

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2025

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Lina Y. Iskandar, Nils C. Bandelow

Gesundheitspolitik in der Polykrise: Eine ungenutzte Chance der Ampelkoalition?
Seite 16–33

doi: 10.30433/GWA2025-16

Lina Y. Iskandar, Nils C. Bandelow

Gesundheitspolitik in der Polykrise:

Eine ungenutzte Chance der Ampelkoalition?

Die Gesundheitspolitik der Ampelregierung stand unter dem Einfluss grundlegender Krisen. Neben den akuten Problemen durch die abklingende Pandemie und den beginnenden Ukraine-Krieg gab es dauerhafte und wachsende Herausforderungen durch den demografischen Wandel, Fachkräftemangel und ungelöste Strukturprobleme des Systems. Aus politikwissenschaftlicher Sicht kann eine solche Polykrise ein Entscheidungsfenster zur Durchsetzung dringend notwendiger Strukturreformen öffnen. Gerade unter den aktuellen Bedingungen einer pluralisierten und fragmentierten Akteursstruktur mit wechselnden Bündnissen ist das Timing von Reforminitiativen von besonderer Bedeutung. Diese Chance der Krise wurde aber kaum genutzt. Dies ist unter anderem auf das Fehlen einer zusammenhängenden politischen Strategie zurückzuführen. Es blieb daher bei der Durchsetzung einzelner Maßnahmen. Erfolge und Misserfolge bei der Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele der Regierung basierten überwiegend auf situativen Faktoren.

Einleitung

Die Ampelregierung war die erste Bundesregierung, bei der der größte Partner (hier die SPD) weniger Sitze im Bundestag hatte als die Koalitionspartner zusammen (206 von 415 Regierungssitzen). Mit nicht einmal 28 Prozent aller Bundestagsabgeordneten war die SPD-Fraktion auch die erste Kanzlerfraktion Deutschlands, die sich nicht einmal auf ein Drittel des Parlaments stützen konnte. Hinzu kommt die Abhängigkeit von einem Bundesrat mit vielfältigen Regierungskonstellationen. Politisch kann so eine geringe Konzentration von Macht zu Blockaden führen, sie muss es aber nicht: Verhandlungszwänge können auch genutzt werden, um neue Ideen für grundlegende Strukturreformen zu verwirklichen.

Bereits die Koalitionsverhandlungen waren jedoch vom Fehlen einer klaren Strategie geprägt. Obwohl die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems absehbar waren, enthielt der Koalitionsvertrag weder eine langfristige Vision noch ein kohärentes Programm für eine tiefgreifende Umstrukturierung. Stattdessen setzte er lediglich auf eine Fortführung inkrementeller Reformschritte. Mit dem Ausbruch des Ukraine-Kriegs

wenige Monate nach Regierungsbeginn verschärfte sich die politische Lage zusätzlich. Die Ampelkoalition war nicht in der Lage, ihre gesundheitspolitische Agenda an die neuen Herausforderungen anzupassen. Welche Auswirkungen dies auf die gesundheitspolitische Bilanz der verkürzten Ampelregierung hatte und wie sich diese politikwissenschaftlich erklären lässt, ist Gegenstand dieses Beitrags.

Die Analyse gliedert sich wie folgt: Zunächst werden im ersten Teil zentrale politikwissenschaftliche Ansätze zur Einordnung der gesundheitspolitischen Bilanz vorgestellt. Anschließend werden im zweiten Teil die im Koalitionsvertrag vereinbarten Reformmaßnahmen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems beschrieben und ihr Umsetzungsgrad in der verkürzten Regierungszeit aus der Perspektive der politischen Prozessforschung untersucht und erklärt.

Ansätze aus der politischen Prozessforschung zur Einordnung der Bilanz

Grundlegende Gesundheitsreformen scheinen in Deutschland nur in Ausnahmefällen durchsetzbar zu sein (Czada 2005; Katzenstein 1987). Die besonderen Konsenszwänge der deutschen Verhandlungsdemokratie mit den vielfältigen Blockademöglichkeiten durch Koalitionspartner, Bundesländer, Selbstverwaltung und Interessengruppen ermöglichten in der Vergangenheit meist nur inkrementelle Reformen (Rosewitz und Webber 1990).

