens – erfolgreicher und zielgerichteter gerecht zu werden, als es ein konsensualer Politikstil vermag.

Dagegen stellt die institutionelle und mentale Verankerung und Pfadabhängigkeit bewährter Strukturen ein zentrales **Risiko** für die Anwendung eines agilen Politikstils dar. Für einen Politiksektor, der an hierarchische und bürokratische Vorgaben gewöhnt ist – etwa die Definition von

Maßzahlen zur Qualitätssicherung (wie Mindestmengen im Krankenhaus) und eine Sanktionierung im Falle der Nichterfüllung –, ist der Wandel zu einem agilen Politikmanagement eine Herausforderung. Vor allem die Notwendigkeit gegenseitigen Vertrauens, das zuvor durch vertraglich festgelegte Regeln und Strafen konterkariert wurde, läuft Gefahr, eine erfolgreiche und ergebnisorientierte Zusammenarbeit zwischen Stakeholdern zu behindern (Berger 2007).

Abbildung 2 veranschaulicht die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der beiden Politikstile, entsprechend den vorangegangenen Ausführungen, in einer Übersicht.

ABBILDUNG 2: SWOT-Analyse konsensualer und agiler Politikstile

	Stärken	Schwächen	Chancen	Risiken
Konsensualer Politikstil	Berücksichtigung von Akteuren, Einbindung von Expertise	Blockaden und Widerstand bereits in der Abstimmung und Formulierung	Anknüpfungspunkte für etwa Parteien, Nutzung von Koordinierung	Blockade notwendiger Reformen
Agiler Politikstil	Bei Unsicherheit und Zeitdruck: Reaktion auf neue Informationen	Höhere Anforderungen an politische Entscheidungsgremien	Bearbeitung von komplexen Themen in Teams, iterative Arbeit	Aufbrechen institutioneller Strukturen

Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung

Die folgenden Kapitel analysieren systematisch, wie sich die Stärken und Schwächen eines agilen Politikstils, aber auch eines konsensualen Stils, auf den Reformerfolg auswirken. Im ersten Schritt sind Fallbeispiele ausgewählt, die zur Illustration und Untermauerung des Arguments beitragen.

## 4 Fallauswahl

Um die Auswirkungen von Politikstilen auf Reformertolge zu überprüfen, fokussiert die empirische Analyse die politischen Prozesse systematisch ausgewählter Fallbeispiele, die vergangene und aktuelle gesundheitspolitische Vorhaben. Die Auswahl berücksichtigt weitere Erklärungsfaktoren für den Erfolg von Reformvorhaben, vor allem im Hinblick auf die Komplexität des Gegenstands (hohe vs. niedrige Komplexität) und die Phase des Politikprozesses, bis zu der die Reformidee vorgedrungen ist (Formulierungs- oder Umsetzungsphase). Die verschiedenen Kriterien werden in einer Vier-Felder-Tafel gegenübergestellt, und jeweils ein konkretes Beispiel wird näher beleuchtet (vgl. Abbildungen 3 und 4).

Erstens ist der *Grad der Komplexität* von entscheidender Bedeutung für Reformertolge. Agiles Projektmanagement erweist sich üblicherweise bei komplexeren Themen als vorteilhaft gegenüber traditionellen Prozessgestaltungen. Mit dem Komplexitätsgrad ist vor allem gemeint, ob es sich um ein allgemein politisches Thema handelt, das einer breiten Öffentlichkeit etwa in der parteipolitischen Kommunikation und in Wahlkämpfen vermittelt werden kann und auch Gegenstand von Koalitionsverträgen ist (hohe öffentliche Aufmerksamkeit), oder ob es um ein komplexes Thema geht, für das ein gewisses technisches und administratives Vorwissen nötig ist, sodass es auf einer bürokratischen Ebene angesiedelt ist (niedrige öffentliche Aufmerksamkeit). Mit steigender Aufmerksamkeit öffentlicher und privater Akteure für das Thema wächst gleichzeitig die Notwendigkeit eines abgestimmten Vorgehens mit verschiedenen betroffenen Gruppen und damit einer Einbindung diverser Akteure. Wird die Thematik nicht öffentlich wahrgenommen – und ist sie ausreichend komplex –, ermöglicht dies potenziell auch eine hierarchische Regulierung ohne Beteiligung von Stakeholdern.

Zweitens macht es möglicherweise einen Unterschied, in welcher Phase des *Politikprozesses* sich ein Reformvorhaben befindet. In der Frühphase des Agenda-Setting und der Politikformulierung kann es noch sinnvoll und sogar unabdingbar sein, verschiedene Akteure mit ihren Kompetenzen, Interessen und Betroffenheiten in die Gestaltung einzubeziehen (Haelg, Sewerin & Schmidt 2020; Lemmen, Woopen & Stock 2021). In einer späteren Phase der Umsetzung kann dagegen eine hierarchische, vorgegebene Regulierung zu effektiveren Ergebnissen führen (Linkov et al. 2018). So hat etwa die Übernahme der Mehrheitsanteile der gematik durch das Bundesgesundheitsministerium dazu geführt, dass hierarchische Vorgaben zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur gesetzt wurden, die anschließend auch zu Fortschritten in der digitalisierten Versorgung beigetragen haben. Rückblickend auf vergangene Reformprozesse lassen sich anhand dieser Kriterien vier Fallbeispiele zur näheren Analyse identifizieren (vgl. Abbildung 3).

Themen, die es bisher nicht (vollständig) in die Phase der Umsetzung geschafft haben, sind die Bürgerversicherung und Selektivverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die von verschiedenen Parteien (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) befürworteten Konzepte einer Bürgerversicherung wurden wiederholt in Koalitionsverhandlungen eingebracht, endeten aber immer in einem Kompromiss. Dieser bestand 2005 in der Einrichtung des Gesundheitsfonds, der Koalitionspartnern in kommenden Regierungen sowohl den Weg zu

ABBILDUNG 3: Fallbeispiele vergangener gesundheitspolitischer Reformprozesse

		Eignung für verständliche öffentliche Vermittlung (niedriger Grad der Komplexität)	
		hoch	niedrig
Phase des Politikprozesses	Formulierung	Bürgerversicherung	Selektivverträge
	Umsetzung	Praxisgebühr	DRGs

Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung

einem einkommensabhängigen Beitrag für alle Versicherten als auch die Möglichkeit der Einführung einer Kopfpauschale offenhalten sollte (Bandelow & Schade 2009; Orłowski & Wasem 2007; Schroeder & Paquet 2009). 2018 war der Kompromiss die Einrichtung einer Honorarkommission, deren Ergebnisse ebenfalls unterschiedlich – in Richtung einer Bürgerversicherung wie auch einer Kopfpauschale – interpretiert wurden (BMG 2020a; KOMV 2019).

Die Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen, wurde bereits im Gesundheitsmodernisierungsgesetz geschaffen (Hensel 2010). Auch danach gab es immer wieder Versuche, Selektivverträge nachhaltig zu implementieren. Aufgrund der zeitlich begrenzten und anforderungsreichen Rechtsgrundlagen haben diese aber die Versorgungslandschaft kaum verändert. Bisher sind sie auch regional sehr unterschiedlich umgesetzt, mit einem Schwerpunkt in Baden-Württemberg (Hermann 2020; Hermann & Graf 2020). Aktuell sind andere Vertragsformen mit der immer noch vorherrschenden Standardversorgungsform der Krankenversicherungen nicht gleichgesetzt, weshalb die Selektivverträge in der obigen Klassifikation noch in die Phase der Formulierung fallen.

Fallbeispiele, die es in die Phase der erfolgreichen Umsetzung geschafft haben, sind die Praxisgebühr – die allerdings wieder abgeschafft wurde (2004–2012) – und die Vergütung nach diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaus (diagnosis-related groups, DRGs). Die Praxisgebühr von zehn Euro, die quartalsweise bei dem ersten Praxisbesuch zu zahlen war, wurde in der Öffentlichkeit breit diskutiert und war somit in niedriger Komplexität vermittelbar.

Dagegen war die Umstellung der Vergütungsstrukturen – vom Selbstkostendeckungsprinzip zu Fallpauschalen – nur für Stakeholder relevant, da komplexe Vergütungsstrukturen der Öffentlichkeit kaum verständlich zu vermitteln und im Krankenhaus Behandelte auch nur indirekt davon betroffen sind, denn die Kosten nach dem Sachleistungsprinzip werden von den Krankenkassen direkt abgerechnet. In der Folge haben DRGs deutlich weniger Auswirkungen auf die Versicherten als etwa die Bürgerversicherung oder die Praxisgebühr – was zudem eine individuelle Meinungsbildung erschwert. Die Vermutung, dass dieses wichtige Thema im öffentlichen Diskurs eine relativ kleine Rolle gespielt hat, bestätigt sich bei einem Vergleich über Google Trends.

ABBILDUNG 4: Fallbeispiele aktueller gesundheitspolitischer Reformprozesse

		Eignung für verständliche öffentliche Vermittlung (niedriger Grad der Komplexität)	
		hoch	niedrig
Phase des Politikprozesses	Formulierung	DiPAs	Forschungs- datenzentrum
	Umsetzung	DiGAs	Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI)

Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung

Zur Bewertung der Auswirkungen von DRGs auf die Effizienz und Kostenentwicklungen in der stationären Versorgung gibt es inzwischen mehrere Publikationen (Busse et al. 2013; Geraedts 2019; Milstein & Schreyögg 2020; Simon 2019). Auch die Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Häufigkeit der Besuche in Arztpraxen wurden umfassend evaluiert (David et al. 2013; Grabka, Schreyögg & Busse 2006). Beide Maßnahmen wurden – wie auch die Selektivverträge – mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 erlassen. Eine detaillierte Analyse des Gesetzgebungsprozesses zu dieser Reform ermöglicht, die Auswirkungen des konsensualen Politikstils nachzuzeichnen.

Die Digitalisierung ist als aufkommender und komplexer Regelungsbereich im Gesundheitswesen grundsätzlich prädestiniert, um einen agilen Politikstil zu erproben. Dennoch gibt es aktuell mehrere Vorstöße zur digitalen Transformation des deutschen Gesundheitswesens, die sich in dem Grad öffentlicher Beachtung und der Fortschritte unterscheiden. In diesem Bereich nehmen die gesundheitspolitischen Akteure den Regelungsbedarf grundsätzlich als unterschiedlich wahr, wie etwa Studien zum Einsatz von Pflegerobotern darlegen (Dickinson et al. 2021). Hier lassen sich ebenfalls vier Fallbeispiele zur näheren Analyse identifizieren (vgl. Abbildung 4).

Bereits vor seiner Zeit als Gesundheitsminister unterstrich Jens Spahn mit dem Buchtitel „App vom Arzt“ (Spahn, Mutschenich & Debatin 2016), dass die Einführung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in seinem persönlichen Interesse liegt. Die Erstattungsfähigkeit von Gesundheitsapps durch die gesetzlichen Krankenkassen wurde 2019 durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ermöglicht. Die Digitalen Pflegeanwendungen (DiPAs) sollen mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) den gleichen Stellenwert bekommen. Das Gesetz wurde im Mai 2021 vom Bundestag verabschiedet. DiGAs und DiPAs befinden sich folglich in unterschiedlichen Phasen des Politikprozesses, sind aber insofern verhältnismäßig wenig komplex, als sie gegenüber den Versicherten verständlich kommuniziert werden können. Grundsätzlich kann wohl jeder mit Smartphones vertraute Mensch sich vorstellen, dass bestimmte Apps auf Rezept ärztlich verordnet und von der Krankenkasse erstattet werden. Wenngleich DiPAs in der öffentlichen Debatte bisher wenig präsent sind, lässt sich die Idee, welchen Mehrwert sie in der gesundheitspolitischen Versorgung bringen sollen, grundsätzlich der Bevölkerung leicht vermitteln.

In der Öffentlichkeit wenig diskutiert werden dagegen vor allem technische Fragen in Bezug auf die Telematikinfrastruktur und das Forschungsdatenmanagement. Das im Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelte Forschungsdatenzentrum soll künftig auch Daten aus der elektronischen Patientenakte erhalten. Die Sicherung einer solchen zentralen Verfügbarkeit verfolgt das Ziel, sowohl Gesundheitsdaten systematisch und anonym zur Verbesserung von Diagnosen und Behandlungen zu nutzen als auch die individuelle Behandlung von Kranken und die Prävention von Gesunden zu stärken. Zwar gibt es vereinzelte Vorstöße für eine Datennutzung, etwa vom Robert Koch-Institut (Kurth 2012), die aber bisher noch nicht für das gesamte Gesundheitssystem zugänglich und in einem einheitlichen institutionellen Rahmen verankert sind.

In Bezug auf die Telematikinfrastruktur hat das BMG Fristen für den Anschluss von Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern gesetzt (Fehn 2021). Insofern befindet sie sich schon in der Umsetzung, ist aber weiterhin komplex und öffentlich kaum im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Zwar sind die elektronische Patientenakte (ePA) – die die Krankenkassen ihren Versicherten seit Anfang 2021 verpflichtend anbieten müssen und die seit 1. Juli 2021 von den Leistungserbringenden befüllt werden muss –, das elektronische Rezept (E-Rezept) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) im öffentlichen Bewusstsein angekommen und betreffen die Versicherten auch direkt (Etgeton & Kostera 2021). Wie die technische Umsetzung dieser Funktionen bei den Arztpraxen und Krankenkassen erfolgt und wie diese sich an die Telematikinfrastruktur anschließen müssen, ist jedoch weder öffentlich diskutiert noch für die Bevölkerung greifbar.

Ausgehend von den Fallbeispielen, analysieren die folgenden Kapitel die Reformprozesse und darin angewandten Politikstile, die im Kontext der verabschiedeten Politiken präsent waren. Welche Akteure und welche Expertisen wurden eingebunden? Wie flexibel, anpassungsfähig, proaktiv und „beidhändig“ waren die Maßnahmen, und wurden sie nach Erhalt neuer Information und nach Erwerb neuen Wissens adjustiert? Wie gestaltete sich die Arbeitsweise und Kommunikation zu diesen Reformvorhaben und mit welchen Akteuren wurden diese abgestimmt? All diese Fragen sind maßgeblich für die Bewertung der Reformfähigkeit unter den unterschiedlichen Politikstilen.

Bei der Analyse und der Ableitung verallgemeinerbarer Schlussfolgerungen ist zu beachten, dass die Fallbeispiele auf unterschiedlichen Ebenen liegen. Die Bürgerversicherung hat in Rege- lungstiefe, Akteursbeteiligung und Effekt eine andere Dimension als etwa die Praxisgebühr. Die Fallauswahl konzentriert sich bewusst auf möglichst unterschiedliche Beispiele, um die Politik- stile unter möglichst unterschiedlichen Bedingungen bewerten und auf ihre Reformfähigkeit hin überprüfen zu können. Grundsätzlich sind für jedes Ziel, das die jeweiligen Reformmaßnahmen erreichen sollen, unterschiedliche Politikstile vorstellbar. Inwiefern sie jeweils auch zu Reform- erfolgen führen, wird im Folgenden evaluiert.

## 5 Evaluierung des konsensualen Politikstils: Vergangene Reformprozesse

Die deutsche Gesundheitspolitik lässt sich in Phasen unterteilen, die jeweils eine unterschiedliche Reformintensität aufweisen. Waren die 1970er und 1980er Jahre vor allem von Kostendämpfungsgesetzen und inkrementellen Reformen geprägt, kam es besonders im Nachgang der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ zu tiefgreifenden Reformen. Diese begannen mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 und setzten sich fort mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2002, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). In dieser Phase der Umstrukturierung spielte das Programm der solidarischen Wettbewerbsordnung eine zentrale Rolle. Dieses Programm wurde im Anschluss an die oben genannte Enquete-Kommission nicht nur von ehemaligen Mitgliedern und insbesondere dem wissenschaftlichen Team aus der Kommission politisch verfolgt, sondern hat auch darüber hinaus viel Unterstützung gewonnen (Bandelow & Hornung 2020; Hornung & Bandelow 2020).

In der reformintensiven Phase alternierten ein korporatistischer Politikstil, bei dem Staat und Verbände sich auf gemeinsame Lösungen einigten, und ein hierarchischer Stil, der explizit die sektoralen Akteure von Entscheidungen ausschloss. Ersterer war vor allem bei den Kostendämpfungsgesetzen erfolgreich, als Kompromisse von den Verbänden und Vereinigungen an ihre Mitglieder weitergegeben und implementiert wurden. Ein korporatistischer Politikstil ist folglich geeignet, im Rahmen stabiler Strukturen inkrementelle Reformen voranzutreiben und Stabilität grundsätzlich zu erhalten. Dagegen dient ein hierarchischer Politikstil zur Durchsetzung grundlegender Veränderungen, auch wenn diese in der Vergangenheit nicht mit einem realen Innovationsanspruch verbunden waren. Beide Politikstile enthalten kaum agile Elemente.

