

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2022

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Nils C. Bandelow, Florian Eckert, Johanna Hornung, Robin Rüsenberg

Gesundheitspolitische Agenda ab 2022 – Reformvorhaben, Akteure, Erfolgsaussichten,
Seite 78–90

doi: 10.30433/GWA2022-78

Nils C. Bandelow, Florian Eckert*, Johanna Hornung, Robin Rösenberg*

Gesundheitspolitische Agenda ab 2022 – Reformvorhaben, Akteure, Erfolgsaussichten

*Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung der Verfasser wieder.

Die COVID-19-Pandemie hat die Gesundheitspolitik zurück in das Rampenlicht transportiert und Herausforderungen sichtbar gemacht. Der bereits vor der Pandemie bestehende Reformbedarf ist noch dringender auf der Agenda. Angesichts neuer Ideen und Akteurskonstellationen stellen sich zwei zentrale Fragen: Welche gesundheitspolitischen Vorhaben verfolgt die Ampelregierung, insbesondere verglichen mit der Vorgängerregierung und den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag? Wie sind die Erfolgsaussichten für gesundheitspolitische Maßnahmen der 20. Legislaturperiode einzuschätzen? Der Beitrag liefert einen Überblick über die diskutierten und geplanten Maßnahmen und identifiziert systematisch Erfolgsfaktoren und Hindernisse vor dem Hintergrund institutioneller, strategischer, situativer sowie personeller Veränderungen.

Einleitung

Die neue Bundesregierung hat nach der Bundestagswahl 2021 einen substanziellen Reformbedarf im Gesundheitswesen geerbt. In der vorherigen 19. Legislaturperiode gab es zwar eine ungewöhnlich hohe Gesetzgebungsaktivität, bei verschiedenen grundlegenden Herausforderungen konnten aber noch keine nachhaltigen Lösungen gefunden werden. Dazu gehören vor allem der Pflegekräftemangel und die stationäre Versorgung. Auch die Digitalisierung bleibt trotz einiger wichtiger Schritte (Erstattungsfähigkeit von Digitalen Gesundheitsanwendungen [DiGAs], Einführung von E-Rezept und elektronischer Patientenakte [ePA]) ein wichtiges Thema der Gesundheitspolitik. Ungeklärt bleibt weiterhin das Verhältnis von GKV und PKV. Die größte Herausforderung der 20. Legislaturperiode ist aber der finanzielle Problemdruck der Kranken- und Pflegekassen. Dieser wurde nicht nur durch die COVID-19-Pandemie und die aktuelle Krise ausgelöst, sondern ist nicht zuletzt eine Folge der kostenintensiven Reformen der Vorgängerregierung. Dieser Beitrag blickt aus einer Makroperspektive (Gelegenheitsfenster) und einer Mikroperspektive (handelnde Akteure) auf die gesundheitspolitische Ausgangslage und präsentiert zunächst politikwissenschaftliche Erwartungen zum

Erfolg gesundheitspolitischer Reformvorhaben, benennt dann die konkreten Initiativen und Akteure in der 20. Legislaturperiode, bevor ein Ausblick auf spezifische Erfolgsaussichten folgt.

Erfolgsfaktoren und Hindernisse von Reformvorhaben

Die politikwissenschaftliche Forschung hat auf der Basis bisheriger Erfahrungen und internationaler Vergleiche unterschiedliche Treiber und Hindernisse für Reformvorhaben identifiziert. Das Politikfeld Gesundheit steht allgemein vor der Herausforderung, dass die grundlegenden Ziele der Finanzierbarkeit, der gleichmäßigen Bereitstellung von Leistungen und der Qualitätssicherung miteinander in Konflikt geraten können. Das gilt insbesondere, wenn auch wirtschaftliche Interessen im Gesundheitswesen, die Problematik der Fachkräftesicherung und die wachsende Orientierung an Public Health berücksichtigt werden. Eine weitere allgemeine Herausforderung besteht im Zusammenspiel zwischen dem Gesundheitssektor und anderen Politikbereichen, vor allem im Zusammenhang mit der Haushaltspolitik.