Allerdings hat sich der Modus der Gesundheitspolitik immer wieder verändert (Döhler und Manow 1997). Dies betrifft sowohl die Themen als auch die Strukturen und Prozesse des Feldes (Abbildung 1). In der Aufbauphase der Bundesrepublik gab es noch kein ausdifferenziertes Politikfeld Gesundheit. Hier hatten die Lobbygruppen und Selbstverwaltungsstrukturen noch große Spielräume. Mit der Kostendämpfungspolitik seit den 1970er Jahren nahm der staatliche Interventionismus zu. Es gab zunehmend spezialisierte Gesundheitspolitiker und Arenen der Gesundheitspolitik, abgebildet sowohl in den Strukturen von Bundesregierung als auch im Bundestag. In dieser Phase dominierte eine ideologisch geprägte Konfrontation zwischen Eigenverantwortung und Solidarität. In den 1990er Jahren führte die übergreifende Idee einer solidarischen

Wettbewerbsordnung zu einer Abschwächung dieses Gegensatzes. Die gute Kassenlage des zweiten und anfänglichen dritten Jahrzehnts dieses Jahrtausends ermöglichte es zudem, Konflikte durch zusätzliche Ausgaben zu vermeiden. Gleichzeitig kam es zu einer Pluralisierung und Fragmentierung von Akteuren und Arenen. Die Gesundheitspolitik der Ampelregierung fiel in eine Phase der erneuten strukturellen und finanziellen Krise.

Abbildung 1: Gesundheitspolitische Phasen seit 1949

1. Phase 1950 bis 1969	<ul style="list-style-type: none"> ▪ schrittweiser Aufbau der umfassenden GKV ▪ Anfang der 1960er Jahre: erste Reformblockade durch Interessengruppen
2. Phase 1970 bis 1989	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1973: 1. Ölkrise → Kostendruck ▪ 1977 bis 1989: Kostendämpfungsgesetz ▪ 1987: Einberufung der Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV
3. Phase 1990 bis 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1990: Deutsche Einheit ▪ 1992: Gesundheitsstrukturgesetz ▪ 2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
4. Phase 2010 bis 2020	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2011: AMNOG ▪ 2010 bis 2020: kleinere Reformen, trotz dauerhafter Überschüsse der GKV ▪ Corona-Krise
5. Phase 2020 bis 2025	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragmentierung der Akteure ▪ große Zahl an unzusammenhängenden, kleinen Reformen

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bandelow, Hornung und Iskandar 2021

Es gab einen besonderen Reformdruck durch die extreme Krisensituation mit ihren Belastungen für die Verfügbarkeit von Finanzen und Fachkräften sowie den spezifischen Herausforderungen der Pflege, der Krankenhäuser, der Notfallmedizin und der Facharztversorgung, um nur einige zu nennen.

Gleichzeitig fehlte es aber sowohl an klaren ideologischen Konfliktlinien als auch an übergreifenden politischen Programmen, die Ordnung und Orientierung hätten geben können. In solchen Situationen spielen viele Faktoren in komplexer Form zusammen,

um Erfolge oder Misserfolge von Reformbemühungen zu bestimmen. Einer dieser Faktoren ist der Problemdruck, sowohl durch stetig wachsende Indikatoren (etwa hohe Ausgaben, Anteile älterer Menschen, Fachkräftemangel) als auch durch spezifische Schocks (beispielsweise Pandemie, Krieg), die Möglichkeiten für grundlegende Reformen bieten können (Beyer et al. 2023; Herweg et al. 2023). Dies ist jedoch kein Automatismus. Erfolgreiche Strukturreformen benötigen weitere Bedingungen, die im Vorfeld einer detaillierten Analyse der Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitspolitik der Ampelregierung benannt werden müssen.

Neben dem Problemdruck sind die Machtverhältnisse und Akteurskonstellationen zentral für die Durchsetzung grundlegender Reformen (Bandelow und Iskandar 2024). Auf den ersten Blick waren die Voraussetzungen der Ampelregierung hier denkbar ungünstig: Regierungsparteien gelten in der Politikwissenschaft als potenzielle Veto-Spieler. Laut Definition sind Veto-Spieler Akteure, die eine Veränderung des Status quo verhindern können. In Deutschland gehören dazu die Regierungsparteien und bei zustimmungspflichtigen Gesetzen der Bundesrat (Tsebelis 2002). Große ideologische Differenzen zwischen Regierungsparteien werden daher als typische Beharrungskräfte für Strukturreformen wahrgenommen. Dies gilt gleichermaßen für den Bundesrat. Zumindest bei zustimmungspflichtigen Reforminitiativen erfordert die aktuelle Pluralisierung der parteipolitischen Konstellationen von Landesregierungen eine umfassende Einbindung unterschiedlicher Interessen (Bandelow et al. 2020).