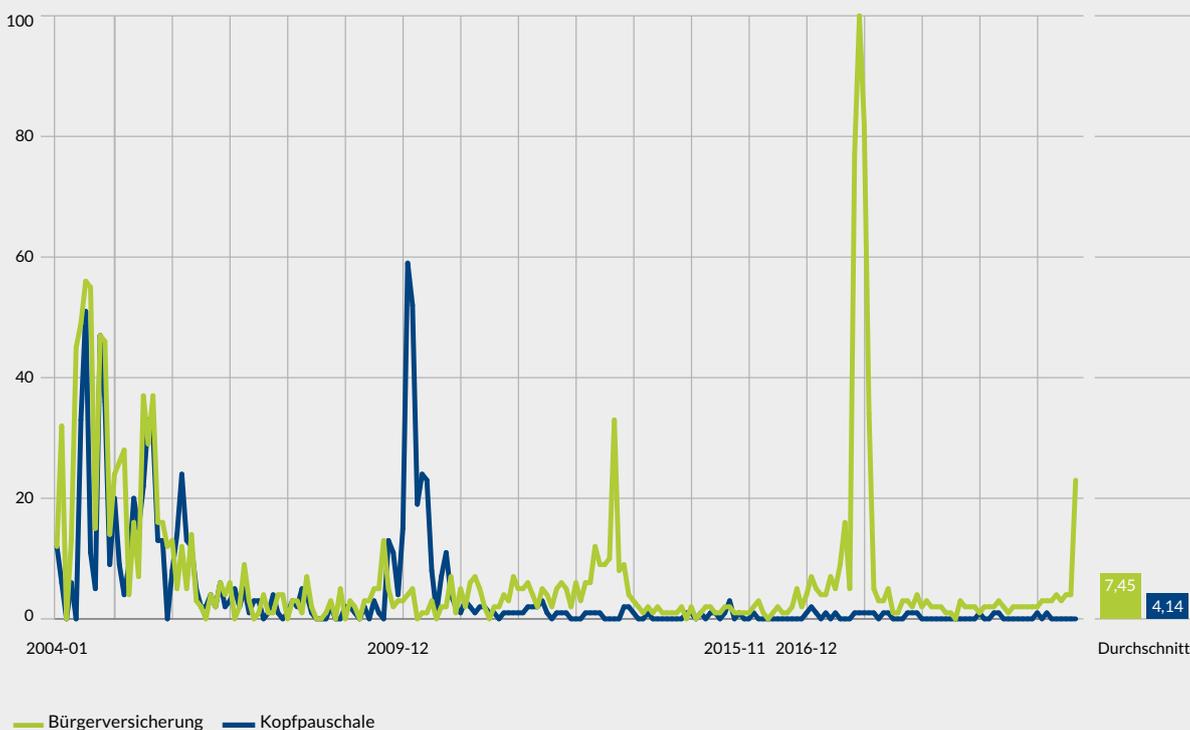
**Die folgenden Fallbeispiele illustrieren die jeweiligen Akteure und Prozesse und verdeutlichen die Elemente des jeweils angewandten Politikstils. Im Ergebnis lässt sich zeigen: Ein agiler Politikstil hätte in den jeweiligen Fällen dazu dienen können, die anvisierten Ziele zu erreichen, jedoch nicht die bereits bekannte Lösung durchzusetzen. Teilweise war die reine Fokussierung auf das Instrument – und nicht auf das Problem oder das Ziel – sogar hinderlich für den Reform Erfolg. Ein agiler Politikstil kann sein Potenzial zudem nicht entfalten, wenn eine Maßnahme sich bereits in der Umsetzung befindet, Gegenstand hoher öffentlicher Aufmerksamkeit ist (und damit in seiner Unterkomplexität scheinbar einfache Lösungen für Probleme bietet) oder – damit verbunden – im Parteienwettbewerb politisiert wird. Dann verbinden sich politische Ideen mit Machtfragen und die Orientierung in Richtung einer optimalen Lösung inhaltlicher Probleme weicht dem Streben nach der Realisierung von Machtinteressen mithilfe der Lösungen, die dann zum Selbstzweck mutieren.**

## 5.1 Bürgerversicherung

Das Konzept der Bürgerversicherung existiert in der deutschen Gesundheitspolitik mindestens seit dem Wahlkampf zur Bundestagswahl 2002. Das historisch gewachsene System einer Vielzahl von zunächst berufsgruppenspezifischen Krankenkassen wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 mit einer gleichzeitigen Reduktion und Öffnung der gesetzlichen Krankenkassen verändert. Vor dieser tiefgreifenden Strukturreform begegnete man steigenden Kosten und Beiträgen regelmäßig mit der Diskussion über die Erweiterung der Finanzierungsbasis und die Anpassung der auch als „Friedensgrenze“ bezeichneten Beitragsbemessungsgrenze (Rindsfüßer, Pfaff & Busch 1995).

Der Begriff „Bürgerversicherung“ umfasst sowohl eine Auflösung des dualen Versicherungssystems aus privater Krankenversicherung (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) als auch eine Angleichung der gesetzlichen Krankenkassen. Wie Abbildung 5 zeigt, erfährt das Konzept vor allem in Wahlkampfzeiten erhöhte Aufmerksamkeit. Die Suchanfragen bei Google um das Jahr 2005 zeigen ein ähnliches öffentliches Interesse an den Konzepten der Bürgerversicherung und der Kopfpauschale, die die SPD (Bürgerversicherung) bzw. die CDU/CSU (Kopfpauschale) im Wahlkampf zur Bundestagswahl propagierten. Auch in den folgenden Jahren gewannen die Konzepte jeweils zu Wahlkampfzeiten wieder an öffentlicher Aufmerksamkeit: die Kopfpauschale im Jahr 2009, als die Regierungskonstellation von einer Großen Koalition zur Koalition aus CDU/CSU und FDP wechselte, und die Bürgerversicherung in den Jahren 2013 und 2017, als das Konzept von der SPD in die Koalitionsverhandlungen mit CDU/CSU erneut eingebracht wurde.

ABBILDUNG 5: Eingegebene Suchbegriffe „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ im zeitlichen Verlauf



Quelle: GoogleTrends (2021), Bertelsmann Stiftung

## Akteure

Auf den ersten Blick scheinen bei der Bürgerversicherung vor allem die GKV und die PKV betroffen zu sein. Faktisch betrifft die Organisation der Krankenversicherung aber auch ganz wesentlich die Leistungserbringer, da sie von der Existenz einer unabhängigen PKV als zusätzlicher Finanzierungsquelle ohne Budgetierung und mit höheren Fallwerten profitieren. Die Quersubventionstheorie vermutet, dass die Finanzierung innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und damit häufig verbundener Geräte in Arztpraxen lediglich durch die höhere Vergütung von der PKV geleistet wird und ohne diese auch nicht den gesetzlich Versicherten zur Verfügung stünde (Asdecker 2017). Dies begründet auch, warum die Ärzteschaft die Bürgerversicherung größtenteils ablehnt.

Da die Finanzierung der Krankenversicherung sich ebenfalls auf die Lohnnebenkosten und Arbeitgeberbeiträge auswirkt, betrifft die Reformidee darüber hinaus sowohl die öffentliche Hand als auch die Unternehmen. So fürchten Letztere etwa höhere Beitragszahlungen für besserverdienende Angestellte, wenn diese von der PKV in die GKV wechseln würden. Schließlich wäre eine Reform auch für Individuen direkt relevant, da sie neben Beiträgen und bei ihrer Versicherung ebenfalls bei der Inanspruchnahme von Leistungen Änderungen zu erwarten hätten.

Unabhängig davon bleibt die Bürgerversicherung jedoch vor allem ein Wahlkampfthema, das im Wettbewerb der Parteien und bei der parteipolitischen Polarisierung auch des Spitzenpersonals von Bedeutung ist. Dies zeigte sich bereits im Rahmen der Entstehung des Konzepts, die im Folgenden erläutert wird.

## Prozesse

Die konkurrierenden Finanzierungskonzepte für die GKV wurden nach der Jahrtausendwende von Expertenkommissionen ausgearbeitet. Eine zentrale Rolle spielte der Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission), in der sich bereits die gegensätzlichen Positionen und die sie jeweils unterstützenden Akteurskoalitionen formierten. Der Konflikt wurde durch die Herzog-Kommission der CDU 2003 weiter verschärft, da hier ein eigenes Prämienmodell vorgeschlagen wurde. Auf dem Leipziger Parteitag 2003 stellten sich viele Mitglieder in Spitzenpositionen, darunter Angela Merkel, explizit auf die Seite der Kopfpauschale. Die SPD reagierte 2004 ebenfalls mit einer Kommission unter Leitung von Andrea Nahles, die im gleichen Jahr ein Modell der Bürgerversicherung vorlegte.

CDU/CSU und SPD stellten in den Koalitionsverhandlungen 2005 die Alternativen als inkompatibel dar und einigten sich darauf, bis 2006 einen Kompromiss auszuarbeiten (CDU, CSU & SPD 2005). Die Ergebnisoffenheit hätte grundsätzlich ein agiles Vorgehen ermöglichen können, doch ließ die starke Parteipolitisierung nicht genügend Raum für Innovation und Flexibilität bei der Instrumentenwahl. Der gesamte Diskurs war daher charakterisiert vom Bargaining – dem Verhandeln mit dem Zweck, die eigenen Ziele zulasten der Vorschläge der anderen Partei zu maximieren – und nicht vom Arguing, dem Argumentieren um die beste Lösung. Im Gesetzgebungsprozess stellte der mit dem GKV-WSG etablierte Gesundheitsfonds schließlich einen Kompromiss in dieser Streitfrage dar. Dieser entstammt dem Vorschlag des Wissenschaftlers Wolfram Richter (2005), welcher anschließend parteipolitisch ausformuliert wurde (Bandelow & Schade 2008).

Seitdem ist der Gesundheitsfonds zwar weiterentwickelt und angepasst worden, doch das Konzept der Bürgerversicherung wurde nicht integriert. Dies liegt an der weiterhin hohen Parteipolitisierung des Konzepts, das von der SPD und mittlerweile teilweise den Grünen in ihr Wahlprogramm aufgenommen wurde und in vergangenen Koalitionsverhandlungen erneut zum Streitthema avancierte. Die starke öffentliche Aufmerksamkeit und Konfliktlinie entlang der Parteien ermöglicht jedoch keine Umsetzung und keine agile Politikgestaltung.

## Politikstil

Bei der Bürgerversicherung zeigt sich unzweifelhaft, dass eine große Aufmerksamkeit und Betroffenheit von Akteuren zu einer starken parteipolitischen Polarisierung geführt hat. Die konkurrierenden Vorschläge wurden nicht nur in sehr parteinahen Beratungskommissionen ausgearbeitet, sondern waren auch explizit mit Spitzenpersonal der Parteien persönlich verbunden. Diese Polarisierung und die Verbindung eines Konzepts mit politischen Parteien verhindert eine agile Gestaltung von Politik, die an Lösungen und nicht an Instrumenten orientiert ist und abseits von Machtinteressen Raum finden muss. Eine Bürgerversicherung könnte hier vermutlich nur mit einem hierarchischen Politikstil durchgesetzt werden, unter einer das Instrument übereinstimmend befürwortenden Parteienkoalition und gegen den Widerstand einzelner sektoraler Akteure. Der stattdessen vorherrschende konsensual-kooperative Politikstil hat bei der Bürgerversicherung eher zu einer weiteren Verhärtung der jeweiligen Sichtweisen geführt.

In Bezug auf die Nutzbarkeit des agilen Stils zeigt sich, dass bei parteipolitisch polarisierenden Themen wie der Bürgerversicherung der Name des Konzepts ein großes Gewicht hat. Um ein vergleichbares Konzept umzusetzen, bedarf es zwingend einer Umbenennung, die es auch denen, die es ablehnen, ermöglicht, sich ohne Gesichtsverlust für die (neue) Lösung auszusprechen. Ein Beispiel für den Erfolg einer solchen narrativen Strategie ist die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs), die in ihrer Idee stark den Polikliniken ähneln, wie sie in der DDR existierten, unter diesem Namen aber aufgrund des politischen Erbes keinen Erfolg gehabt hätten (Knieps & Amelung 2010). Auch wurde in diesem Beispiel der Fokus auf das zu lösende Problem gelegt (Wie können wir in Zeiten von Fachkräftemangel und Landflucht die ambulante Versorgung sichern?), während die Argumentation für die Bürgerversicherung oft losgelöst von dem Problem geführt wird. **Damit ein agiler Politikstil in polarisierten und politisierten Konflikten erfolgreich sein kann, ist es wichtig, die durchzusetzenden Instrumente nicht vorzugeben oder festzulegen, sondern sich nur auf allgemeine Zielvorstellungen und das zu lösende Problem einzulassen, um Platz für neue Ideen zu schaffen.**

## 5.2 Selektivverträge

Die gesetzlichen Grundlagen für Selektivverträge wurden erstmals im GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 geschaffen. Zunächst als Modellversuche gestartet, schafften es die Ansätze integrierter Versorgung mit der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 in das Gesetz, als für Kassen die Möglichkeit geschaffen wurde, Verträge ohne Beteiligung der Krankenversicherung abzuschließen. Das GMG erweiterte die Selektivverträge auf die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) und das GKV-WSG auf die Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche (AOK-BV 2021).

## Akteure

Die Selektivverträge wurden nicht von allen Krankenkassen umfänglich implementiert, weshalb diese Expertise sie als noch in der Formulierungsphase befindlich einordnet. Besonderen Nutzen von Selektivverträgen haben vor allem einzelne Kassen wie die BARMER und die AOK Baden-Württemberg. Betroffen waren aber die neu aufkommenden Ärztenossenschaften, der MEDI-Verbund und der Hausärzteverband, die in der Gesundheitspolitik an Einfluss gewannen. Dagegen verloren die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an Bedeutung, obwohl ihnen auch Funktionäre bei MEDI teilweise angehörten. Die traditionellen Ärzteverbände, insbesondere der Hartmannbund, und zum Teil auch KV-Funktionäre aus anderen Bereichen sowie individuelle Akteure in den Krankenkassenverbänden verloren signifikant an Einfluss und fühlten sich von den Veränderungen im Vertragswettbewerb bedroht.

## Prozesse

In den Prozessen zur Umsetzung der Selektivverträge fällt auf, dass die Fokussierung im Gesetzgebungsprozess stets auf dem Instrument der Verträge und deren Einführung lag. Die dahinterstehenden Probleme, aber auch die Frage, inwiefern Selektivverträge eine Lösung dafür bieten können, traten in den Hintergrund. Wenngleich sich teilweise der Eindruck verfestigte, dass die Selektivverträge aufgrund des Ärztemangels eingeführt wurden (Paquet 2011), war der Diskurs stark instrumentenbasiert.

## Politikstil

Im Gegensatz zur Bürgerversicherung waren die Selektivverträge kein klares parteipolitisches Konzept. Der Politikstil war eher konsensual und kooperativ, da die Verträge einzeln ausgehandelt wurden. Das Besondere war, dass – zumindest in den Koalitionsverhandlungen – vor allem Expertinnen und Experten agierten und die Allgemeinpolitik wie auch die Öffentlichkeit kaum eingebunden wurden. Das Thema war sektoral stark abgegrenzt. Dennoch brach es alte Konfliktlinien auf und entwickelte potenziell neue. Der Vertragswettbewerb war eines der zentralen Elemente in dem von einer programmatischen Gruppe vorangetriebenen Programm „Wettbewerb in einer solidarischen Rahmenordnung“ (Cassel et al. 2008; Jacobs 2020).

Dass viele der Ideen im Hintergrund und von sektoralen Fachleuten kooperativ ausgearbeitet wurden, zeigt zumindest ansatzweise Elemente eines agilen Politikstils. Die stetige Anpassung der Rahmenbedingungen aufgrund von Erfahrungsberichten und auch die Einbindung der Expertise betroffener Akteure bieten grundsätzlich Potenzial für eine agile Politikgestaltung im Bereich des Vertragswettbewerbs. Allerdings waren die Selektivverträge auch ein Ad-hoc-Ergebnis von Koalitionsverhandlungen und sektoralen Vereinbarungen – im Schatten des parallel ausgefochtenen Konflikts zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale, der in der Öffentlichkeit geführt wurde. Um die Vorteile eines agilen Politikstils nutzen zu können, fehlte hier erneut eine Fokussierung auf das zu lösende Problem und das zu erreichende Ziel, deren Formulierung und Verlagerung auf kleinere Arbeitsgruppen ohne Vorgabe des Instruments (in diesem Fall Selektivverträge) notwendig sind.