Als spezielle Herausforderung in Deutschland erweisen sich föderalistische, korporatistische und parteienübergreifende Verhandlungszwänge bei zunehmender ideologischer Polarisierung sowie spezifische Netzwerke als potenzielle Barrieren für tiefgreifende Veränderungen. Die Erfolgsfaktoren von Reformvorhaben bestehen in situativen Faktoren wie Gelegenheitsfenstern und Problemdruck oder in von Akteuren bereitgestellten Impulsen durch programmatische Gruppen und Schnittstellenakteure aus Gesellschaft und Wissenschaft (Bandelow, Hornung und Iskandar 2021b).

Die föderalistischen Strukturen in Deutschland führen dazu, dass gesundheitspolitische Kompetenzen zwischen Bund, Ländern und Kommunen verteilt sind. Eine deutliche Besonderheit liegt aber darin, dass die eigenständigen Regelungsmöglichkeiten der subnationalen Ebenen vergleichsweise begrenzt sind. Dafür sind die Landesregierungen über den Bundesrat an der Verabschiedung von Gesetzen und Verordnungen des Bundes als mögliche Vetospieler eingebunden. Neben den Bundesländern sind auch Interessenverbände und Wissenschaft im Gesundheitswesen in besonderer Weise an der Politikgestaltung beteiligt. Wesentlich sind hier der Gemeinsame Bundesausschuss

(G-BA) und die teilweise damit verbundenen wissenschaftlichen Fachinstitute und Expertengremien. In der Praxis kann die Abstimmung unter einer Vielzahl von Akteuren zu gegenseitigen Blockaden führen. Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern tangiert vor allem die Krankenhauspolitik (Bandelow, Hornung und Iskandar 2022). Die korporatistischen Verhandlungszwänge hingegen stellen regelmäßig eine Herausforderung etwa für die Neuordnung von Vergütungsregelungen dar.

Die wachsende Notwendigkeit, lagerübergreifende Koalitionen zu bilden, hat dazu beigetragen, dass wesentliche Entscheidungen im Vorfeld der Legislaturperiode in Koalitionsverträgen formuliert werden. Dies gilt in besonderer Weise für die letzte große Koalition. Koalitionsverträge gewinnen damit an Bedeutung für die Ausrichtung der gesundheitspolitischen Reformen in der jeweiligen Legislaturperiode. Koalitionsverträge können einerseits Handlungsoptionen während der Legislaturperiode einschränken, die Koalitionsverhandlungen selbst bieten aber sowohl auf der Fachebene als auch über politikfeldübergreifenden Tausch auf der Ebene der Parteiführungen situative Chancen zur Vereinbarung grundlegender Reformen.

Eine solche Bedeutung situativer Faktoren wird politikwissenschaftlich als Gelegenheitsfenster beschrieben. Neben Koalitionsverhandlungen können Problemdruck oder allgemeinpolitische Entwicklungen wie die Finanzkrise ein Fenster öffnen. Sie führen nicht automatisch zu grundlegenden Reformen, sondern müssen von gut vorbereiteten interessierten Individuen oder Gruppen strategisch genutzt werden. Ein Beispiel aus der deutschen Gesundheitspolitik ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) im Jahr 2011, das als Reaktion auf eine damals als bedrohlich wahrgenommene Finanzlage der GKV eingeführt wurde (Bandelow, Hornung und Iskandar 2021a).

Reformvorhaben und Akteure

Ausgehend von den theoretisch abgeleiteten Erfolgsfaktoren und Hindernissen nimmt die empirische Analyse die gesundheitspolitische Agenda 2022 in den Blick. Sie skizziert sowohl die Reformvorhaben vor dem Hintergrund struktureller Herausforderungen als auch die Akteurskonstellationen und situativen Rahmenbedingungen, um die Erfolgsaussichten der jeweiligen Reformen zu bewerten.