Problemdruck, Akteurskonstellationen und Zeitfenster allein reichen jedoch nicht aus, um grundlegende politische Veränderungen zu ermöglichen. Eine weitere Voraussetzung ist ein kohärentes politisches Programm. Solche Programme werden zwar in der Öffentlichkeit meist als Lösung für akute Probleme präsentiert, sie entstehen jedoch unabhängig von der Tagespolitik. Erfolgversprechende Programme müssen Akteure unterschiedlicher Parteien und Interessengruppen zusammenführen können und technisch umsetzbar sein (Bandelow, Hornung und Smyrl 2021).

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, also Problemdruck, Akteurskonstellationen, Entscheidungsfenster und programmatische Vorarbeit, so braucht es Gruppen (selten Individuen),

die ein bestehendes Programm als Lösung der aktuellen Probleme präsentieren und durchsetzen. Solche erfolgreichen politischen Unternehmer oder programmatischen Gruppen müssen gut vernetzt sein, Zugriff auf wichtige Positionen des Regierungsapparats (im Bundesgesundheitsministerium, in Landesministerien oder in der (Selbst-) Verwaltung) haben und idealerweise weitere Unterstützung aus Wissenschaft und Medien genießen (Hornung 2021).

Der hier vorgestellte politikwissenschaftliche Blick auf Reformvoraussetzungen ermöglicht es, die gesundheitspolitischen Prozesse und Politikergebnisse der Ampelregierung nicht nur zu beschreiben, sondern auch zu analysieren, welche Treiber und Hindernisse es im Hinblick auf die notwendigen Strukturreformen gab.

Umsetzung des Koalitionsvertrages und weitere Impulse

Der folgende Abschnitt orientiert sich an ausgewählten zentralen gesundheitspolitischen Handlungsbereichen aus dem Koalitionsvertrag und der Fachdebatte. Es wird sichtbar, wie unterschiedlich sich Dynamik und Akteurskonstellationen in den einzelnen Feldern entwickelten, obwohl sie alle demselben übergreifenden Politikkontext der Ampelregierung unterliegen. Auf diese Weise kann die Analyse an die eingeführte theoretische Perspektive anknüpfen und prüfen, inwieweit

- der allgemeine Problemdruck,
- die Akteurskonstellationen eines Vorhabens (inklusive möglicher Veto-Spieler),
- das Zeitfenster (inklusive des Zeitmanagements)
- und kohärente Programme

die Reformen in den jeweiligen Teilbereichen beförderten oder blockierten. Günstige Akteurskonstellationen heißt: die Unterstützung der Regierungsmehrheit und ein Verzicht des Bundesrates auf Einspruch oder Anrufung des Vermittlungsausschusses.

Finanzierung

Schon zur Zeit der Koalitionsverhandlungen war die angespannte Finanzlage der GKV infolge der Pandemie und der kostenintensiven Reformen der vorherigen Regierung erkennbar. Die Legislaturperiode begann mit einem Defizit von 17 Milliarden Euro in der

GKV. Verschiedene Entwicklungen führten dazu, dass sich nicht nur die Haushaltslage der Krankenkassen, sondern auch der Spielraum der Bundesregierung für Haushaltszuschüsse verschärfen. Neben dem Ukraine-Krieg war dies insbesondere das Haushaltsurteil des Bundesverfassungsgerichts im Herbst 2023.