## 5.3 Praxisgebühr

Die unter dem Namen „Praxisgebühr“ bekannte Zuzahlung bzw. Sonderzahlung wurde 2004 im Rahmen des GMG unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) eingeführt und 2013 unter dem FDP-Gesundheitsminister Philipp Rösler abgeschafft. Ihr Ziel war, unnötige fachspezifische Arztbesuche vor allem durch eine Zuzahlung der Versicherten pro Untersuchung im Quartal zu reduzieren und zusätzliche Einnahmen zu generieren. Aufgrund der Überweisungen, die beim ersten Kontakt im Quartal von den Praxen ausgestellt werden mussten, damit Versicherte nicht bei weiteren Besuchen im Quartal in anderen Praxen erneut zahlen mussten, brachte die Reform einen erhöhten Bürokratieaufwand mit sich. Für zahnärztliche und Notdienstversorgungen musste zusätzlich gezahlt werden.

### Akteure

Die von der Praxisgebühr betroffenen Akteure waren vor allem die Krankenkassen und die Krankenversicherungen, die sich wegen des Mehraufwands für Praxen dagegen aussprachen. Das Thema war von großer öffentlicher Aufmerksamkeit geprägt und bei Parteien und Bevölkerung gleichermaßen unpopulär. Dies zeigte sich auch im Nachgang der Einführung der Gebühr, als die politischen Akteure versuchten, die Schuld für die unpopuläre Entscheidung der jeweiligen gegnerischen Partei zuzuordnen (Blame Avoidance).

Während in der Öffentlichkeit sicher auch aufgrund des SPD-geführten Gesundheitsministeriums der Eindruck bestand, die Sozialdemokratische Partei hätte die Praxisgebühr eingeführt, argumentierten gesundheitspolitische Expertinnen und Experten, es sei eine Idee der CDU/CSU gewesen, die genutzt wurde, um der SPD öffentlich zu schaden. Zumindest hatte die SPD in den gesundheitspolitischen Verhandlungen sich stets gegen die Zuzahlung positioniert. Letztlich entwickelte sich um die Praxisgebühr ein heftiger parteipolitischer Streit auch auf der Wahlkampfbühne. Die Positionen und Verantwortlichkeiten waren allerdings in der Wählerschaft kaum bekannt (Bandelow, Eckert & Rösenberg 2015).

### Prozesse

Die die Praxisgebühr begleitenden Prozesse wurden über die Zeit der neun Jahre dauernden Implementierung kaum angepasst. Allerdings eigneten sich die Prozesse zur Erhebung der Gebühr nicht für die bestehenden Strukturen des Praxisablaufs. Neben dem erhöhten bürokratischen Aufwand durch Überweisungen gestaltete sich vor allem die Einnahme der bar zu entrichtenden Gebühr als Belastung für die Praxen. Mit einer Zuzahlung ist auf Versichertenseite zudem oft eine erhöhte Erwartungshaltung gegenüber den Behandelnden verbunden.

### Politikstil

Der Politikstil um die Einführung der Praxisgebühr beweist erneut, dass eine starke Fokussierung auf ein politisches Instrument den Spielraum für alternative Lösungen blockiert. Hätten die Parteien sich auf ein agiles Vorgehen geeinigt, um unnötige Praxisbesuche zu begrenzen, wären möglicherweise auch alternative Instrumente und innovative Ideen entwickelt worden, um das Ziel zu erreichen oder das Problem zu bearbeiten. Doch der Politikstil war erneut korporatistisch bzw. hierarchisch. Nach Einführung der Praxisgebühr war es Aufgabe der Verbände und Vereinigungen, die Maßnahme auch bei ihren Mitgliedern zu implementieren. Das hat grundsätzlich gut funktioniert, wenngleich es paradoxerweise sowohl aufseiten der Parteien als auch bei den sektoralen Akteuren starken Widerstand gegen die Zuzahlung gab.

## 5.4 Fallpauschalen im Krankenhaus

Abseits der öffentlichen Aufmerksamkeit änderte die Gesundheitsreform 2000 unter Andrea Fischer die Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung grundlegend. Das über lange Jahre in der Krankenhausfinanzierung geltende Selbstkostendeckungsprinzip stand – auch begleitet von der allgemeinen Diskussion um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen – seit den 1970er Jahren in der Kritik. Eine von der Robert Bosch Stiftung einberufene „Kommission Krankenhausfinanzierung“ lieferte erste Lösungen, um die Ausgaben zu begrenzen. Die Inklusion von gesundheitsökonomischer Expertise war ein Hauptgrund dafür, dass in die Vorschläge zur Steigerung der Effizienz im Krankenhaus ökonomische Sichtweisen einfließen. Das 1984 verabschiedete Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) schuf für Krankenkassen und einzelne Krankenhäuser die Möglichkeit, pauschalierte Entgelte zu vereinbaren, was jedoch in den Folgejahren kaum Anwendung fand (Simon 2019).

In den 1990er Jahren unternahm der Bundestag weitere Schritte in Richtung einer Ökonomisierung, Pauschalierung und Kosteneffizienz im Krankenhaus. Zunächst regelte die Bundespflege-satzverordnung von 1995 Fallpauschalen und Sonderentgelte, die jedoch mit einer erhöhten Komplexität durch Verhandlungen der Fallpauschalentgelte einhergingen – bis die Gesundheitsreform die „German-DRGs“ (Deutsche „diagnosis-related groups“ (Fallpauschalen)) in Anlehnung an die australischen DRGs einführt. Die grundsätzliche Idee der Fallpauschalen besteht darin, Vergütungen für die stationäre Versorgung anhand von Diagnosen festzulegen, sodass nicht die tatsächlichen Leistungen vergütet werden, sondern die Behandlung einer Indikation. Dies soll verhindern, dass das Krankenhaus unnötige Leistungen – wie etwa längere Liegezeiten – abrechnet (Beivers & Emde 2020).

### Akteure

In die Entwicklung der DRGs waren in großem Maße individuelle Akteure aus der Wissenschaft, vor allem der Gesundheitsökonomie eingebunden. Die Reformidee wurde wie wenige andere wissenschaftlich begleitet und im Vorfeld ausgearbeitet. Daneben waren die Krankenhäuser und Krankenkassen am stärksten von der Reform betroffene Akteure. Während die Kassen die Umstellung auf Fallpauschalen als Möglichkeit wahrnahmen, um Versichertengelder effizient einzusetzen und damit verbunden Kosten einzusparen, stellte sie für die Krankenhäuser eine Herausforderung für die Kostendeckung und Finanzplanung, sowie zusätzlichen bürokratischen Aufwand dar.

Langfristig hat die Umstellung der Vergütung dazu beigetragen, dass auch vermehrt private Krankenhausträger auf den Markt drängten, da sich mit stationären Leistungen nun einfacher Gewinne erwirtschaften ließen. Bei den Parteien verläuft die Konfliktlinie hinsichtlich der Fallpauschalen bis heute zwischen Bündnis 90/Die Grünen und Linkspartei auf der einen Seite, die eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip anstreben, und der CDU/CSU und FDP auf der anderen Seite, die für die Beibehaltung der Fallpauschalen eintreten. Die SPD vertritt keine klar identifizierbare Position (Bandelow, Hornung & Iskandar 2020).

## Prozesse

Seit Einführung der Fallpauschalen Anfang der 2000er Jahre sind die Berechnungen einem stetigen Wandel unterworfen. Maßgeblich für die Kalkulation des jährlichen Erlösbudgets für ein Krankenhaus sind die Zahl der vereinbarten DRGs für das Jahr sowie der Landesbasisfallwert, der die Basisvergütung für eine jeweilige diagnosebezogene Gruppe festlegt. Da das DRG-System jedoch explizit als lernendes System gedacht ist und mit der Einrichtung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine zuständige Stelle zur Weiterentwicklung existiert, hat sich die Kalkulation über die Jahre stark verändert und an Erfahrungen angepasst. Die Verhandlungen über die Eingruppierung in das Patientenklassifikationssystem zur Berechnung der DRGs sowie die Verweildauer pro Gruppe und die Erlöse sind den Selbstverwaltungsakteuren aufgelegt. Nicht zuletzt deshalb wird hinsichtlich der Weiterentwicklung des DRG-Systems befürchtet, dass ökonomische Interessen patientenorientierte Entscheidungen erschweren (Roeder, Fiori & Bunzemeier 2020: 93–94).

Bereits vor der Covid-19-Pandemie war aufgrund des Fachkräftemangels beim Pflegepersonal, dessen Gründe in den Arbeitsbedingungen und der unzureichenden Bezahlung gesehen werden, eine Auskopplung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen beschlossen worden (Leber & Vogt 2020). Die Änderung gab den Anstoß für weitere Diskussionen über die Angemessenheit der in den Fallpauschalen berechneten Kosten. An dieser Stelle wäre eine agile Politikgestaltung, die Innovationen in der Krankenhausfinanzierung anstoßen soll, jedoch unabhängig von den Prinzipien der DRGs oder Selbstkostendeckung problemorientiert diskutieren und Vorschläge entwickeln kann, grundsätzlich vielversprechend.

## Politikstil

Die systematische Einbindung von Expertise bereits im Vorfeld der Einführung der Fallpauschalen spricht als eines der wenigen Beispiele vergangener Reformprozesse für eine in Ansätzen agile Politikgestaltung. Allerdings war auch hier der Innovationsspielraum begrenzt – das Konzept der DRGs war bereits aus internationalen Zusammenhängen bekannt und wurde explizit als Lösung auch für das deutsche Gesundheitswesen anvisiert (Schmid & Götze 2009). Als lernendes System konzipiert, bieten Fallpauschalen für die Vergütung im Krankenhaus aber grundsätzlich Anreize und Potenziale, die Finanzierung ergebnisoffen innovativ zu denken und anzupassen. Ein agiler Politikstil verspricht hier grundsätzlich großen Reformernfolg, wenngleich der bisherige konsensual-kooperative Stil zumindest Reformernfolge in der Umsetzung gezeigt hat.

## 5.5 Zwischenfazit: Politikgestaltung in vergangenen Reformprozessen

Abbildung 6 visualisiert die Analyse-Ergebnisse vergangener Reformprozesse. Insgesamt zeigt ein Vergleich der Fallstudien, dass ein agiler Politikstil unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedlich erfolgreich ist. Sowohl die Bürgerversicherung als auch die Praxisgebühr zeichnen sich durch eine starke Parteipolitisierung aus, die es erschwert hat, mit agilen Prozessen andere Lösungen für die eigentlichen Probleme (Finanzierung des Kassensystems, Adressierung der Argumente der von einigen Akteuren bemängelten „Zwei-Klassen-Medizin“) zu finden. Unter diesen Bedingungen erweist sich ein agiler Politikstil im Gegensatz zu einem konsensualen Stil als wenig zuträglich für die Reformfähigkeit.

ABBILDUNG 6: Analyse vergangener Reformprozesse

Bürgerversicherung	Selektivverträge	Praxisgebühr	Fallpauschalen
Starke Parteipolitisierung	Verhandlung auf der sachlichen, nicht politischen Ebene	Unpopuläre, parteipolitisierte Reform	Klassisches Beispiel von Politiktransfer
Konsensorientierter Politikstil mit Kompromissen	Diskussion lediglich als Instrument, ohne Verknüpfung zu Problem	Erneute Fokussierung auf ein Instrument	Angelegt als lernendes System, deshalb vergleichsweise „agil“
(Bisher) wenig Raum für agile Politikgestaltung	Grundsätzliches Potenzial für agile Politik	Erneut grundsätzliches Potenzial für agile Politik	Großes Potenzial für Erfolg von agilem Politikstil

Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung

Andere Fallbeispiele, neben der Praxisgebühr vor allem die Selektivverträge und die Fallpauschalen im Krankenhaus, waren nicht Gegenstand agiler Politikgestaltung, da die Reformdebatten zu instrumentenfokussiert geführt wurden. Auch hier fehlte die Konzentration auf ein übereinstimmend identifiziertes Problem bzw. Ziel – die für den Reformersfolg agiler Politikgestaltung aber notwendig ist. Grundsätzlich besteht hier jedoch zukünftig Potenzial für die Nutzung eines agilen Politikstils, sofern die genannten Bedingungen (keine Parteipolitisierung, Fokussierung auf Problem bzw. Ziel) erfüllt sind.

## 6 Evaluierung des agilen Politikstils: Digitalisierung

Die Digitalisierung stellt eine der größten Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen dar. Im Jahr 2021 ist sie das zentrale Thema des jährlichen Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2021). Ein Blick in die Geschichte der gesundheitspolitischen Gesetze und Verordnungen mit Digitalisierungsbezug zeigt, dass das Thema vor allem in der 19. Legislaturperiode seit den Wahlen im September 2017 an Bedeutung gewonnen hat. Zuvor war lediglich das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ unter Hermann Gröhe verabschiedet worden, das wesentliche Schritte vorsah in Richtung einer sektorenübergreifenden und interoperablen Telematikinfrastruktur zur Vernetzung von Akteuren und Daten im Gesundheitswesen (Jorzig & Sarangi 2020); und mit dem „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ war 2003 die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beschlossen worden. In der Folge gründeten die Akteure der Selbstverwaltung 2005 die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Ex & Amelung 2018).

Unter Jens Spahn hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen größere Aufmerksamkeit erfahren. Halbzeitbilanzen sehen in seinem Politikstil im Vergleich zu seinem Vorgänger eine Verschiebung von der Konsensorientierung zur Konfliktbereitschaft (Bandelow et al. 2020). Diese Einschätzung basiert vor allem auf der Beobachtung, dass Spahns Initiativen oft auf Widerstand aus der Fachwelt stoßen und proaktiv Veränderungen einleiten, die bisher nicht aus dem System gefordert wurden. Zu den prominenten Reformen zählt die Erstattungsfähigkeit von DiGAs und DiPAs, die unter der Bezeichnung „App auf Rezept“ auch öffentlich beachtet wurden.

Während DiGAs bereits in die Versorgung aufgenommen sind, befindet sich die Überführung von DiPAs noch in der Formulierungsphase. Abseits der öffentlichen Diskussion erweisen sich in puncto Digitalisierung der Gesundheitsversorgung vor allem der Aufbau eines Forschungsdatenzentrums und eine übergreifende vernetzte Telematikinfrastruktur als zentrale Themen. Letztere befindet sich schon seit Jahren in der Umsetzung. Auch das Forschungsdatenzentrum existiert bereits, ist aber aufgrund der kurzen Historie noch häufigen gesetzlichen Anpassungen unterworfen, weshalb es an dieser Stelle in die Formulierungsphase eingeordnet wird. Inwiefern sich in diesen Fallbeispielen ähnliche oder unterschiedliche Politikstile zeigen, wird in den folgenden Unterkapiteln herausgearbeitet.

## 6.1 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)

Das „Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)“ von 2019 ermöglicht eine Kostenerstattung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) im deutschen Gesundheitssystem durch die Krankenkassen. DiGAs sind mobile Apps, die der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen dienen sollen. Die Idee wurde bereits 2016 in Buchform veröffentlicht (Spahn, Müschenich & Debatin 2016). Im Jahr 2019 fand sie den Weg in die Regelversorgung. Seit dem Start des Portals für Anträge zur Erstattungsfähigkeit einer DiGA sind beim zuständigen Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) insgesamt 87 Anträge auf vorläufige oder dauerhafte Aufnahme in das Register eingegangen. 19 davon wurden bewilligt (BfArM 2021).