Reformvorhaben

Die gesundheitspolitischen Reformvorhaben in der 20. Legislaturperiode stehen in unterschiedlichem Ausmaß vor den dargestellten Chancen und Risiken. Mit Blick auf die Hindernisse, insbesondere durch Verhandlungszwänge, zeigt sich: Sachfragen sind von Machtfragen nicht zu trennen. Bei der Initiierung von Reformvorhaben müssen deshalb immer auch politische Vermittlungs- und Durchsetzungsrationalitäten mitgedacht werden (Korte 2022). Zentrale Richtschnur für die Gesundheitspolitik der Regierung und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist der Koalitionsvertrag, der zumindest einen gewissen parteipolitischen Konsensus festhält. Seine Zentralität ist wenig überraschend, da die Ampel eine auf Bundesebene unerprobte Koalition ist. Koalitionsverhandlungen und -verträge sind gleichzeitig potenzielle Handlungsfenster für grundlegende Strategiewechsel. Für die SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP lässt sich das aber nicht sagen: Dies liegt nicht zuletzt daran, dass das einzige größere, für den Parteienwettbewerb relevante Reformthema mit der Bürgerversicherung frühzeitig auf Wunsch der FDP ausgeschlossen wurde. Das Verhältnis von GKV und PKV bleibt grundsätzlich unangetastet.

Dagegen könnte die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zum gesundheitspolitischen Alleinstellungsmerkmal der Ampel-Koalition werden. Unstrittig waren die Themen Bekämpfung des Pflegekräftemangels, Prävention (etwa durch einen nationalen Präventionsplan) und Forcierung der Digitalisierung (bis auf Opt-Out bei der ePA). Darüber hinaus setzt der Koalitionsvertrag ein „Potpourri“ (Hermann 2022) an Themen auf die Agenda: sektorenübergreifende Versorgungsplanung, Hybrid-DRGs, AMNOG-Reform, Entlastung pflegender Angehöriger, eine Regierungskommission zur Krankenhausreform und vieles andere mehr.

Ordnungspolitisch bleibt der Koalitionsvertrag unscharf und sieht unter anderem eine Reform des G-BA vor. Letztlich gilt dies auch für die drängenden Finanzierungsfragen, deren Lösung in den Verhandlungen nicht gefunden wurde – der Koalitionsvertrag verliert sich an dieser Stelle im Kern vage im Versprechen höherer Bundesmittel. Insgesamt handelt es sich um einen sogenannten „unvollständigen“ Koalitionsvertrag (Müller und Strøm 2000), das bedeutet, es werden Punkte offengelassen, und die Formulierungen

sind interpretationsfähig. An dieser Stelle kommt der „Ministerial Drift“ ins Spiel: Das BMG und der Minister haben erhebliche Spielräume, die Ampel-Gesundheitspolitik im eigenen Sinne zu prägen (Knieps 2021; Rösenberg und Eckert 2022).

Unmittelbar nach Regierungsantritt zeigte sich dann, dass die Corona-Pandemie und die Finanzsituation als Problemdruck weiterhin die Gesetzgebung in der Gesundheitspolitik bestimmten. Am 18. März 2022 novellierte die Ampel-Koalition das Infektionsschutzgesetz (IfSG), um dem Auslaufen aller bisherigen Maßnahmen mit Befugnissen für die Anordnung für einen Basisschutz zu begegnen (§ 28a Absatz 7 IfSG). Der Gesundheitsministerkonferenz präsentierte das BMG am 22./23. Juni 2022 eine Herbst-Winter-Strategie 2022/2023 mit sieben Punkten: Impfkampagne, Testkonzept, Optimierung der Behandlung, Schutz vulnerabler Gruppen (insbesondere Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste), tägliche Daten, Schutzkonzept für Kinder und Jugendliche sowie Novelle des Infektionsschutzgesetzes. Insgesamt zeigten sich in der Pandemiepolitik Risse in der Koalition, vor allem die FDP war in einer entscheidenden Vetoposition, was sich durch die Einbindung des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) noch weiter potenzierte.