Der Koalitionsvertrag wollte die GKV durch eine Dynamisierung des Bundeszuschusses stabilisieren, wobei die Einigung mit dem Finanzministerium schwierig war. Eine größere Maßnahme war die Reform des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), die es den Krankenkassen ermöglichen sollte, Arzneimittelpreise besser zu regulieren. Diese Punkte wurden mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) umgesetzt, das im November 2022 in Kraft trat. Der Referentenentwurf wurde bereits im Juli 2022 vorgelegt und war damit eine der ersten Initiativen des BMG. Zunächst wurde der Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2023 auf 16,5 Milliarden Euro erhöht. Zusätzlich gewährte der Bund der GKV ein unverzinsliches Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro für das Jahr 2023. Darüber hinaus wurde der Bundeszuschuss an keiner weiteren Stelle dynamisiert oder erhöht. Außerdem setzte die Ampelregierung die Politik der Vorgängerregierung fort und baute die Finanzreserven der Krankenkassen weiter ab (Hermann 2024).

Auch das im Koalitionsvertrag geäußerte Bekenntnis zum Preismoratorium für Arzneimittel wurde durch das GKV-FinStG bis zum Jahr 2026 verlängert. Für das Jahr 2023 wurde außerdem der Herstellerabschlag für Pharmaunternehmen von fünf auf zwölf Prozent erhöht, während der Apothekenabschlag auf zwei Euro festgelegt wurde. Schließlich reformiert dieses Gesetz vor allem das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). Damit tritt der von den Selbstverwaltungsakteuren verhandelte Erstattungspreis nicht mehr nach zwölf, sondern bereits nach sieben Monaten in Kraft.

Die angespannte Haushaltslage des Bundes verhinderte, dass die GKV durch weitere direkte oder indirekte Bundeszuschüsse entlastet werden konnte (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Hier zeigt sich, wie schnell auch Entwicklungen außerhalb des Gesundheitswesens dazu beitragen können, dass sich Reformfenster in der Gesundheitspolitik schließen.

Stationäre Versorgung

Eines der größten und schwierigsten Projekte der Ampelregierung war die Reform der Krankenhausfinanzierung und -planung, die im Dezember 2022 mit einer Regierungskommission startete (Schmid et al. 2024). Obwohl die bereits in Nordrhein-Westfalen erprobte Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben als wichtige Grundlage diente und ein übergreifender Konsens über die Notwendigkeit bestand, verlief die Verabschiedung im Herbst 2024 sehr konfliktreich. Insbesondere im Bundesrat kam es zu intensiven Auseinandersetzungen. Das Gesetz war gegen den Widerstand der Länder als nicht zustimmungspflichtig konzipiert. Es wäre dennoch fast durch eine Anrufung des Vermittlungsausschusses nach dem Bruch der Koalition noch gescheitert. Das Abstimmungsverhalten der Länderregierungen hierzu war von vielen Faktoren abhängig. Letztlich hätte der Widerstand nur einer weiteren Landesregierung den Prozess stoppen können, was das Ergebnis bis zum Tag der Abstimmung unklar ließ. Ein weiterer wichtiger Baustein der großen Krankenhausreform war das Krankenhaustransparenzgesetz, das im April 2024 in Kraft trat. Auch dieses Gesetz war extrem umstritten, weil Bundesländer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft darin einen Eingriff in die Planungshoheit sahen. Letztlich wurde aber eine Kompromisslösung gefunden.

Für die Ambulantisierung verschiedener Leistungen im Krankenhaus vereinbarte die Ampelkoalition die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung durch Hybrid-DRGs. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG), das im Dezember 2022 vom Bundestag beschlossen wurde, ebnete hierfür den Weg.

Viele Elemente der Krankenhausreform waren formal im Gesetzgebungsprozess erfolgreich, da sie nicht zustimmungspflichtig gestaltet waren. Dies gilt vor allem für die frühzeitig auf den Weg gebrachten Maßnahmen, wie die Einführung von Hybrid-DRGs im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz 2022 und das Krankenhaustransparenzgesetz Anfang 2024. Es ist aber nicht gelungen, die notwendigen Reformmaßnahmen in einer zusammenhängenden Form unter Einbindung von Bundesländern und Selbstverwaltung zu formulieren. Daher blieb am Ende der Legislaturperiode unklar, welche Elemente mit welchen Details und Folgen letztlich umgesetzt werden können.