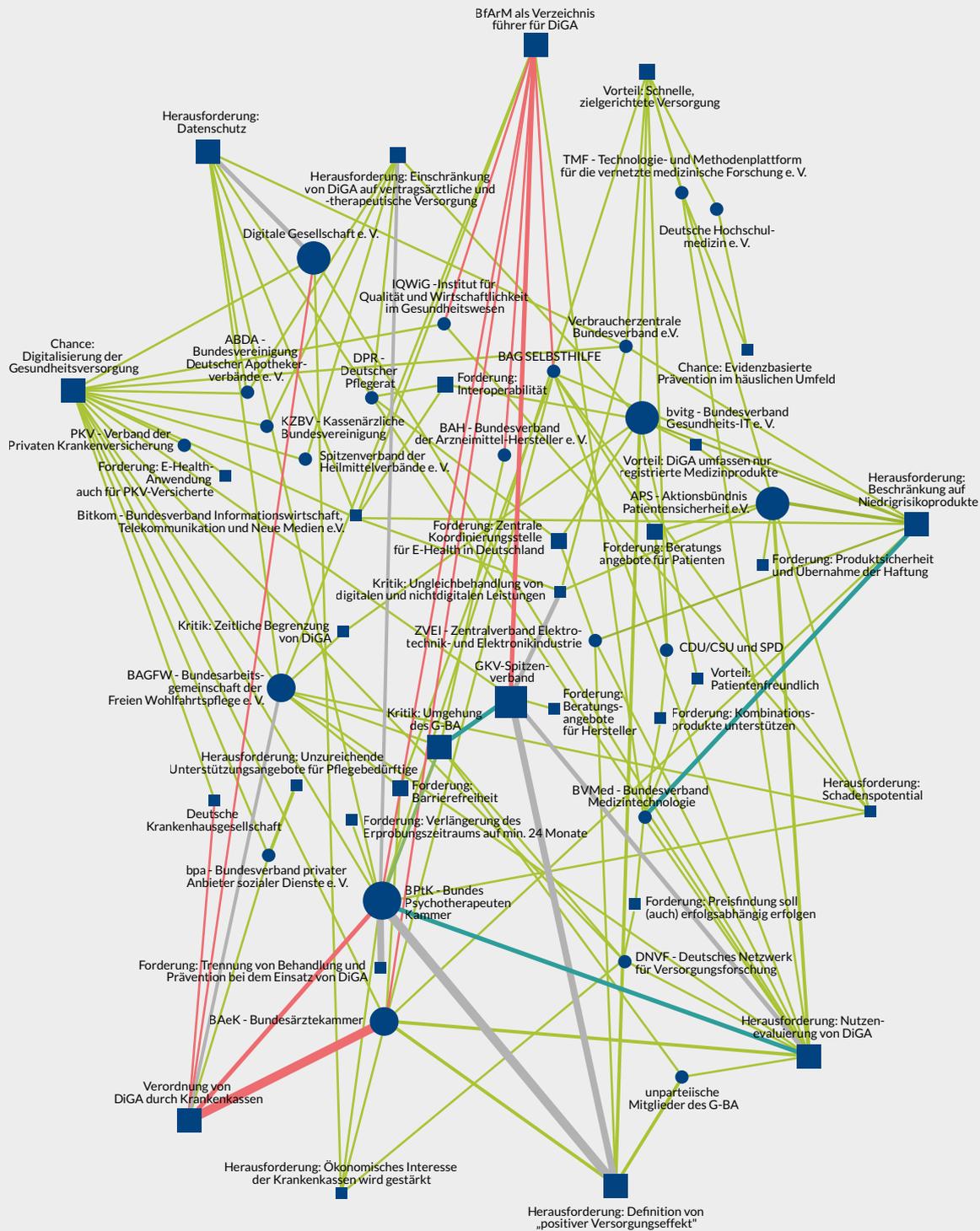
### Akteure

Eine Analyse der öffentlichen Anhörungen im Bundestag zeigt, welche Akteure an dem Gesetzgebungsprozess beteiligt waren und wie groß der Konsens war. Im Gegensatz zu früheren, teils kontroversen Positionen zeigt sich anhand von Abbildung 7, dass die Erstattungsfähigkeit von DiGAs und deren Einführung in die Versorgung überwiegend Zustimmung erfährt. Abbildung 7 verdeutlicht den Diskurs im Bundestag mit einem Netzwerk, bestehend aus den einzelnen Akteuren (Kreise) und Konzepten (Vierecke), die in der Dokumentation präsent sind. Grüne Verbindungen zwischen Akteuren und Konzepten bedeuten Zustimmung, rote signalisieren Ablehnung, blaue stehen für keine eindeutige Position. Die Stärke der Striche visualisiert die Häufigkeit, mit der sich die jeweiligen Akteure zu einem Konzept geäußert haben: je häufiger, desto stärker die Verbindung.

Insgesamt verdeutlicht das Netzwerk, dass die Akteure grundsätzlich den DiGAs-Konzepten breit zustimmen. Die Analyse identifiziert Akteure, die in den jeweiligen Anhörungen besonders oft mit Aussagen präsent waren, darunter die Bundes-Psychotherapeuten-Kammer (BPtK) mit 39 Aussagen, der GKV-Spitzenverband mit 25 und die Bundesärztekammer (BÄK) mit 18 Aussagen. Auch Verbände und Bündnisse, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), der Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg) und das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), traten mit jeweils mehr als zehn Aussagen in Erscheinung.

Im Hinblick auf die hervorgehobenen Inhalte zeigt die Analyse ebenfalls Konzepte und Positionen auf, zu denen ein Konsens besteht: So bewerten die Akteure DiGAs als Chance für die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und sehen einen Vorteil in der Stärkung einer schnellen und zielgerichteten Versorgung. Als Herausforderungen benennen sie die Nutzenevaluierung von DiGAs, vor allem hinsichtlich der Definition positiver Versorgungseffekte, und kritisieren etwa die Umgehung des G-BA sowie die Einrichtung des BfArMs als Verzeichnissführer für DiGAs. Neben diesen regulativen Feinabstimmungen gibt es aber große Unterstützung für die digitalen Gesundheitsanwendungen in der Versorgung.

ABBILDUNG 7: Diskursnetzwerk zu DiGAs



— Zustimmung    — Ablehnung    — Indifferenz gegenüber den Konzepten  
● Akteure (Verbände, Vereinigungen, Kammern)    ■ Konzepte (etwa Forderungen oder Vorteile)  
 Die Größe der Symbole (● ■) entspricht der Häufigkeit, mit der die Akteure oder Konzepte im Diskurs auftreten

Quelle: Eigene Darstellung mit visone (Brandes & Wagner, 2019), Bertelsmann Stiftung

## Prozesse

Die grundsätzliche Möglichkeit der Erstattungsfähigkeit von DiGAs wurde zwar im DVG bereits eingeführt. Doch erst die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) konkretisierte das Verfahren und die Anforderungen für die Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konkretisierungen betreffen hier vor allem Vorgaben zu Methoden und Verfahren, um Versorgungseffekte nachzuweisen, Anforderungen an Sicherheit, Qualität, Datensicherheit und Datenschutz, die Einrichtung eines Verzeichnisses und die Sicherstellung des Prüfverfahrens (BMG 2021a). Damit war die DiGA-Ausgestaltung von Beginn an stärker agil gedacht.

Auch die Prozesse der Preisfindung waren zunächst unklar. Ähnlich wie bei Arzneimitteln und Medizinprodukten verhandelt der GKV-Spitzenverband nach der Zulassung – die für die DiGAs durch das BfArM erfolgt – mit den Verbänden die Vergütungsbeträge. Eine Herausforderung besteht allerdings darin, dass im Gegensatz zu Arzneimitteln und Medizinprodukten weder ein Festbetragssystem noch eine Vergleichstherapie existiert bzw. diese schwer mit einer DiGA zu vergleichen ist. Die mit der Erstellung einer Rahmenvereinbarung beauftragte Schiedsstelle diskutierte in der Folge eine nutzenbasierte gegenüber einer kostenbasierten Vergütung (Haserück 2021a). Gleichzeitig gilt nach Zulassung zunächst der vom Hersteller festgelegte Preis, bis er vom zwischen Hersteller und GKV-Spitzenverband verhandelten Vergütungsbetrag abgelöst wird. Allerdings gilt der erste Preis nur, solange kein Höchstbetrag festgelegt ist. Dazu gibt es in der aktuellen Rahmenvereinbarung aber noch keine Lösung (Haserück 2021b).

## Politikstil

Aufgrund der vielfältigen Akteureinbindung und der Flexibilität der Maßnahmen stellt der Politikstil, der die Einführung der DiGAs in die Versorgung bewirkt hat, ein Beispiel für agile Politikgestaltung dar. Die Stärkung von bisher mit weniger Kompetenzen ausgestatteten Akteuren der Selbstverwaltung – wie etwa den Herstellern von DiGAs, dem RKI und dem BfArM – kann hier auch als Erklärung dienen, warum die DiGAs ein erfolgreiches Reformbeispiel sind. Dies umso mehr, als Vorgaben kaum hierarchisch festgelegt wurden (lediglich die Anforderungen an DiGAs zur Erstattungsfähigkeit hat das BMG konkretisiert) und nicht in den bestehenden und teils vermacherten Interessenstrukturen der Selbstverwaltung ausgearbeitet, sondern in neuen Akteurskonstellationen weitgehend selbst organisiert gestaltet worden sind. Ambidextrie zeigt sich etwa darin, dass bestehende Strukturen der Nutzenbewertung und Preisverhandlung verwendet werden, um auch DiGAs in ein ähnliches Schema zu überführen. Der große Erfolg der DiGAs, vor allem mit Blick auf die Zulassungszahlen, spricht für die Reformfähigkeit des Gesundheitswesens unter einem agilen Politikstil.

Allerdings muss dieses Ergebnis relativiert und entsprechend eingeordnet werden: So war die Einführung der DiGAs in die Versorgung weder unter den beteiligten Akteuren grundsätzlich umstritten – auch wenn der GKV-Spitzenverband laufend die Zulassungs- und Vergütungsbedingungen kritisiert und für Änderungen wirbt (Böldt 2021) –, noch handelte es sich um eine tiefgreifende Änderung von Strukturen oder Kompetenzen im Gesundheitswesen oder in der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig gibt es zwar Widerstand aus den Reihen der Ärzteschaft, die vor allem eine größere Beratungsleistung und digitale Kompetenz vorweisen muss; grundsätzlich werden dort aber auch die Vorteile der Digitalisierung gesehen. Eine Voraussetzung des Erfolgs agiler Politikgestaltung zeigt sich folglich in der akteursübergreifenden grundsätzlichen Übereinstimmung im Ziel.

## 6.2 Digitale Pflegeanwendungen (DiPAs)

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) hat der Bundestag am 6. Mai 2021 die Möglichkeit geschaffen, Digitale Pflegeanwendungen (DiPAs) auf Erstattungsfähigkeit zu prüfen. Dem Vorbild der DiGAs folgend, können künftig auch Pflegeanwendungen nach Prüfung des Zusatznutzens von den Krankenkassen erstattet werden. Weitere gesetzliche Grundlagen bestehen zurzeit noch nicht. DiPAs sollen für pflegebedürftige Personen zur Verfügung gestellt werden und insbesondere auch zur Prävention sowie zur Erhaltung und Verbesserung ihres Gesundheitszustands beitragen.

### Akteure

Ähnlich wie bei den DiGAs sind bei der Erstattung von DiPAs unterschiedliche – aber andere – Akteure beteiligt. Anstelle von Ärzteschaft und Krankenhäusern rücken bei den DiPAs Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste in den Mittelpunkt. Als Pflegekassen sind auch die gesetzlichen Krankenkassen erneut als Kostenträger von DiPAs betroffen. Darüber hinaus hat sich mit dem „Spitzenverband Digitale Pflegeanwendungen“ ein neuer Verband gegründet, der die Interessen von Herstellern, aber auch von Betreuungsdiensten und pflegenden Angehörigen vertritt. Er fungiert als offizieller Verhandlungspartner in den Preisvereinbarungen mit dem GKV-Spitzenverband.

Analog zu den DiGAs bestehen auch im Fall der DiPAs weitgehend übereinstimmend positive Positionen hinsichtlich der technologischen Innovation und dem Nutzen für die Versorgung. Größere Kritikpunkte aus der tagesaktuellen Berichterstattung und Diskussion beziehen sich vor allem auf die Sorge einzelner Verbände, dass die Akteure des Gesundheitswesens den therapeutischen Nutzen von DiPAs erkennen und in die Versorgung integrieren müssen. Dies bringt wiederum technische Herausforderungen mit sich, da im Gegensatz zu den DiGAs bei den DiPAs noch weniger intuitiv ersichtlich ist, wie die Informationen an die Nutzungsgruppen kommuniziert werden und wie die technischen Prozesse der Abrechnung und Kostenerstattung verlaufen.

### Prozesse

An der Schnittstelle von Gesundheits- und Pflegepolitik wurde vom Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2018 die „Konzertierte Aktion Pflege“ einberufen. Mit Beteiligung unterschiedlicher Akteure aus dem Gesundheitswesen erarbeitete eine Kommission unter anderem Vorschläge in Richtung erweiterter Kompetenzen für Pflegekräfte, Bezahlung nach Tarifverträgen und Ausarbeitung eines Personalbemessungsverfahrens. In Bezug auf Digitalisierung sieht der Bericht der Kommission insbesondere großen zukünftigen Nutzen im Einsatz digitaler Technologien in der Pflege. Diese sollen sowohl Pflegenden entlasten als auch die Autonomie von Pflegebedürftigen stärken (BMG 2020b).

Im zweiten Bericht zum Stand der Umsetzung beschreibt die Bundesregierung DiPAs als einen Fortschritt, um den Einsatz technologischer Innovationen zu fördern (Die Bundesregierung 2021). Der Umsetzungsbericht beweist die Förderung von DiPAs auch damit, dass die Pflegekasse dafür bis zu 50 Euro an Pflegebedürftige zahlen kann.

## Politikstil

Da DiPAs erst im Juni 2021 gesetzlich verankert wurden, lässt sich noch nicht detailliert absehen, inwieweit sie im Verlauf der Zeit verändert, die Erstattungsgrundlagen modifiziert und an neue Erkenntnisse flexibel angepasst und die Akteure mit ihrer Expertise systematisch eingebunden werden. Ausgehend von den Erfahrungen mit der DiGA, ist zu erwarten, dass insbesondere Spezifizierungen zu Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit – etwa ein nachgewiesener Zusatznutzen – vorgenommen werden. Zumindest muss es eine Rechtsverordnung geben. Auch Preisverhandlungen zwischen dem neu gegründeten Spitzenverband und dem GKV-Spitzenverband werden immer wieder auf der Agenda stehen. Da diese in Teilen den schon bestehenden Strukturen zur Verhandlung von Erstattungspreisen bei Medikamenten entsprechen, gibt es hier grundsätzlich Potenzial für korporatistische Blockaden, die eine hierarchische Steuerung durch das BMG notwendig machen könnten.

Allerdings ist wie bereits bei den DiGAs die Situation nach Schaffung der gesetzlichen Grundlage so, dass verschiedene Akteure, die bisher nicht in den korporatistischen Strukturen vertreten waren, eingebunden sind. Dies entspricht dem agilen Politikstil insofern, als es eine unabhängige Akteurslandschaft gibt, deren Expertise auch systematisch eingebunden wird, um die DiPAs flexibel und reflektiert kontinuierlich neuen Erkenntnissen anzupassen. Ähnlich wie bei den DiGAs zeigt sich hier ebenfalls, dass die DiPAs zunächst gesetzlich ermöglicht und anschließend ihre Preiserstattung und Prüfung detailliert geregelt wurden. Dies spricht ebenfalls für einen – in diesem Fall durchaus erfolgreichen – agilen Politikstil, der Innovationen in die Versorgung bringt und sie dann iterativ an die Erfahrungen anpasst.

Dennoch weisen beide Fälle – ähnlich wie die historischen Beispiele der Praxisgebühr, der Selektivverträge und Fallpauschalen – eine starke Fokussierung auf das Politikinstrument auf und weniger eine Konzentration auf das Problem, das gelöst, oder das Ziel, das erreicht werden soll. Vor allem die DiPAs sind faktisch eine Kopie der DiGAs und profitieren damit von bestehenden Strukturen und Erfahrungen. Bestimmte Elemente, darunter der iterative, flexible und proaktive Stil der Einführung und Umsetzung, die Fähigkeit, schnell auf aufkommende Herausforderungen wie Preisverhandlungen zu reagieren, und der geringe Widerstand gegenüber der Grundidee, verbunden mit wenig Polarisierung, zeigen jedoch Ansätze eines agilen Politikstils, der in den beobachteten Fällen vorteilhaft für den Reformerfolg war.

## 6.3 Telematikinfrastruktur

Ähnlich wie die DiGAs, aber mit einer längeren Historie, ist die Telematikinfrastruktur eine der zentralen Entwicklungen in der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die schon 2005 auf Basis der im Gesundheitsmodernisierungsgesetz verankerten gesetzlichen Vorgaben eingerichtete Telematik stellt über die Telematikinfrastruktur die erste Fachanwendung bereit: das Versichererstammdaten-Management. Das E-Health-Gesetz verpflichtete die Praxen, ab 1. Juli 2018 die Versichertendaten zu prüfen und bei Änderungen auf der elektronischen Gesundheitskarte zu aktualisieren. Jedoch wurde aufgrund der notwendigen Voraussetzungen, die in der Beantragung von Praxisausweisen und der Anbindung an die Telematikinfrastruktur über Konnektoren bestanden, die Sanktionsfrist bis Ende Dezember 2018 verlängert, da nicht alle Praxen die Voraussetzungen bis zu diesem Stichtag erfüllten. Die verzögerte Zulassung dieser Konnektoren durch die Telematik führte aufseiten der Ärzteschaft zu Kritik an den gesetzten Fristen (Springer Medizin 2017a, 2017b).

Auch bei den aktuell anstehenden Entwicklungen zur elektronischen Patientenakte, zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und zum elektronischen Rezept wiederholt sich das Muster der gesetzten, doch schwer einzuhaltenden Fristen. Die vom Ministerium terminlich festgelegten Meilensteine – die flächendeckende Einführung bestimmter Funktionen – verärgern regelmäßig Arztpraxen und andere Leistungserbringer, die etliche technische Voraussetzungen erfüllen müssen. Gleichzeitig tragen sie für die Verzögerung von Prozessen nur bedingt die Verantwortung, wenn die Bereitstellung von Konnektoren etwa durch Lieferschwierigkeiten verhindert wird oder Updates noch nicht verfügbar sind.