Bei der Klärung der Finanzsituation der GKV wie auch der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ab dem Jahr 2023 stieg das BMF zum zentralen Akteur auf. Mehrfach musste das BMG seit März 2022 Entwürfe eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes zurückziehen, die Verhandlungen mit dem BMF waren schwierig, bis schließlich Anfang Juli 2022 eine Fassung in die Ressortabstimmung gegeben werden konnte, die auf einen eher klassischen Maßnahmenmix setzt (Leistungskürzungen hatte der Minister noch bei Amtsantritt ausgeschlossen): Im Einklang mit dem Koalitionsvertrag bekommt die SPV keinen weiteren Bundeszuschuss. Der Gesundheitsfonds erhält über den regulären Bundeszuschuss hinaus „nur“ zwei Milliarden Euro sowie eine Milliarde Euro als Darlehen. Im Umkehrschluss muss das restliche Defizit von 14 Milliarden Euro für das Jahr 2023 unter anderem durch einen „Solidarbeitrag“ der pharmazeutischen Industrie (eine Milliarde Euro), eine Verwaltungskostenbegrenzung bei den Krankenkassen, eine Begrenzung des Honoraranstiegs bei Zahnärzten, Streichung der extrabudgetären Vergütung bei Neupatienten bei Vertragsärzten, Erhöhung des Apothekenabschlags, Abschmelzen

der Kassenfinanzreserven sowie eine Zusatzbeitragsserhöhung um 0,3 Prozentpunkte erzielt werden.

Obwohl der finanzielle Problemdruck und die Pandemie eine situative Gelegenheit für tiefgreifende Reformen boten, stand die „reguläre“ Gesundheitspolitik im Schatten der Corona-Politik: Anfang Mai 2022 kündigte der Minister einen „Zwischenspurt in der Gesundheitspolitik an“, fünf Vorhaben sollten bis Herbst 2022 angestoßen werden:

- die Digitalisierung des Gesundheitswesens,
- die Verbesserung von Versorgungsstrukturen,
- die GKV-Finanzreform,
- die Freigabe von Cannabis sowie
- ein neues Pandemiebekämpfungskonzept.

Zuvor hatte sich bereits die Expertenkommission zur Krankenhausreform konstituiert (Lau 2022). Die wachsende Bedeutung des Finanzministers, dessen Beamte mittlerweile auch im GKV-Schätzerkreis sitzen, und die Abhängigkeit von Bundeszuschüssen als Zusatzfinanzierung der GKV, um handlungsfähig zu sein, lähmten allerdings die Gesundheitspolitik.

Inhaltlich zeigen sich bisher wenig innovative Ansätze, sondern ein – teilweiser – Rückgriff auf Ideen aus den 2000er Jahren mit Begrenzungen bei Leistungserbringern, Beitragserhöhungen und zusätzlichen Bundeszuschüssen. Der damals etablierte Dreiklang – Bundeszuschüsse, Kostendämpfung, Strukturreformen – ist in zwei Schritten damit erfolgt (Eckert und Rösenberg 2020). Wie durchgreifend die angekündigten Strukturreformen sein werden, bleibt offen. Anders als in den 2000er Jahren scheint allerdings die früher gefürchtete 40-Prozent-Marke bei den Sozialabgaben politisch keine Rolle mehr zu spielen.

Akteurskonstellationen

Im Hinblick auf Treiber und Barrieren für gesundheitspolitische Reformen sind neben dem Problemdruck durch die Finanzsituation und die andauernde Pandemie, der sich in der Gesetzgebung widerspiegelt, sowie den strukturellen Hindernissen insbesondere auch die Akteurskonstellationen zu betrachten. So mangelt es auch an durchsetzungsstarken Netzwerken aus Wissenschaft, Gesellschaft, Verwaltung und Politik, um grundlegenden Politikwandel zu realisieren. Dies hat mehrere, auch personelle Gründe:

- Auf ministerieller Ebene hakt aktuell die Abstimmung im Ministerium und zwischen den Ressorts. Auch war die Führungsmannschaft lange nicht komplett, das Gesundheitsministerium beinhaltet weiterhin auch Vertraute des früheren Ministers. „So weiß manchmal niemand im Haus, nicht einmal der engste Führungskreis, wo der Minister gerade weilt. Die Fachebene besucht eifrig öffentliche Auftritte des Ministers, um zu lernen, was sie zu tun hat. Interne Entscheidungs-Vermerke kommen zum Teil erst nach Monaten zurück oder landen allzu oft im Nirvana“ (Gerade 2022).
- Im Gegensatz zu seinem Vorgänger im Amt stehen Karl Lauterbach als parlamentarische Staatssekretäre mit Edgar Franke und Sabine Dittmar (beide SPD) zwei ausgewiesene Gesundheitspolitiker zur Seite. Der Nordhesse Franke leitete zwischen 2014 und 2018 den Ausschuss für Gesundheit und die bayerische Bundestagsabgeordnete und Ärztin war zuvor gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion. Die Positionen der parlamentarischen Staatssekretäre, die den Minister im Bundestag vertreten, werden nicht von diesem selbst bestellt beziehungsweise ausgewählt, sondern werden nach parteiinternem Proporz ausgesucht.
- Für Überraschung sorgte die Besetzung der beamteten Staatssekretärin: Im Gegensatz zu den parlamentarischen gilt bei der Personalauswahl hier im Wesentlichen die Entscheidung des Ministers. Denn dieser Position kommt die Organisation des Hauses zu, sie ist für den reibungslosen internen Ablauf verantwortlich, weshalb ein Vertrauensverhältnis zum Minister essenziell ist. Mit Antje Draheim wurde eine beamtete Staatssekretärin berufen, die nicht aus Lauterbachs Umfeld entstammt. Sie bringt Erfahrung in der Verwaltung mit. Die Verwaltungswissenschaftlerin gilt als Weggefährtin der Ministerpräsidentin Mecklenburg-Vorpommerns, Manuela Schwesig (SPD). In ihrer Zeit

im Landessozialministerium war sie unter anderem Abteilungsleiterin und vertrat später als Bevollmächtigte ihres Landes Mecklenburg-Vorpommern in Berlin beim Bund. Nur einen Monat vor ihrem Wechsel ins Bundesgesundheitsministerium wurde sie dort im Sozial- und Gesundheitsministerium zur Staatssekretärin ernannt. Interessant an der Personalie ist indes, dass Draheim keine Vertraute Lauterbachs ist und er so auch bei dieser Personalie keine eigenen Akzente setzen konnte. Ihre Aufgabe, die Prozesse und Abläufe im Ministerium zu organisieren und dem Minister den Rücken freizuhalten, funktioniert leidlich, „ist aus dem Ministerium zu hören (...). Und so ist es nicht Lauterbach, sondern Draheim, auf die viele derzeit verweisen, wenn sie sich über ein gleichzeitig chaotisches wie gelähmtes Ministerium beklagen“ (Trappe und Ismar 2022).

- Neben Draheim ist weiterhin Spahns Staatssekretär Thomas Steffen auf seinem Posten. Dem Vorgänger Lauterbachs im Amt des Gesundheitsministers gelang es, „die zentralen Schaltstellen des Ministeriums mit durchsetzungsstarken Vertrauten und Weggefährten zu besetzen – [er] holte Thomas Steffen aus dem Finanzministerium. Steffens Zuarbeit dürfte es gewesen sein, die es Spahn ermöglichte, eine Rekordzahl an Gesetzen auf den Weg zu bringen, vor und während der Pandemie“ (Trappe und Ismar 2022). Steffens sollte anfangs lediglich den Übergang managen, über einen Nachfolger wird bislang aber nicht öffentlich diskutiert.
- Im Aufbau der Ministerien wird im Regelfall die mittlere Leitungsebene der Abteilungs- und Unterabteilungsleiter mit Personen besetzt, die das Vertrauen des jeweiligen Ministers genießen. Lauterbach hat hier Boris Velter als Leiter der Leitungsabteilung installiert. Bis zu seinem Wechsel in das BMG arbeitete er als Sonderbeauftragter für Medizin und Forschung des Regierenden Bürgermeisters von Berlin. Velter ist gut vernetzt in der gesundheitspolitischen Szene und ist dem linken Spektrum seiner Partei zuzuordnen. Der Diplomökonom war an einigen Koalitionsverhandlungen beteiligt und ist Vorsitzender der Arbeitsgruppe Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) der Bundespartei.
- Ende März 2022 hat Lauterbach die zentrale Abteilung 2 „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung“ mit zwei Unterabteilungen und 15 Referaten neu besetzt (Trappe 2022). Als Leiter berief der Minister Michael Weller. Die Vita des erfahrenen Gesundheitsexperten ist eng mit den gesetzlichen Krankenkassen verknüpft. Seit dem Jahr 1980 ist er für sie tätig, unterbrochen nur durch seine Arbeit als Grundsatzreferent