Neben dem E-Health-Gesetz, das die Funktionen im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) benennt, enthalten das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) und das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) Regelungen zur Ausgestaltung und zum Fortschritt der Telematikinfrastruktur (Digitales Gesundheitswesen 2021).

## Akteure

Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt die Akteure des Gesundheitswesens, inklusive der Versicherten. Damit sind auch alle im Gesundheitswesen aktiven Akteure von der weiteren Entwicklung der TI betroffen. Im Ergebnis führen die umfassenden Auswirkungen der TI jedoch auch dazu, dass sich aufseiten der Akteure unterschiedliche Interessen und Positionen ausbilden – dies ist seit der ersten Gesetzgebung zur Telematikinfrastruktur mit dem E-Health-Gesetz der Fall. Insgesamt vier Diskursnetzwerke (Abbildungen 8 bis 11) visualisieren die Konfliktlinien zwischen Akteuren und die Gegenstände der Konflikte zu den jeweiligen Zeiten der Gesetze. Insgesamt 114 Stellungnahmen zum E-Health-Gesetz, zum DVG, PDSG und DVPMG sind in die Analyse eingeflossen.

Im Verlauf der gesetzlichen Schritte zeigt sich zum E-Health-Gesetz (Abbildung 8) zunächst ein starker Dissens – nicht unbedingt hinsichtlich der Kernideen der Telematikinfrastruktur, aber durchaus bei den zu erwartenden Sanktionen, sollten Leistungserbringer nicht rechtzeitig ihren Anschluss organisieren. Die Position dazu ist jedoch umstritten. Dass ein wesentlicher Vorteil in der besseren Versorgungsqualität liegt und eine entsprechende Herausforderung in dem sicherzustellenden Datenschutz, bestätigen viele Akteure. Die Ablehnung von Konzepten signalisierenden roten Linien sind im Vergleich zu den Zustimmung signalisierenden grünen Linien zwar nicht in der Mehrzahl – doch es wird deutlich, dass es noch umstrittene Positionen zur Telematikinfrastruktur gibt. In der Tendenz formulieren dabei die Verbände ähnliche Gegenpositionen.

Anders sieht es bei den Anhörungen zum DVG aus (Abbildung 9). Hier wurden zentrale Kritikpunkte, die noch beim E-Health-Gesetz bestanden, mittlerweile ausgeräumt. Es bleibt umstritten, inwieweit die Anbindung an die TI verbindlich und sanktionsbewehrt sein sollte. Kritisch sieht die Ärzteschaft die Übermittlung von Daten zu abrechnenden Leistungserbringern an den GKV-Spitzenverband.

Der verbindliche und sanktionsbewehrte Anschluss an die TI bleibt auch im PDSG ein zentraler Kritikpunkt und wird hauptsächlich seitens der Verbände der Leistungserbringer vertreten. Rein optisch zeigen aber die Diskursnetzwerke zum PDSG (Abbildung 10) und zum DVPMG (Abbildung 11), dass die anfänglichen Kritikpunkte, die noch 2015 bestanden, weitgehend aufgelöst werden konnten. Dies liegt vermutlich nicht zuletzt an der Übernahme der Mehrheitsanteile an der Telematik durch das BMG und der damit verbundenen hierarchischen Steuerung der TI. Abbildung 11 zeigt jedoch, dass vor allem die Ablösung einzelner Elemente von der elektronischen Gesundheitskarte noch auf Ablehnung stößt. Diese Kritikpunkte brachten die Verbände bereits 2015 in den





ABBILDUNG 10: Diskursnetzwerk der Anhörungen zum PDSG

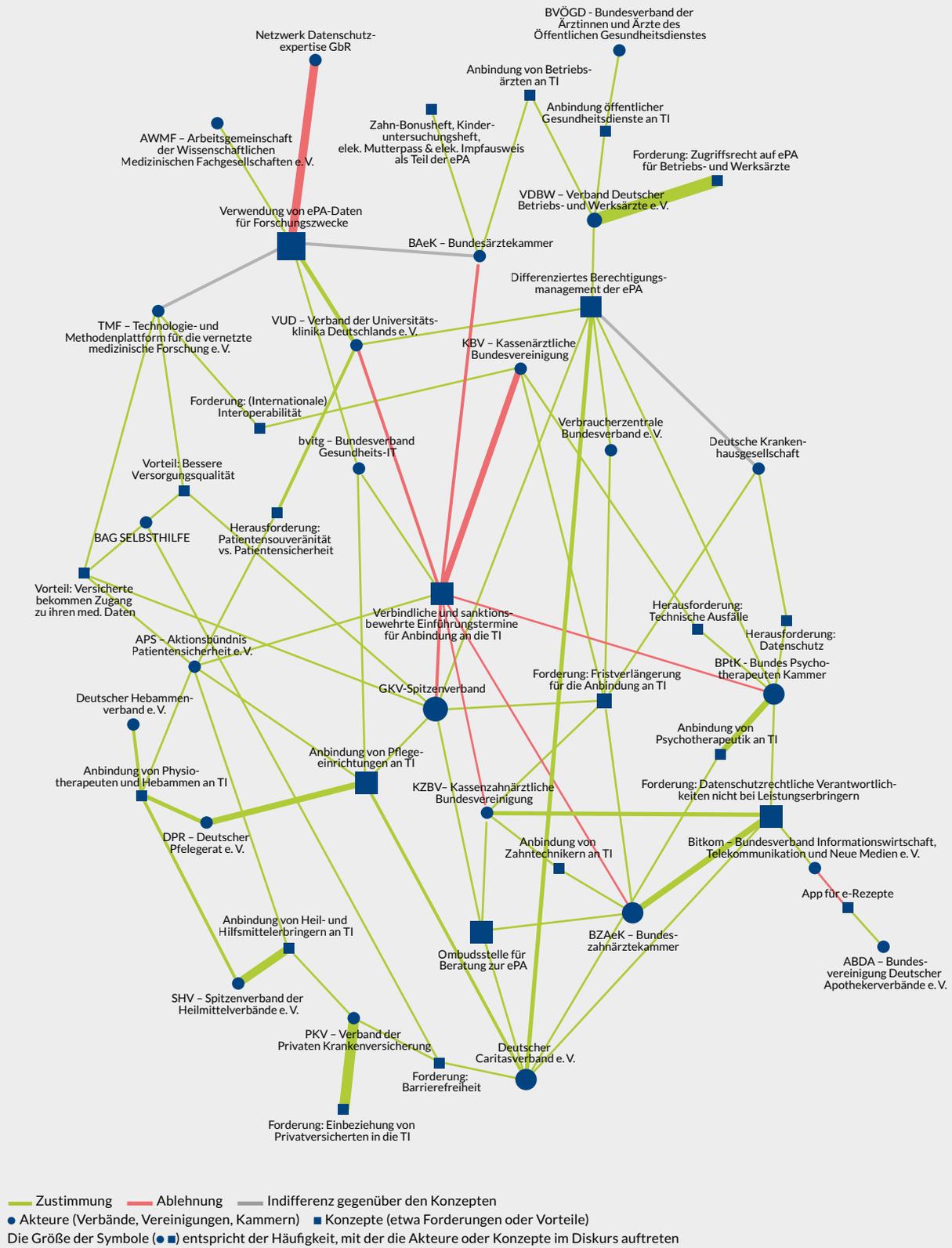
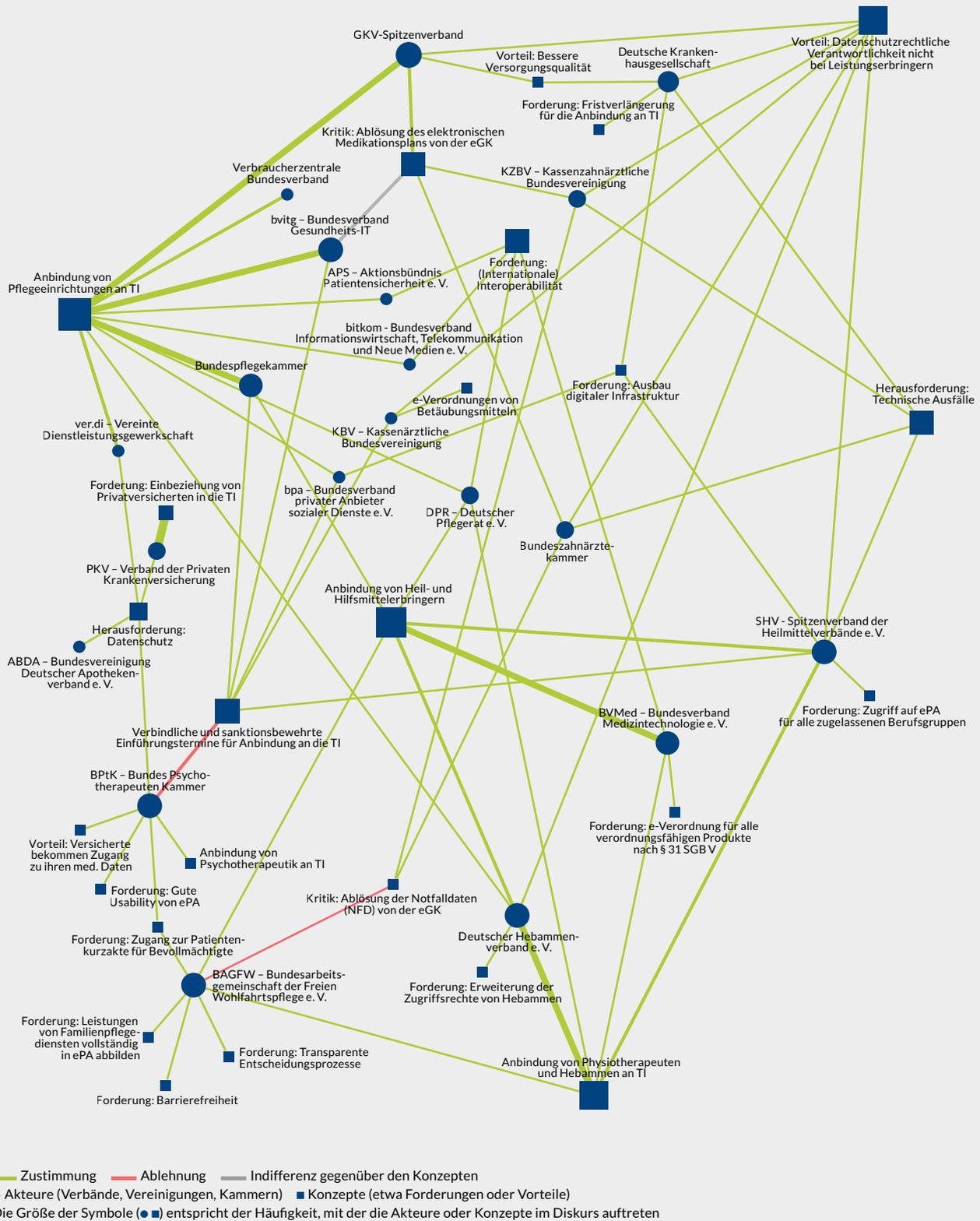


ABBILDUNG 11: Diskursnetzwerk der Anhörungen zum DVPMG



Anhörungen vor und konnten bisher nicht aufgelöst werden. Abgesehen davon hat sich der Konsens zu den wesentlichen TI-Konzepten über die Jahre und auch über Akteursgruppen hinweg verstärkt.

## Prozesse

Die Gründung der gematik im Jahr 2005 stand ursprünglich lediglich im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte. Dabei sollte die gematik den (sicherheits-)technischen Rahmen für die Telematikinfrastruktur definieren und realisieren (Becker & Dujat 2009: 21) sowie die elektronische Gesundheitskarte einführen, pflegen und weiterentwickeln (Bauer & Kirn 2005). Mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Übernahme durch das BMG übertrug der Gesetzgeber der gematik weitere Aufgaben. Diese bezogen sich vor allem auf die Herstellung eines sicheren Zugangs an die TI, der zudem an die Bedürfnisse der anzuschließenden Akteure angepasst sein sollte, die Entwicklung und der Betrieb von Komponenten und Diensten bestimmter TI-Funktionen (wie dem E-Rezept) sowie die Zulassung der in Praxen verwendeten Soft- und Hardware von Unternehmen.

In den Jahren 2020 und 2021 gelang weiteren Akteuren sukzessive der Anschluss an die Telematikinfrastruktur. 2020 waren dies schwerpunktmäßig die Krankenhäuser und Apotheken, obwohl auch der Anschluss von Heil- und Hilfsmittelerbringenden, Sanitätshäusern, Erbringern von Psychotherapie und von Leistungen in zahnmedizinischen Laboren, Pflegeeinrichtungen und Psychotherapie-Praxen erwünscht war (Deutscher Bundestag 2020) und mit dem DVPMG final beschlossen wurde. Dies wurde 2021 noch gestärkt. Für einige Akteure gilt auch eine vom Bundestag gesetzte Frist für den Anschluss an die TI.

Im Jahr 2021 gibt es außerdem verschiedene Neuerungen im TI-Zusammenhang: So startete zum 1. Juli die elektronische Patientenakte, zum 1. Oktober die elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigung, und zum 1. Januar 2022 wird das elektronische Rezept eingeführt, wofür im Laufe des Jahres 2021 bereits die notwendige App als Teil der TI zur Verfügung stehen soll (festgelegt im PDSG). Kritik an den Prozessen wird häufig von der Ärzteschaft geäußert, da diese eine Reihe an Vorkehrungen treffen muss, um die Funktionen nutzen zu können, etwa einen Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM-Dienst) sowie einen elektronischen Heilberufsausweis.

## Politikstil

Den Politikstil zur Implementierung der Telematikinfrastruktur zu kategorisieren, fällt zunächst schwer. Einerseits werden durch Modellprojekte und Zukunftsregionen digitale Versorgungsmodelle, wie etwa das elektronische Rezept oder die telemedizinische, hausärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern – unter Einbindung der betroffenen Akteure im Raum Berlin-Brandenburg – erprobt und bewertet (BMG 2021b). Diese Vorgehensweise ermöglicht eine vorzeitige Erprobung der angestrebten Innovationen in der Versorgung und eine stetige Anpassung von Prozessen aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse. Beispielsweise bieten Modellprojekte die Möglichkeit, einzuschätzen, inwiefern die technische Bedienung von Apps für die Versicherten eine Herausforderung bei der Nutzung des E-Rezepts oder von Videosprechstunden darstellt. Insofern sprechen sowohl die Einbindung der Expertise aller Akteure im Gesundheitswesen als auch eine flexible Anpassung und proaktive Gestaltung der technischen Anwendungen sowie die iterative Arbeitsweise für einen agilen Politikstil im Aufbau und in der Nutzung der Telematikinfrastruktur.

Andererseits zeigt sich jedoch abseits der Modellprojekte zur Erprobung digitaler Versorgungsmodelle vor allem bei den Fristsetzungen eine hierarchische Steuerung durch das BMG. Dieser Eindruck wird verstärkt durch die Übernahme der Mehrheitsanteile der gematik mit dem TSVG.

Gleichzeitig werden auch in der Umsetzung der Telematikinfrastruktur korporatistische Arrangements genutzt, etwa wenn der G-BA die Möglichkeit einer Krankschreibung per Videosprechstunde beschließt (G-BA 2020). Dass Deutschland in der digitalen Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich aktuell noch zurückliegt, scheint folglich auch daran zu liegen, dass keine klaren Regelungsstrukturen existieren bzw. dass verschiedene Steuerungsinstrumente und Politikstile vermischt werden.

Während es durchaus sinnvoll ist, die bestehenden Verhandlungsgremien im Hinblick auf die Vergütung digitalisierter Leistungen zu nutzen, war die ursprüngliche Idee der gematik zu stark auf die korporatistischen Akteure begrenzt und führte zur gegenseitigen Blockade in der TI-Ausgestaltung. Ein stärker agiler Politikstil, wie er ansatzweise bereits erfolgreich in Modellprojekten umgesetzt wird, hätte bei der Digitalisierung vermutlich schon früher konkrete Fortschritte erzielen können. Die Empfehlung – auch für die künftige TI-Entwicklung – ist daher ein stärker agiles, flexibles und adaptives Vorgehen unter Einbindung verschiedener Stakeholder.

## 6.4 Forschungsdatenzentrum

Abseits der öffentlichen Aufmerksamkeit gibt es in der deutschen Gesundheitspolitik Bestrebungen, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten systematisch für die Forschung zu nutzen. Die Grundlagen dafür wurden ebenfalls mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz 2019 gelegt. Dieses besagt, dass die Daten vom GKV-Spitzenverband und auch die der Leistungserbringer an das Forschungsdatenzentrum geliefert werden. Die Datennutzung erfolgt pseudonymisiert. Dafür wurde eine Vertrauensstelle eingerichtet.

Das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) schreibt vor, dass die den Versicherten von ihrer Krankenkasse angebotene elektronische Patientenakte forschungskompatibel sein muss. Allerdings gibt es noch Unklarheiten bezüglich der Datennutzung. Bisher ist geplant, dass lediglich medizinische Fachkräfte Zugang zu den Daten erhalten. Andere Akteure des Gesundheitswesens, darunter vor allem Unternehmen und Forschungsinstitute, wären davon ausgeschlossen (Wiskow 2021).

### Akteure

Die am Aufbau und an der Gestaltung des Forschungsdatenzentrums beteiligten Akteure sind vor allem mit Aufgaben der unmittelbaren oder mittelbaren Staatsverwaltung und der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung betraut. Das Forschungsdatenzentrum ist beim BfArM angesiedelt, die Vertrauensstelle beim Robert Koch-Institut. Beide Einrichtungen gewinnen dadurch Kompetenzen und wichtige Informationen über das Gesundheitswesen.

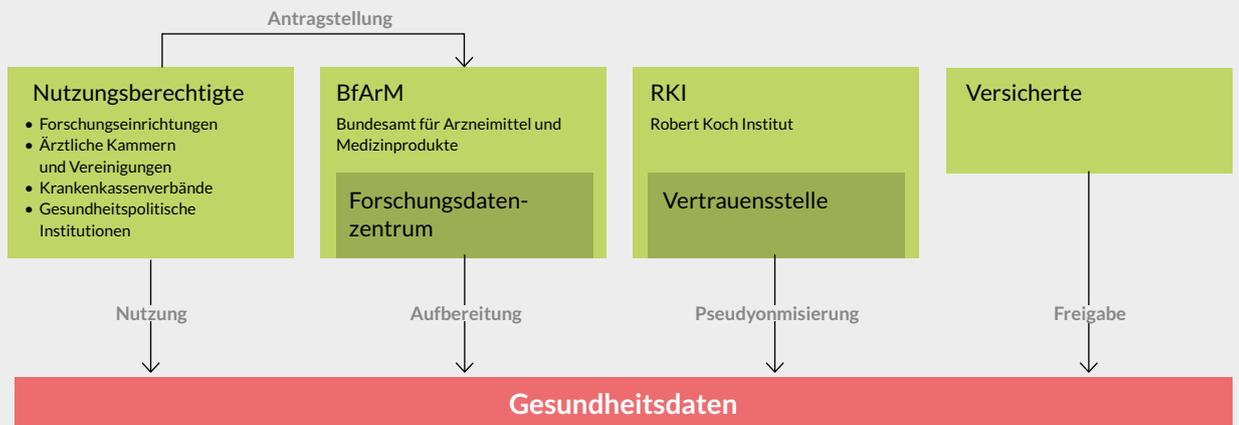
Zu Beginn des Jahres 2021 sollte der Kreis der grundsätzlich nutzungsberechtigten Akteure auch auf gewinnorientierte Unternehmen ausgeweitet werden. Dieser Vorschlag führte zu teils kontroversen Diskussionen. Die Akteure der Gesundheitswirtschaft befürworteten die Erweiterung mit Nachdruck (Bitkom 2021; ZVEI 2021). Auch wenn es nicht dazu gekommen ist, sind nicht nur weitere Akteure in die Nutzung von Forschungsdaten eingebunden, sondern auch neue Akteure, die bisher kaum Zugriff auf gesundheitspolitische Daten und Prozesse hatten, sind grundsätzlich interessiert an einer Nutzung – die in Reichweite liegt.

Das PDSG erfordert, dass die Versicherten explizit ihre Erlaubnis zur Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung erteilen. Versicherte können die Daten auch direkt für Forschungsprojekte freigeben. Die Besonderheit des Forschungsdatenzentrums in Verbindung mit der elektronischen Patientenakte liegt folglich darin, dass die Versicherten aktiv an dem Erfolg dieser Maßnahme beteiligt sein werden. Damit verbunden ist auch eine der zentralen Herausforderungen: Sollten nicht alle Versicherten sich für eine Datenspende entscheiden, würde dies zu Verzerrungen in den Datenstrukturen und in der Folge auch zu einer verzerrten Auswertung der Daten führen. Der SVR-G betont in seinem Gutachten daher, wie wichtig vollständige Daten für die Forschung und die Verbesserung der Versorgung sind (SVR 2021: 91 und 200).

### Prozesse

Die Einrichtung des Forschungsdatenzentrums steht derzeit noch am Anfang. Erst ab dem Jahr 2023 wird es möglich, Daten über die ePA freizugeben. Gleichzeitig sind schon jetzt Weiterentwicklungen des Zentrums geplant. Diese betreffen unter anderem eine Anbindung an bestehende Datenkorpi, etwa Krebsregister, und eine Interoperabilität zwischen den jeweiligen Datenerhebungen und Datennutzungen. Genutzt werden sollen unter anderem Statistiken zu Fallpauschalen im Krankenhaus, zu Todesursachen, Pflege und Reha sowie zu anderen Diagnosen. Die aktuell bestehenden Prozesse um das Forschungsdatenzentrum veranschaulicht Abbildung 12.

ABBILDUNG 12: Prozesse und Verbindungen des Forschungsdatenzentrums



Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung

Die Prozesse werden im Verlauf der nächsten Jahre noch einiger Anpassungen bedürfen. Die zunehmende Erhebung und Integration von Daten in umfassende Datensätze zu Forschungszwecken erfordern ein hohes Maß an Abstimmung zwischen den Akteuren und klare Vorgaben in Bezug auf die Form der Datenspeicherung, der gespeicherten Informationen, der Nutzung und der Transparenz. Der SVR betont in seinem Gutachten auch die Potenziale, die diese Veränderungen im Hinblick auf eine verstärkt evidenzbasierte Medizin, eine verbesserte Diagnostik und Therapie sowie deren Sicherheit und Qualität haben können.

## Politikstil

Das Forschungsdatenzentrum befindet sich aktuell noch in der Phase der Formulierung; die Umsetzung ist erst ab 2023 geplant, wenn die Versicherten entscheiden können, ob sie ihre Gesundheitsdaten der Forschung zur Verfügung stellen möchten (auch als Datenspende bezeichnet). In der Formulierungsphase zeigen sich bisher noch nicht die als agil eingestuften Kriterien eines Politikstils. Die Einbindung von Akteuren ist über weite Strecken lediglich auf deren Nutzungsberechtigung beschränkt. Entscheidender Treiber der Entwicklungen ist das Ministerium, auch in Verbindung mit dem SVR-G und anderen Ministerien, die die Forschungsdateninfrastruktur über Politiksektoren hinweg aufbauen wollen.

Um hier eine agile Anpassung zu erreichen, müssen Vorgaben flexibel gestaltet werden und in Abstimmung mit den Leistungserbringern und Kostenträgern erfolgen, die idealerweise in einem festgelegten und selbst organisierten Team die Standards für die Forschungsdatenspeicherung setzen. Dass Deutschland im internationalen Vergleich noch längst nicht zu den Vorreitern gehört, unterstreicht wiederum die reaktive – statt einer proaktiven – Handlungsweise in Richtung einer systematischen Datennutzung.

## 6.5 Zwischenfazit: Politikgestaltung in aktuellen Reformprozessen zur Digitalisierung

Abbildung 13 visualisiert die Erkenntnisse der Analyse aktueller gesundheitspolitischer Reformprozesse um die Digitalisierung. Im Gegensatz zu den vergangenen Reformprozessen zeigen sich hier durchaus erste Ansätze eines agilen Politikstils. So wurden die DiGAs explizit mit wenigen Vorgaben eingeführt, die sich nun im Laufe der Umsetzung entsprechend den Erfahrungen weiterentwickeln sollen. Sie waren zudem parteipolitisch kaum umstritten. Allerdings müssten diese Ansätze verstärkt weitere Elemente agiler Politikgestaltung integrieren, damit diese sich auch positiv auf den Reformerfolg auswirken kann. Das betrifft vor allem die stärkere Fokussierung auf das Problem bzw. das zu erreichende Ziel, da die DiGAs ebenfalls als Instrument sehr bekannt geworden sind.

ABBILDUNG 13: Analyse aktueller Reformprozesse zur Digitalisierung

DiGAs	DiPAs	Telematikinfrastruktur	Forschungsdatenzentrum
Vielfältige Akteurs-einbindung, abseits von Parteipolitik	Ähnlich wie die DiGAs kaum umstritten	Konflikte und Kritik von beteiligten Akteuren	Im Interesse nahezu aller Akteure
Stetige Anpassung nach Einführung (etwa Preisverhandlungen)	Bisher aber deutlich weniger konkretisiert und umgesetzt	Keine eindeutige Identifikation / häufige Wechsel des Politikstils	Bisher noch in der Formulierungsphase
Übereinstimmung im Ziel Voraussetzung für Erfolg von Agilität	Präsente Elemente von agiler Politikgestaltung	Agile Politikgestaltung erfolgversprechend	Potenzial für agilen Politikstil (und Erfolg) noch vorhanden

Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung

Das größte Potenzial für agile Politikgestaltung bietet im Vergleich der Fallbeispiele die Telematikinfrastruktur. Zu Beginn noch eingebettet in korporatistische Strukturen, wird sie seit der Übernahme der gematik-Mehrheitsanteile durch das BMG weitgehend hierarchisch gesteuert. Wäre die digitale Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens von Beginn an als Ziel eines agilen Politikgestaltungsprozesses ausgegeben worden, hätten potenziell innovative und effiziente Lösungen entwickelt werden können. Dies ist bisher nicht gelungen. Hier zeigt sich somit ein weiteres Hindernis für den Reformerfolg agiler Politikstile: Befindet sich eine Reformidee bereits in der Umsetzung, kommt es zu Pfadabhängigkeiten, die nicht mehr so einfach aufzubrechen sind. Idealerweise setzt ein agiler Politikstil bereits in der Formulierungsphase an, um ein entsprechendes Erfolgspotenzial zu entfalten.

#### Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Analyse der Einbindung von Akteuren und des Aushandelns von Interessen zeigt grundsätzlich eine Verschiebung der Konfliktlinien. Vergangene Reformprozesse waren stark geprägt von divergierenden Positionen zur Bereitstellung und Finanzierung von Leistungen. Reformideen im Bereich der Digitalisierung verlaufen dagegen entlang der Frage nach Kompetenzverteilungen und dem Umgang mit neuen Akteuren, darunter der gematik, aber auch dem Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung. Die neuen Strukturen verändern einerseits die Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern sowie verschiedenen regulativen Ebenen, andererseits müssen einige Akteure ihre Positionen zur Digitalisierung auch erst noch finden.

Grundsätzlich erweist sich Digitalisierung damit als ein Regelungsfeld, das noch nicht verkrustet und von bestehenden Machtstrukturen blockiert ist – was zunächst das Potenzial für agile Politikstile stärkt. Gleichzeitig entwickeln sich die Ziele der Akteure teilweise gegensätzlich, sodass ein agiles Vorgehen weiterhin von politischen Vorzeichen beeinträchtigt ist. Politik ist kein Unternehmen, an dessen Erfolg alle Mitarbeitenden interessiert sind und der sich zugleich durch fest definierte Parameter messen ließe. In der Gesundheitspolitik haben Akteure zwingend unterschiedliche Interessen, wodurch das Potenzial agilen Arbeitens geschwächt wird.

Durch die zunehmende Zahl relevanter Akteure verändert sich die Notwendigkeit, diese Akteure einzubinden, sowohl im Hinblick auf Interessen als auch auf Expertise. Mit dem Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung sind jene Firmen, die DiGAs und DiPAs herstellen, in einem Interessenverband organisiert. Dieser vertritt die Anbieter auch in Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband. Das Aufkommen neuer Akteure und neuer Regelungsbereiche bedingt eine angemessene Einbindung dieser Sichtweisen für eine agile Politikgestaltung. Bei den bisherigen Schritten zur Digitalisierung des Gesundheitswesens ist dies teilweise gelungen, jedoch erst, nachdem die von den traditionellen Akteuren (Krankenkassen, KBV, DKG) getragene gematik die Mehrheitsanteile an das BMG abtrat. Für einen sinngemäß agilen Politikstil ist es zwingend erforderlich, dass die Akteure nicht die bestehenden Gremien des Korporatismus nutzen, da diese auf anderen Prämissen des Tauschkorporatismus bzw. Wettbewerbskorporatismus basieren. Um wirklich agile Politikgestaltung zu betreiben, müssen neue Strukturen des regelmäßigen, aber auch spontanen und informellen Austauschs geschaffen werden, und zwar mit Akteuren, die innerhalb dieses Austauschs auch eine gemeinsame Kommunikation nach außen vorantreiben.

In Bezug auf die Inhalte und ihren Reformerfolg scheinen in der Digitalisierung, aber auch in anderen Regelungsbereichen, die in agilen Politikstilen notwendigen schrittweisen Anpassungen durchaus ein Vorteil zu sein, um Lösungen zu erproben und zu verfeinern. Die Einbindung verschiedener Akteure und insbesondere einheitliche Vorgaben und Prozesse profitieren allerdings auch von hierarchischer Steuerung, wie sich etwa im Nachgang der Übernahme der gematik-Mehrheitsanteile durch das BMG zeigt. Die bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens auch in Abstimmung mit neuen Akteuren eingeführten Innovationen waren damit nicht agil, haben aber

dennoch funktioniert, möglicherweise auch deshalb, weil in der Formulierungsphase bereits agile Politikgestaltung zum Tragen kam.

In Bezug auf die unterschiedlichen Phasen der Politikprozesse zeigen die Fallbeispiele, dass ein agiler Politikstil sich nur unter bestimmten Voraussetzungen aus der Softwareentwicklung auf die Gesundheitspolitik übertragen lässt. Die Übertragung steht insbesondere vor der Herausforderung, dass es in der Gesundheitspolitik konkurrierende Ziele gibt und Machtkämpfe mit Inhaltsfragen verbunden sind. Wie problematisch diese Herausforderung ist, hängt von verschiedenen Bedingungen ab. In der Experimentier- und Erprobungsphase sind die Spielräume für einen aktiven Politikstil größer als in der Umsetzungsphase. Zudem ist es in Themenfeldern, die nicht im Licht der Öffentlichkeit und abseits des Parteienwettbewerbs stehen, wahrscheinlicher, dass kleine Arbeitsgruppen mit systematischer Einbindung von Expertise innovative Ideen und Instrumente entwickeln, die Probleme lösen und Ziele erreichen. Dies sind vor allem komplexe Themen mit weniger starren ökonomischen Interessenkonflikten und noch nicht feststehenden inhaltlichen Positionen. Bei sehr wenigen politisch umstrittenen Themen mit parteiunabhängiger Unterstützung, etwa DiGAs und Telematikinfrastruktur, kann ein agiler Politikstil auch noch in der Umsetzungsphase erfolgreich sein.

## 7 Handlungsempfehlungen für die Politik

Aus den Erfahrungen der Fallbeispiele und den damit verbundenen Bewertungen der Reform-erfolge hinsichtlich unterschiedlicher Politikstile lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten:

Erstens sollte ein agiler Politikstil vor allem in der frühen Phase der Politikformulierung eingesetzt werden. Ideen, die bereits die öffentliche Aufmerksamkeit erlangt haben und/oder Gegenstand des Parteienwettbewerbs sind – was sich häufig gegenseitig bedingt –, eignen sich nicht mehr für einen agilen Prozess der Politikgestaltung. Die Lösungen sind dann bereits in der öffentlichen Kommunikation und mit Parteien verbunden und lassen die Entwicklung von Innovationen abseits des Parteienwettbewerbs nicht mehr zu. In solchen Fällen überlagern Machtinteressen die Suche nach der besten Strategie zur Problembearbeitung.

Für einen agilen Politikstil eignen sich folglich Themen, die weniger Gefahr laufen, ideologisch zu polarisieren – andere Themen sind aus gutem Grund im demokratischen Parteienwettbewerb eingegliedert.

**1A** Agile Politikstile eignen sich für Themen, die eine geringe Gefahr der parteipolitischen und öffentlichen Polarisierung bergen und bisher (noch) nicht im Wahlkampf genutzt wurden. Sie eignen sich damit auch – und vor allem – für Themen, die hoch komplex sind sowie unter Zeitdruck und unsicheren Bedingungen geregelt werden müssen.

**1B** Agile Politikstile eignen sich nicht für Themen, die bereits von Parteien oder starken öffentlichen Akteuren besetzt sind und bei denen eine sachbezogene Entwicklung innovativer Lösungen unmittelbar Gefahr läuft, von bestimmten Parteien oder ideologischen Gruppen entsprechend aufgegriffen oder konterkariert zu werden.