für Gesundheitspolitik in der Bundestagsfraktion der SPD. Anschließend leitete er den Bereich Politik beim AOK-Bundesverband, ehe er der erste Leiter des entsprechenden Stabsbereichs beim neu gegründeten GKV-Spitzenverband wurde. Bei der Vorstellung Wellers bezeichnete Lauterbach dessen Abteilung als „eine der wichtigsten Schaltzentralen im Bundesgesundheitsministerium. Hier wird heute vorbereitet, was morgen Versorgungsalltag ist“. Darüber hinaus lobte er dessen „Kenntnis und seine Kontakte“, die helfen würden (Haarhoff 2022). Das Vertrauensverhältnis zum Minister wird bei den anstehenden Reformaufgaben hilfreich sein.

- Auch die neue Leiterin der Abteilung 5 „Digitalisierung und Innovation“ kommt von den gesetzlichen Krankenkassen: Susanne Ozegowski leitete bei der Techniker Krankenkasse das Geschäftsfeld Unternehmensentwicklung. Zuvor war sie Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care. Für das wichtige Thema Pflege ist Martin Schölkopf zum Abteilungsleiter aufgestiegen. Auch der langjährige Pflegeexperte und promovierte Verwaltungswissenschaftler gehört zu den anerkannten Fachleuten im Gesundheitswesen. Unter Jens Spahn war er als Unterabteilungsleiter einer der wenigen Ministerialbeamten mit SPD-Nähe, der eng in die Arbeit des Ministers eingebunden war. Die Abteilung 6 „Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit“ wird seit Februar 2022 von Ute Teichert geführt. Als langjährige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖG) ist sie eine ausgewiesene Public-Health-Expertin und als Sachverständige auch bereits in die COVID-19-Politik eingebunden gewesen.
- Die Abteilungsleiterebene des BMG ist aus Sicht der kritischen Fachöffentlichkeit insgesamt eine „exzellente Besetzung“ (Gerade 2022). Im Ministerium sammelt sich somit langjährige fachliche Kompetenz verbunden mit starken Netzwerken. Eine notwendige Bedingung für den Erfolg grundlegender Reformmaßnahmen wird es sein, diese Ressource mit den medialen Kompetenzen des machtpolitisch eher isolierten Ministers produktiv zu verbinden. Im Ministerium gibt es nicht nur inhaltlichen Sachverstand, sondern auch politisches Gespür, das eine Nutzung der durch die Pandemie und die Finanzsituation geöffneten Gelegenheitsfenster für strukturelle Reformen ermöglichen könnte. Dazu müsste eine klare Priorität der Agenda klar werden. Bisher kommuniziert das Ministerium weitgehend nach außen immer noch zur Pandemiepolitik. Darüber hinaus gilt die im Koalitionsvertrag ausgesparte Herausforderung des

Verhältnisses von GKV und PKV als eines der Hauptanliegen des Ministers. Dies zeigte sich zuletzt auch in der Ablehnung einer zeitnahen GOÄ-Reform, wie etwa von der Bundesärztekammer gefordert.

Fazit und Ausblick: Erfolgsaussichten für grundlegende gesundheitspolitische Reformen

Die bisherige Bilanz der Gesundheitspolitik der 20. Legislaturperiode ist insofern ernüchternd, als dass zentrale Herausforderungen weiterhin ungelöst bleiben, obwohl die anfängliche Situation für die handelnden Akteure grundsätzlich günstig war. Die COVID-19-Pandemie hat ein Gelegenheitsfenster geöffnet, das inhaltlich tiefgreifende gesundheitspolitische Reformen ermöglicht hätte, und die finanziellen Probleme der GKV üben einen zusätzlichen Handlungsdruck auf die Akteure aus. Diese aus einer Makroperspektive zunächst einmal für umfassende Reformvorhaben günstigen Rahmenbedingungen haben noch zu keinem großen Politikwandel geführt. Warum dieser bisher fehlt und wenig Vorstöße mit großen Erfolgchancen unternommen wurden, lässt sich aus der Mikroperspektive und dem Zusammenspiel der handelnden Akteure erklären und ist wesentlich auf zwei Faktoren zurückzuführen:

- Erstens war das Ministerium als strategischer Reformmotor zu Beginn der Legislaturperiode wenig präsent. Aber auch die Ampel-Fraktionen übernahmen nicht die inhaltliche Federführung. Was die vergleichsweise späte Komplettierung der BMG-Führungsmannschaft strategisch künftig bewirkt, wird sich zeigen. Insgesamt fehlt es an programmatischen Gruppen und Akteursnetzwerken aus Wissenschaft, Verwaltung und Politik, die die Ideen inhaltlich vorbereiten, aber auch politisch durchsetzbar machen und eine erfolgreiche Umsetzung sicherstellen. Sachfragen sind, wie erwähnt, von Machtfragen nicht zu trennen.
- Dies führt zum zweiten Faktor: Die Abhängigkeit von Bundeszuschüssen als essenzielle Grundlage, um handlungsfähig zu sein, lähmt die Gesundheitspolitik – und befördert das Bundesfinanzministerium in den Rang eines entscheidenden Veto-Players, dessen Zustimmung für Reformvorhaben zentral ist. Die Ressortabstimmung wird dergestalt zum entscheidenden gesundheitspolitischen Verhandlungsfeld. Eine grundsätzlich günstige Ausgangslage – bestehend aus vorhandenen innovativen Ideen, dem

geöffneten Gelegenheitsfenster und dem sichtbaren Problemdruck an politischen, korporatistischen und föderalen Akteuren und Interessen, die unmittelbar nach der Regierungsbildung nicht eingebunden wurden – kann somit scheitern, wenn die institutionellen Interessen des BMF nicht berücksichtigt werden. Die parteipolitisch andere Schattierung des BMF – und auch des Bundesjustizministeriums – (beides Ministerien der FDP) erschwert die Angelegenheit zusätzlich, da sie den Parteienwettbewerb aktiviert und gesundheitspolitisches Scheitern vornehmlich dem Koalitionspartner (SPD) zuweist.

Die Erfolgsaussichten einer Realisierung der aktuell diskutierten Vorhaben sind folglich eingetrübt: Damit sie dem Gesundheitsministerium gelingen, braucht es zunächst einen belastbaren Konsens mit dem BMF, auch die Mehrheitsfindung in den Ampelfraktionen könnte unter den Bedingungen ökonomischen Mangels kritisch werden. Zugleich kann dann aber eine erfolgreiche Verabschiedung des heftig kritisierten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes zumindest für das Jahr 2023 ein inhaltliches Reformfenster öffnen. Um dieses geöffnet zu halten, bleibt zum einen ein günstiges Stimmungsbild vor allem in Bezug auf die Wahrnehmung des Ministers in Medien und Öffentlichkeit wichtig. Zum anderen wären programmatische Netzwerke und Gruppen in Verwaltung, Selbstverwaltung und Wissenschaft als Unterstützer günstig – wie auch Schützenhilfe durch den Bundeskanzler, der Gesundheitspolitik bisher nicht zu seinen Kernthemen zählt.

Die Makroperspektive im Sinne einer für Reformen eigentlich günstigen Ausgangslage bleibt absehbar erhalten: ein potenzieller Kriseneindruck im Winter, wenn sich die epidemiologische Situation der Pandemie erneut verschlechtern könnte, wie auch Finanzsorgen der Sozialkassen, die sich durch die Folgen von Krieg und möglicher Rezession weiter vertiefen.