Zweitens ist eine zentrale Voraussetzung für den Reformerfolg, dass die an der agilen Politikgestaltung beteiligten Individuen das Problem und das Ziel übereinstimmend definieren, aber noch kein bestimmtes Instrument vorgegeben ist – denn ein instrumentenbezogener Gestaltungsprozess verhindert durch die Fokussierung auf das Instrument die Entwicklung innovativer Lösungen. Ist kein Instrument vorgegeben, ist auch sichergestellt, dass kein Mitglied der Arbeitsgruppe einen „Einzelerfolg“ dadurch erzielen kann, dass das persönlich bevorzugte Instrument sich in

der Gruppe durchsetzt. Stattdessen müssen das Ergebnis und die anschließenden Empfehlungen der Gruppe ein Erfolg aller Mitglieder und auch für alle Gruppenmitglieder identitätsstiftend sein

**2** Damit ein agiler Politikgestaltungsprozess erfolgreich sein kann, muss zu Beginn ein Problem und / oder Ziel formuliert werden, das von allen beteiligten Akteuren als solches anerkannt und identifiziert wird. Zur Entwicklung innovativer Lösungen bedarf es keiner Vorgabe möglicher Instrumente oder potenzieller Lösungen, da diese sich erst in einem freien Denkprozess ergeben. Die Mitglieder eines solchen Prozesses sollten über politikfeldspezifische Expertise verfügen und idealerweise weder feste parteipolitische noch von Interessengruppen geprägte Positionen einnehmen.

Drittens ist ein essenzielles Element des agilen Arbeitens das stetige Erproben und Anpassen von Instrumenten. Reallabore, sogenannte Policy Labs, können diese Aufgabe insofern übernehmen, als sich hier in Modellprojekten und unter Einbindung der betroffenen Stakeholder neue Versorgungsformen testen und entsprechend den Erfahrungen weiterentwickeln lassen (Soe & Drechsler 2018). Bisher bietet das deutsche Gesundheitswesen über den Innovationsfonds die Möglichkeit solcher Modellprojekte. In Zukunft könnten unter Einbindung verschiedener Akteure – erneut in Arbeitsgruppen mit möglichst unabhängigen Mitgliedern, aber auch in Zusammenarbeit mit sektoralen versorgungsrelevanten Akteuren – Reallabore und Modellprojekte gefördert werden, um agile Prozesse zu unterstützen.

**3** Um das Potenzial agiler Politikgestaltung für Reformen zu nutzen, sollten Modellprojekte und Reallabore in kleinerem Rahmen mögliche innovative Lösungen erproben können. Hier bedarf es seitens der Regierung und des Ministeriums, aber auch der sektoralen Akteure, eines Verständnisses für eine iterative Arbeitsweise, einer Toleranz gegenüber Fehlkonstruktionen und einer Förderung von Fehlerkorrekturen – besonders in Modellprojekten und unter Einbindung der betroffenen Stakeholder. Diesen Projekten sollte verstärkt mehr Raum gegeben werden, sowohl gedanklich als auch finanziell, da sie nicht unmittelbare Effizienzgewinne versprechen, sich aber langfristig als erfolgreich erweisen können.

Abschließend ist auch beim agilen Arbeiten die interne wie die externe Kommunikation von entscheidender Bedeutung (Michl 2018). Intern sollten agile Teams klare Verantwortlichkeiten untereinander aufteilen, interne Diskursregeln und regelmäßige Meetings entsprechend den agilen Arbeitsweisen festlegen sowie Disharmonien ausräumen, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Darüber hinaus sollten die Teammitglieder ihre Zusammenarbeit regelmäßig auf einer Metaebene reflektieren und evaluieren. Die externe Kommunikation ist vor allem am Ende eines agilen Prozesses entscheidend. Um Innovationen in die Versorgung zu integrieren und innovative Lösungen politisch zu kommunizieren, ist es notwendig, die Reformidee mit einem Narrativ zu versehen, das Anknüpfungspunkte für unterschiedliche Interessengruppen und Parteien bietet.

Dies ermöglicht die Identifikation der relevanten Akteure mit einer Reformidee sowie eine interessen- und ideologieübergreifende Befürwortung der Innovation und der Reform – was auch zum Reformerfolg beiträgt.

**4** Im Gegensatz zu einem konsensualen Politikstil, bei dem ein Kompromiss gefunden wird, der aber nicht vollständig im Interesse aller Akteure liegt und den sie daher auch nicht gemeinsam als optimal kommunizieren, identifizieren sich die Akteure bei einem agilen Politikstil subjektiv mit der erarbeiteten Innovation. Diese ähnelt folglich einer programmatischen Idee, die für sich allein steht und von unterschiedlichen Akteuren übereinstimmend (partei- und ideologieübergreifend) befürwortet wird. Damit die öffentliche Kommunikation der Reform zu ihrem Erfolg beitragen kann, muss die Reformidee in ein strukturiertes Narrativ eingebunden werden, das klar und verständlich erläutert, inwiefern die Lösung zur Bearbeitung des identifizierten Problems beiträgt und / oder das gewünschte Ziel erreicht.

Damit ein agiler Politikstil erfolgreich sein kann, ist es unbedingt notwendig, dass der Idee agilen Arbeitens in der Politik auch entsprechender Raum gegeben wird. Nicht selten führen bestehende Handlungsmuster und Denkweisen dazu, dass Problemen mit den bekannten Lösungen begegnet wird und keine innovativen Ideen entstehen können. Dies ist vor allem unter ständig wechselnden Rahmenbedingungen und bei Unsicherheiten der Fall – wie sie auch in der Covid-19-Pandemie herrsch(t)en –, bei denen die Handelnden sich nach Verlässlichkeit und Routine sehnen. Besonders in komplexen Regelungsbereichen mit hohen Wechselwirkungen und noch unbekanntem Wirkungsmustern sollte ein agiler Politikstil in der Formulierungsphase nicht nur toleriert, sondern auch gefördert werden, um optimale Lösungen zu erreichen (Andresen 2021).

Unabhängig von der Wahl des Politikstils in einem Regelungsbereich kann sich Politikgestaltung über lange Zeiträume erstrecken und der jeweils angewandte Stil nicht immer den Intentionen entsprechen, für die er gewählt wurde. Auch ein konsensual-kooperativer Politikstil kann zu Konflikten führen, die Reformen blockieren. Auch ein hierarchischer Politikstil kann Widerständen gegenüberstehen, die eine Umsetzung der Maßnahmen behindern. Und auch ein agiler Politikstil kann politisieren oder agile Teams in Einzelinteressen zerfallen lassen, die den Transfer von Innovationen in die Versorgung behindern.

Auch die Entwicklung von Innovationen braucht Zeit und Raum, vergleichbar mit wissenschaftlicher Grundlagenforschung. **Eine Erwartung, dass Lösungen, die durch agile Politikgestaltung erreicht werden, schnelle Effizienzgewinne versprechen, verkennt das Prinzip der Agilität: ein immerwährender Prozess der Erprobung und Anpassung, der kleinen Schritte und der Flexibilität. Lässt man diese Art der Agilität zu, verspricht ein agiler Politikstil aber besonders in komplexen und neuen Regelungsbereichen Reformerfolge, die auch die Versorgungslandschaft nachhaltig verändern und verbessern können.**

# Literatur

- Andersen, Mikael Skou (2019). The Politics of Carbon Taxation: How Varieties of Policy Style Matter. *Environmental Politics* 28(6), 1084–1104. doi:10.1080/09644016.2019.1625134
- Andresen, Philipp (2021). Agilität im Krisenmanagement. Wie Kliniken das Spiel gegen die Zeit gewinnen können. *Whitepaper Corona Future Management*. doi:10.32745/WCFM-24
- AOK-BV, AOK-Bundesverband (2021). Ärztliche Versorgung. Selektivverträge. [www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/aerztliche\\_versorgung/index\\_15336.html](http://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/aerztliche_versorgung/index_15336.html) (zuletzt eingesehen am 26. August 2021).
- Asdecker, Tina (2017). Beurteilung der Quersubventionsthese zwischen den Leistungsträgern. In Tina Asdecker (Hrsg.), *Quersubventionierung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Quantitative Bewertung für Arztpraxen und Ableitung eines Entwicklungsszenarios*, 38–59. Wiesbaden.
- Baltes, Guido, & Selig, Christoph (2017). Organisationale Veränderungsintelligenz – Wachstumsfähigkeit mit strategischer Innovation erneuern. In Guido Baltes & Antje Freyth (Hrsg.), *Veränderungsintelligenz: Agiler, innovativer, unternehmerischer den Wandel unserer Zeit meistern*, 81–168. Wiesbaden.
- Bandelow, Nils C. (1998). *Gesundheitspolitik: Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen*. Wiesbaden (Opladen).
- Bandelow, Nils C. (2007). Health Policy: Obstacles to Policy Convergence in Britain and Germany. *German Politics* 16(1), 150–163. doi:10.1080/09644000601157608
- Bandelow, Nils C., Eckert, Florian, Hornung, Johanna, & Rösenberg, Robin (2020). Der Politikstil von Jens Spahn. Von Konsensorientierung zu Konfliktbereitschaft. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 74(1), 6–11. doi: 10.5771/1611-5821-2020-1-6
- Bandelow, Nils C., Eckert, Florian, & Rösenberg, Robin (2015). Blackbox Gesundheitspolitik: Die (Un-)Bekanntheit wichtiger gesundheitspolitischer Entscheidungen in der Wählerschaft. *Gesundheitsmonitor 2015: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen; Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*, 37–56.
- Bandelow, Nils C., & Hornung, Johanna (2020). Policy Programme Cycles Through Old and New Programmatic Groups. *Journal of Public Policy, early view*. doi:10.1017/S0143814X20000185
- Bandelow, Nils C., Hornung, Johanna, & Iskandar, Lina Y. (2020). Krankenhausfinanzierung und -vergütung als politisches Handlungsfeld. In Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem & Andreas Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, 299–313. Berlin, Heidelberg.
- Bandelow, Nils C., Hornung, Johanna, & Iskandar, Lina Y. (2021). Transparenz und Legitimation als Herausforderungen des Gesundheitswesens. In Jens Baas (Hrsg.), *Perspektive Gesundheit 2030. Gesellschaft, Politik, Transformation*, 150–157. Berlin.
- Bandelow, Nils C., Hornung, Johanna, & Smyrl, Marc (2021). Theoretical Foundations of the Programmatic Action Framework (PAF). *European Policy Analysis* 7(1), 14–27. doi:10.1002/epa2.1083

- Bandelow, Nils C., & Schade, Mathieu (2008). Die Gesundheitsreform der Großen Koalition: Strategische Erfolge im Schatten des Scheiterns. In Thomas Fischer, Andreas Kießling & Leonard Novy (Hrsg.), *Politische Reformprozesse in der Analyse. Untersuchungssystematik und Fallbeispiele*, 85–144. Gütersloh.
- Bandelow, Nils C., & Schade, Mathieu (2009). Konsens im Dissens?: Konflikte in der Gesundheitsreform der Großen Koalition. In Wolfgang Schroeder & Robert Paquet (Hrsg.), *Gesundheitsreform 2007*, 58–76. Wiesbaden.
- Bartle, Ian (2002). When Institutions No Longer Matter: Reform of Telecommunications and Electricity in Germany, France and Britain. *Journal of Public Policy* 22(1), 1–27.
- Bauer, Marc Thomas, & Kirn, Stefan (2005). Modellprojekte und -regionen der Gesundheitstelematik. *Wirtschaftsinformatik* 47(3), 211–218.
- Bauernfeind, Johannes (2020). Wir brauchen bald wieder Kontinuität! In Forum Gesundheitspolitik in der Diskussion. Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung (Hrsg.), *Jens Spahn – Eine Halbzeitbilanz*. [www.ix-media.de/fileadmin/user\\_upload/iX-Forum/iX-Forum\\_1-2020\\_final.pdf](http://www.ix-media.de/fileadmin/user_upload/iX-Forum/iX-Forum_1-2020_final.pdf) (zuletzt eingesehen am 4. Juni 2021).
- Beck, Kent, Beedle, Mike, van Bennekum, Arie, Cockburn, Alistair, Cunningham, Ward, Fowler, Martin, ... Thomas, Dave (2001). Manifest für Agile Softwareentwicklung. <https://agilemanifesto.org/iso/de/manifesto.html> (zuletzt eingesehen am 24. Juni 2021).
- Becker, Kurt, & Dujat, Carl (2009). Strategisches Management und Beschaffung interoperabler IT-Systeme. In Achim Jäckel (Hrsg.), *Telemedizinführer Deutschland*, 20–23. Bad Nauheim.
- Beivers, Andreas, & Emde, Annika (2020). DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem & Andreas Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, 3–24. Berlin, Heidelberg.
- Bel, Germà, Gasulla, Óscar, & Mazaira-Font, Ferran A. (2021). The Effect of Health and Economic Costs on Governments' Policy Responses to COVID-19 Crisis under Incomplete Information. *Public Administration Review*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/puar.13394>
- Berger, Hilary (2007). Agile Development in a Bureaucratic Arena—A Case Study Experience. *International Journal of Information Management* 27(6), 386–396. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2007.08.009>
- Bertelsmann Stiftung (2010). Die drei „K“ einer erfolgreichen Strategie. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Mehr Strategie wagen. Strategie-Kompass für politische Reformprozesse*, 12–16. Gütersloh.
- BfArM, Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021). DiGA. Digitale Gesundheitsanwendungen. [www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA/_node.html) (zuletzt eingesehen am 4. August 2021).
- Bitkom, Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und Neue Medien e. V. (2021). Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale Versorgung und Pflege – Modernisierungs-Gesetz – DVPMG). [www.bundestag.de/resource/blob/833198/7bf791d7b9e2cb9aa1464fd1e9d0b25c/19\\_14\\_0313-23-\\_Bundesverband-Informationswirtschaft-Telekommunikation-und-neue-Mediengigitale-DVPMG-data.pdf](http://www.bundestag.de/resource/blob/833198/7bf791d7b9e2cb9aa1464fd1e9d0b25c/19_14_0313-23-_Bundesverband-Informationswirtschaft-Telekommunikation-und-neue-Mediengigitale-DVPMG-data.pdf) (zuletzt eingesehen am 6. August 2021).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2020a). Honorarkommission für ambulante ärztliche Vergütung legt Empfehlungen vor. [www.bundesgesundheitsministerium.de/bericht-komv.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/bericht-komv.html) (zuletzt eingesehen am 20. Februar 2021).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2020b). Konzertierte Aktion Pflege. [www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html) (zuletzt eingesehen am 20. Dezember 2021).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2021a). Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV). [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/digav.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/digav.html) (zuletzt eingesehen am 4. August 2021).

- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2021b). Zukunftsregion Digitale Gesundheit. [www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/zukunftsregion-digitale-gesundheit.html) (zuletzt eingesehen am 18. August 2021).
- Böldt, Daniel (2021). Kassen kritisieren Zulassungsbedingungen der DiGAs. *Tagesspiegel Background*. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/kassen-kritisieren-zulassungsbedingungen-der-digas> (zuletzt eingesehen am 20. September 2021).
- Brandes, Ulrik, & Wagner, Dorothea (2019). visone. visual social networks. <http://visone.ethz.ch>.
- Busse, Reinhard, Geissler, Alexander, Aaviksoo, Ain, Cots, Francesc, Häkkinen, Unto, Kobel, Conrad, ... Quentin, Wilm (2013). Diagnosis Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency, and Quality in Hospitals? *British Medical Journal* 346, f3197. doi:10.1136/bmj.f3197
- Cairney, Paul (2012). Complexity Theory in Political Science and Public Policy. *Political Studies Review* 10(3), 346–358. doi:10.1111/j.1478-9302.2012.00270.x
- Cassel, Dieter, Ebsen, Ingwer, Greß, Stefan, Jacobs, Klaus, Schulze, Sabine, & Wasem, Jürgen (2008). Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Wissenschaftliches Institut der AOK. [www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/WIdO-Reihe/wido\\_reihe\\_vertragswettbewerb\\_gkv\\_2008.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdO-Reihe/wido_reihe_vertragswettbewerb_gkv_2008.pdf) (zuletzt eingesehen am 6. Dezember 2021).
- CDU, CSU & SPD (2005). Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD.
- David, Matthias, Babitsch, Birgit, Klein, Natalie, Möckel, Martin, & Borde, Theda (2013). Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen. *Notfall + Rettungsmedizin* 16(3), 167–174. doi:10.1007/s10049-012-1676-4
- Deutscher Bundestag (2020). Drucksache 19/21743. <https://dserver.bundestag.de/btd/19/217/1921743.pdf> (zuletzt eingesehen am 20. August 2021).
- Dickinson, Helen, Smith, Catherine, Carey, Nicole, & Carey, Gemma (2021). Exploring Governance Tensions of Disruptive Technologies: the Case of Care Robots in Australia and New Zealand. *Policy and Society*, 1–17. doi:10.1080/14494035.2021.1927588
- Die Bundesregierung (2021). Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/KAP\\_Zweiter\\_Bericht\\_zum\\_Stand\\_der\\_Umsetzung\\_der\\_Vereinbarungen\\_der\\_Arbeitsgruppen\\_1\\_bis\\_5.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf) (zuletzt eingesehen am 18. August 2021).
- Digitales Gesundheitswesen (2021). Infografik: Chronik der Telematikinfrastruktur – 2001 bis 2021. <https://digitales-gesundheitswesen.de/chronik/> (zuletzt eingesehen am 17. August 2021).
- Döhler, Marian, & Manow, Philip (1997). *Strukturbildung von Politikfeldern: Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*. Wiesbaden.
- Dyson, Kenneth (1982). West Germany: The Search for a Rationalist Consensus. In Jeremy Richardson (Hrsg.), *Policy Styles in Western Europe*, 17–46. London.
- Etgeton, Stefan, & Kostera, Thomas (2021). Einführung der ePA: Was können wir aus den Erfahrungen mit der Corona-Warn-App lernen? *Blog: Der digitale Patient*. <https://blog.der-digitale-patient.de/erfahrung-epa-cwa/> (zuletzt eingesehen am 1. Juli 2021).
- Ex, Patricia, & Amelung, Volker E. (2018). Auf und Ab: Der politische Wille zur Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 72(2), 26–30. doi:10.5771/1611-5821-2018-2-26
- Fehn, Karsten (2021). Rechtliche Aspekte der Telemedizin. In Gernot Marx, Rolf Rossaint & Nikolaus Marx (Hrsg.), *Telemedizin: Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen*, 9–52. Berlin, Heidelberg.

- Fischer, Thomas, Kießling, Andreas, & Novy, Leonard (2008). Einführung in die Konzeption des Strategietools für politische Reformprozesse (SPR). In Thomas Fischer, Andreas Kießling & Leonard Novy (Hrsg.), *Politische Reformprozesse in der Analyse. Untersuchungssystematik und Fallbeispiele*, 9–84. Gütersloh.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: Krankenschreibung künftig per Videosprechstunde möglich. [www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/879/](http://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/879/) (zuletzt eingesehen am 18. August 2021).
- Geraedts, Max (2019). Qualität trotz oder wegen der DRG? In Anja Dieterich, Bernard Braun, Thomas Gerlinger & Michael Simon (Hrsg.), *Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*, 253–271. Wiesbaden.
- GoogleTrends (2021). <https://trends.google.de/trends/explore?geo=DE&q=Bürgerversicherung,Kopfpauschale> (zuletzt eingesehen am 26. August 2021).
- Grabka, Markus M., Schreyögg, Jonas, & Busse, Reinhard (2006). Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung. *Medizinische Klinik* 101(6), 476–483. doi:10.1007/s00063-006-1067-z
- Green, Simon, & Paterson, William E. (2005). *Governance in Contemporary Germany: the Semisovereign State Revisited*. Cambridge, UK; New York.
- Hael, Leonore, Sewerin, Sebastian, & Schmidt, Tobias S. (2020). The Role of Actors in the Policy Design Process: Introducing Design Coalitions to Explain Policy Output. *Policy Sciences* 53(2), 309–347. doi:10.1007/s11077-019-09365-z
- Haserück, André (2021a). Wasem sieht nutzenbasierte Vergütungskonzepte bei DiGAs als Herausforderung. *Ärzteblatt*. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/123945/Wasem-sieht-nutzenbasierte-Verguetungskonzepte-bei-DiGAs-als-Herausforderung](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123945/Wasem-sieht-nutzenbasierte-Verguetungskonzepte-bei-DiGAs-als-Herausforderung) (zuletzt eingesehen am 4. August 2021).
- Haserück, André (2021b). Rahmenvereinbarung zu den Vergütungsbeträgen der DiGA vorgelegt. *Ärzteblatt*. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/123050/Rahmenvereinbarung-zu-den-Verguetungsbetraegen-der-DiGA-vorgelegt](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123050/Rahmenvereinbarung-zu-den-Verguetungsbetraegen-der-DiGA-vorgelegt) (zuletzt eingesehen am 4. August 2021).
- Hassenteufel, Patrick, & Genieys, William (2021). The Programmatic Action Framework: An Empirical Assessment. *European Policy Analysis* 7(1), 28–47. doi:10.1002/epa2.1088
- Hensel, Christian (2010). *Selektivverträge im vertragsärztlichen Leistungserbringungsrecht: Sozialrecht, Europäisches Kartellrecht, Kartellvergaberecht* 1(9). Baden-Baden.
- Hermann, Christopher (2020). Baseline gekappt oder: Selektivverträge im Nirvana der Beliebbarkeit. *Observer Gesundheit*. <https://observer-gesundheit.de/baseline-gekappt-oder-selektivvertraege-im-nirvana-der-beliebbarkeit/> (zuletzt eingesehen am 1. Juli 2020).
- Hermann, Christopher, & Graf, Jürgen (2020). Versorgungswettbewerb zwischen Krankenkassen – nur noch ein rhetorisches Relikt in der Großen Koalition? *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(1), 18–23. doi:10.5771/1611-5821-2020-1-18
- Hornung, Johanna, & Bandelow, Nils C. (2020). The Programmatic Elite in German Health Policy: Collective Action and Sectoral History. *Public Policy and Administration* 35(3), 247–265. doi:10.1177/0952076718798887
- Howlett, Michael, Capano, Giliberto, & Ramesh, M. (2018). Designing for Robustness: Surprise, Agility and Improvisation in Policy Design. *Policy and Society* 37(4), 405–421. doi:10.1080/14494035.2018.1504488
- Howlett, Michael, & Tosun, Jale (Hrsg.) (2019). *Policy Styles and Policy-making: Exploring the Linkages*. Oxford.
- Jacobs, Klaus (2020). Vertragswettbewerb: Neustart geboten. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 74(1), 24–28. doi:10.5771/1611-5821-2020-1-24
- Janssen, Marijn, & van der Voort, Haiko (2020). Agile and Adaptive Governance in Crisis Response: Lessons From the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Information Management* 55, 102180. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102180>

- Jorzig, Alexandra, & Sarangi, Frank (2020). E-Health-Gesetz. In Alexandra Jorzig & Frank Sarangi (Hrsg.), *Digitalisierung im Gesundheitswesen: Ein kompakter Streifzug durch Recht, Technik und Ethik*, 95–103. Berlin, Heidelberg.
- Kasianiuk, Krzysztof (2016). Towards a More Agile Public Policy Making. *Studia z Polityki Publicznej* 11(3), 41–53.
- Knieps, Franz, & Amelung, Volker (2010). Medizinische Versorgungszentren – Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 64(5), 17–21. doi:10.5771/1611-5821-2010-5-17
- KOMV, Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019). *Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung*. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/KOMV/Bericht\\_der\\_Honorarkommission\\_KOMV\\_-\\_Dezember\\_2019.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf) (zuletzt eingesehen am 23. Januar 2021).
- Kurth, Bärbel-Maria (2012). Das RKI-Gesundheitsmonitoring – was es enthält und wie es genutzt werden kann. *Public Health Forum* 20(3), 4.e1–4.e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.06.001>
- Leber, Wulf-Dietrich, & Vogt, Charlotte (2020). Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem & Andreas Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, 111–144. Berlin, Heidelberg.
- Lemmen, Clarissa, Woopen, Christiane, & Stock, Stephanie (2021). Systems Medicine 2030: A Delphi Study on Implementation in the German Healthcare System. *Health Policy* 125(1), 104–114. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.010>
- Linkov, Igor, Trump, Benjamin D., Poinssatte-Jones, Kelsey, & Florin, Marie-Valentine (2018). Governance Strategies for a Sustainable Digital World. *Sustainability* 10(2). doi:10.3390/su10020440
- Mergel, Ines, Ganapati, Sukumar, & Whitford, Andrew B. (2021). Agile: A New Way of Governing. *Public Administration Review* 81(1), 161–165. <https://doi.org/10.1111/puar.13202>
- Michl, Thomas (2018). Das agile Manifest – eine Einführung. In Martin Bartonitz, Veronika Lévesque, Thomas Michl, Wolf Steinbrecher, Cornelia Vonhof & Ludger Wagner (Hrsg.), *Agile Verwaltung: Wie der Öffentliche Dienst aus der Gegenwart die Zukunft entwickeln kann*, 3–13. Berlin, Heidelberg.
- Milstein, Ricarda, & Schreyögg, Jonas (2020). Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG-Systems. In Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem & Andreas Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, 25–39. Berlin, Heidelberg.
- Nuottila, Jouko, Aaltonen, Kirsi, & Kujala, Jaakko (2016). Challenges of Adopting Agile Methods in a Public Organization. *International Journal of Information Systems and Project Management* 4(3), 65–86.
- Orlowski, Ulrich, & Wasem, Jürgen (2007). *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick*. München.
- Paquet, Robert (2011). Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. *WISO Diskurs. Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf> (zuletzt eingesehen am 26. August 2021).
- Richardson, Jeremy (2012). New Governance or Old Governance? A Policy Style Perspective. In David Levi-Faur (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Governance*, 311–324. New York.
- Richardson, Jeremy (Hrsg.) (1982). *Policy Styles in Western Europe*. London.
- Richter, Wolfram F. (2005). Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. *Wirtschaftsdienst* 85(11), 693–697.
- Rindsfüßer, Christian, Pfaff, Anita B., & Busch, Susanne (1995). Auswirkungen einer Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt* 44(8/9), 207–209.

- Roeder, Norbert, Fiori, Wolfgang, & Bunzemeier, Holger (2020). Weiterentwicklungsperspektiven des G-DRG-Systems. In Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem & Andreas Beivers (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, 91–109. Berlin, Heidelberg.
- Rohrer, Benjamin (2019). Burs lobt Spahn und macht Apothekern Mut. *Deutsche Apothekerzeitung*. [www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/11/20-11-2019/burs-lobt-spahn-und-macht-apothekern-mut](http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/11/20-11-2019/burs-lobt-spahn-und-macht-apothekern-mut) (zuletzt eingesehen am 5. März 2021).
- Room, Graham (2016). Complexity Theory and Agile Policy-Making. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *„To the Man with a Hammer...“ Augmenting the Policymaker’s Toolbox for a Complex World*, 107–120. Gütersloh.
- Schmid, Achim, & Götze, Ralf (2009). Cross-national Policy Learning in Health System Reform: The Case of Diagnosis Related Groups. *International Social Security Review* 62(4), 21–40. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2009.01344.x>
- Schrapppe, Matthias, Hedwig, François-Kettner, Gruhl, Matthias, Hart, Dieter, Knieps, Franz, Knipp-Selke, Andrea, ... Glaeske, Gerd (2021). 3. Ad hoc-Stellungnahme. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19. Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19-Epidemie. [https://corona-netzwerk.info/wp-content/uploads/2021/05/thesenpapier\\_adhoc3\\_210516\\_endfass.pdf](https://corona-netzwerk.info/wp-content/uploads/2021/05/thesenpapier_adhoc3_210516_endfass.pdf) (zuletzt eingesehen am 31. Mai 2021).
- Schroeder, Wolfgang, & Paquet, Robert (Hrsg.) (2009). *Gesundheitsreform 2007: Nach der Reform ist vor der Reform*. Wiesbaden.
- Simon, Michael (2019). Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung. In Anja Dieterich, Bernard Braun, Thomas Gerlinger & Michael Simon (Hrsg.), *Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*, 3–27. Wiesbaden.
- Soe, Ralf-Martin, & Drechsler, Wolfgang (2018). Agile Local Governments: Experimentation Before Implementation. *Government Information Quarterly* 35(2), 323–335. <https://doi.org/10.1016/j.giq.2017.11.010>
- Spahn, Jens, Mutschenich, Markus, & Debatin, Jörg F. (2016). *App vom Arzt. Bessere Gesundheit durch digitale Medizin*. Freiburg im Breisgau.
- Springer Medizin (2017a). Telematik-Start: Jetzt wird’s kompliziert! *MMW – Fortschritte der Medizin* 159(13), 27–27. doi:10.1007/s15006-017-9882-0
- Springer Medizin (2017b). Telematik-Zeit beginnt – und nichts geht! *MMW – Fortschritte der Medizin* 159(3), 23–23. doi:10.1007/s15006-017-0212-3
- Strautmann, Michael (2020). Die Politik der Zukunft. Agiles Krisenmanagement. *Der Freitag*. [www.freitag.de/autoren/dr-michael-straumann/die-politik-der-zukunft](http://www.freitag.de/autoren/dr-michael-straumann/die-politik-der-zukunft) (zuletzt eingesehen am 2. März 2021).
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021). Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2021/SVR\\_Gutachten\\_2021.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf) (zuletzt eingesehen am 3. August 2021).
- Urban, Hans-Jürgen (2001). Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. Publications series of the research unit „Public Health Policy“, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Vail, Mark (2003). Rethinking Corporatism and Consensus: the Dilemmas of German Social-protection Reform. *West European Politics* 26(3), 41–66. doi:10.1080/01402380312331280588
- Walker, Bernhard (2019). Zornige Kassen. *Stuttgarter Nachrichten*. [www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.reform-von-gesundheitsminister-spahn-zornige-kassen.800ae0da-00e3-498f-a637-c478b179c145.html?reduced=true](http://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.reform-von-gesundheitsminister-spahn-zornige-kassen.800ae0da-00e3-498f-a637-c478b179c145.html?reduced=true) (zuletzt eingesehen am 5. März 2021).
- Waschinski, Gregor (2019). Aufsichtschaos bei den gesetzlichen Krankenkassen. *Handelsblatt*. [www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheits-aufsichtschaos-bei-den-gesetzlichen-krankenkassen/24866340.html?ticket=ST-7503221-5IPhn7rqtvjUxhcP3NPG-ap4](http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheits-aufsichtschaos-bei-den-gesetzlichen-krankenkassen/24866340.html?ticket=ST-7503221-5IPhn7rqtvjUxhcP3NPG-ap4) (zuletzt eingesehen am 17. August 2021).

- Weber, Matthias, Biegelbauer, Peter, Brodnik, Christoph, Dachs, Bernhard, Dreher, Carsten, Kovac, Martina, ... Schwäbe, Carsten (2021). Agilität in der F&I-Politik. Konzept, Definition, Operationalisierung. In Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI) (Hrsg.), *Studien zum deutschen Innovationssystem*. AIT/Freie Universität Berlin. [www.e-fi.de/fileadmin/Assets/Studien/2021/StuDIS\\_08\\_2021.pdf](http://www.e-fi.de/fileadmin/Assets/Studien/2021/StuDIS_08_2021.pdf).
- Wiskow, Jobst-Hinrich (2021). Elektronische Patientenakte: Potenziale bleiben ungenutzt. <https://bdi.eu/artikel/news/potenziale-bleiben-ungenutzt/> (zuletzt eingesehen am 20. September 2021).
- ZVEI, Fachverband Elektromedizinische Technik / Gesundheitswirtschaft (2021). Stellungnahme des ZVEI zum Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege. [www.bundestag.de/resource/blob/832654/89926aa41fae8ecbbc6553b2fb28eb10/19\\_14\\_0313-3-\\_Fachverband-Elektromedizinische-Technik\\_-Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz-DVPMG--data.pdf](http://www.bundestag.de/resource/blob/832654/89926aa41fae8ecbbc6553b2fb28eb10/19_14_0313-3-_Fachverband-Elektromedizinische-Technik_-Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz-DVPMG--data.pdf) (zuletzt eingesehen am 6. August 2021).

## Autor und Autorin



**iTUBS**

Prof. Dr. Nils C. Bandelow ist Universitätsprofessor und Leiter des Institute of Comparative Politics and Public Policy an der TU Braunschweig. Er ist Mitherausgeber der internationalen Fachzeitschriften „European Policy Analysis“ und „Review of Policy Research“.



**iTUBS**

Johanna Hornung, M. Res. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institute of Comparative Politics and Public Policy an der TU Braunschweig. Sie ist Mitherausgeberin der internationalen Fachzeitschriften „European Policy Analysis“ und „Review of Policy Research“.

Wir danken Lina Y. Iskandar und Ilana Schröder für die Kodierung und Erstellung der Netzwerkgrafiken.

## Impressum

Herausgeber:  
Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Verantwortlich:  
Uwe Schwenk, Director des  
Programms „Versorgung  
verbessern – Patienten  
informieren“

Lektorat:  
Heike Herrberg, Bielefeld

Gestaltung:  
Dietlind Ehlers, Bielefeld

Der Text dieser Publikation ist urheberrechtlich geschützt und lizenziert unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International (CC BY SA 4.0) Lizenz. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>.



Titelbild:  
Montage Werner Pfennig, Pexels  
<https://www.pexels.com/de-de/foto/sitzung-drinnen-vielfalt-brainstorming-6949439/>  
und camilo jimenez, Unsplash  
<https://unsplash.com/photos/vGu08RYjO-s>

Die Autorenfotos auf Seite 57 sind ebenfalls urheberrechtlich geschützt, unterfallen aber nicht der genannten CC-Lizenz und dürfen nicht verwendet werden.

Bildnachweis  
Prof. Dr. Nils C. Bandelow und  
Johanna Hornung, M. Res.



### **Adresse | Kontakt**

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Thomas Kostera  
Senior Expert  
Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren  
Telefon +49 5241 81-81204  
thomas.kostera@bertelsmann-stiftung.de

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)