Literatur

- Bandelow, N. C., Hornung, J. und L. Y. Iskandar (2021a). Wie kommen Innovationen in das Gesundheitssystem? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 3. S. 15–20.
- Bandelow, N. C., Hornung, J. und L. Y. Iskandar (2021b). Wie reform- und innovationsfähig ist das deutsche Gesundheitssystem? In: Klapper, B. und I. Cichon (Hrsg.). Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens, Berlin. S. 27–48.
- Bandelow, N. C., Hornung, J. und L. Y. Iskandar (2022). Krankenhausföderalismus während der Corona-Pandemie: Effektiv, aber nicht effizient? In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und C. Mostert (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie, Berlin, Heidelberg. S. 249–260.
- Eckert, F. und R. Rösenberg (2020). COVID-19 als „Gamechanger“? Entwicklungen und Lehren für Politikgestaltung und Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik. In: Observer Gesundheit. Online unter <https://observer-gesundheit.de/covid-19-als-gamechanger/> (Download am 11. Juli 2022).
- Gerade, M. (2022). Die verlorene Legislaturperiode? Bilanz des BMG nach sieben Monaten: geprägt überwiegend von Pech und Pannen. In: Observer Gesundheit. Online unter <https://observer-gesundheit.de/die-verlorene-legislaturperiode/> (Download am 14. Juli 2022).
- Haarhoff, H. (2022). Lauterbach holt Krankenkassen-Experten. In: Tagesspiegel Background. Online unter <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/lauterbach-holt-krankenkassen-experten> (Download am 14. Juli 2022).
- Hermann, C. (2022). Der Ampel-Koalitionsvertrag: von neuen Rollen und alten institutionellen „Gewissheiten“. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 22 (2). S. 22–30.
- Knieps, F. (2021). Mehr Fortschritt wagen – Der Vertrag der Ampelkoalition zwischen vorsichtiger Erneuerung und rasendem Stillstand. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 6. S. 6–11.
- Korte, K.-R. (2022). Politische Mechanik: Über Entscheidungsheuristiken in der Politik. In: K.-R. Korte, G. Scobel und T. Yildiz (Hrsg.). Heuristiken des politischen Entscheidens, Berlin. S. 289–320.
- Lau, T. (2022). Krankenhausreform, GKV-Finzen, Cannabis: Lauterbachs Fahrplan bis zum Herbst. Online unter www.aerzteblatt.de/archiv/225073/Krankenhausreform-GKV-Finzen-Cannabis-Lauterbachs-Fahrplan-bis-zum-Herbst (Download am 11. Juli 2022).

- Müller, W. C. und K. W. Strøm (2000). Die Schlüssel zum Zusammensein: Koalitionsabkommen in parlamentarischen Demokratien. In: van Deth, J. W. und T. König (Hrsg.). Europäische Politikwissenschaft: Ein Blick in die Werkstatt, Frankfurt am Main/New York. S. 136–170.
- Rösenberg, R. und F. Eckert (2022). Wie drei ungleiche Parteien sich auf Gemeinsames einigen. Die Koalitionsverhandlungen 2021 und die künftige Ampel-Gesundheitspolitik. In: Observer Gesundheit. Online unter <https://observer-gesundheit.de/wie-drei-ungleiche-parteien-sich-auf-gemeinsames-einigen/> (Download am 11. Juli 2022).
- Trappe, T. (2022). Lauterbach baut Ministerium um. In: Tagesspiegel-Background. Online unter <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/lauterbach-baut-ministerium-um> (Download am 14. Juli 2022).
- Trappe, T. und G. Ismar (2022). Interne Absprachen? Personalpolitik? Karl Lauterbach, auf der Suche nach seiner Rolle als Minister. In: Tagesspiegel. Online unter <https://plus.tagesspiegel.de/politik/er-bespricht-sich-ja-nur-mit-seiner-tochter-warum-lauterbach-die-arbeit-im-ministerium-noch-lernen-muss-398938.html> (Download am 14. Juli 2022).