Pflege

Der Bereich Pflege hatte in Anbetracht der ausklingenden Pandemie oberste Priorität auf der politischen Agenda und nahm im Koalitionsvertrag einen besonders großen Raum ein. Um die Leistungen der Pflege anzuerkennen, sollte es einen steuerfreien Pflegebonus geben, für den der Bund eine Milliarde Euro zur Verfügung stellte. Dies wurde im Pflegebonusgesetz im Sommer 2022 beschlossen. Weitere Vorhaben umfassten die Senkung des Eigenanteils, eine moderate Anhebung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung, den Abbau von Bürokratie sowie die Prüfung einer paritätisch finanzierten Vollversicherung der Pflegekosten durch eine Expertenkommission.

Anders als bei der Krankenhausreform und im Koalitionsvertrag angekündigt, gab es keine Expertenkommission zur Prüfung einer umfassenden paritätischen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Lediglich das Bundeskabinett hat dazu einen Bericht erstellt, der punktuell Expertinnen und Experten einbezog und im Juli 2024 veröffentlicht wurde (Bundesregierung 2024).

Um die bestehenden Leistungsansprüche in der sozialen Pflegeversicherung sowie die im Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) geplanten Anpassungen zu sichern, wurde der reguläre Beitragssatz zum Juli 2023 leicht auf 3,4 Prozent erhöht. Das Gesetz beinhaltete weitere Maßnahmen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen. Die Ampelregierung selbst bestätigte, dass das Gesetz nur ein erster Schritt für weitere, umfassendere Maßnahmen sein kann. Mit dem im Dezember 2022 verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) wurde zudem das im Koalitionsvertrag vereinbarte neue Instrument zur Berechnung der idealen Personalbesetzung in Krankenhausabteilungen, die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0), schrittweise eingeführt. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde ebenfalls in diesem Gesetz durch diverse Maßnahmen wie die finanzielle Unterstützung für Geburtshilfeabteilungen in den Jahren 2023 und 2024 adressiert. Die finanziellen Mittel für Geburtshilfe und Pädiatrie in Höhe von 380 Millionen Euro sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stammen und teilweise aus der privaten Krankenversicherung. Ab dem Jahr 2025 werden die Personalkosten von Hebammen im Pflegebudget abgedeckt, wodurch ihre Arbeit in der Betreuung von Schwangeren und Gebärenden genauso wie die auf Stationen finanziert

wird. Außerdem gibt es weitere Förderung von Geburtshilfeabteilungen im Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG). In diesem Gesetz wird auch der Ausbau von Hebammengeleiteten Kreißsälen durch eine eigene G-BA-Richtlinie beschlossen.

Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG), das Ende des Jahres 2023 beschlossen wurde, gab es die im Koalitionsvertrag versprochenen Änderungen zur besseren Finanzierung von Pflegekräften in der hochschulischen Ausbildung. Darüber hinaus beinhaltete das Gesetz, neben vielen weiteren Punkten, auch Maßnahmen zur Vereinheitlichung und beschleunigten Anerkennung von ausländischen Pflegefachkräften.

Andere Vorhaben blieben aufgrund des vorzeitigen Endes der Regierung im parlamentarischen Verlauf unerledigt. Dazu gehörte das Pflegefachassistenteneinführungsgesetz, das die Ausbildung von Pflegefachassistentenpersonen bundesweit vereinheitlichen und vergüten sollte. Der Referentenentwurf des BMG und BMFSFJ dafür wurde im Sommer 2024 in den Bundestag eingebracht. Auch das Pflegekompetenzgesetz wurde erst im September 2024 als Referentenentwurf vorgestellt, um die Pflege-Infrastruktur auszubauen und die Kompetenzen der Pflegekräfte zu erweitern. Dieses Gesetz hatte breite Unterstützung nicht nur von den Regierungsparteien, sondern im Grundsatz auch von der Opposition und wurde nicht verabschiedet. Die Vorschläge wurden auch größtenteils von den Interessenvertretern der Pflege begrüßt (DBfK 2024; Deutscher Pflegerat 2024).

Insgesamt war der Bereich Pflege bis auf wenige Einzelmaßnahmen im Verlauf der Legislatur zu wenig auf der Agenda und litt unter den koalitionären Konflikten um die Finanzierung. Nicht zuletzt dadurch, dass einige Gesetze zu spät in den parlamentarischen Verlauf kamen, ist das Pflegeproblem wieder nicht gelöst worden.

Digitalisierung

Auch zur Digitalisierung hatte der Koalitionsvertrag Maßnahmen versprochen. Dazu zählten der Ausbau telemedizinischer Behandlungen, die beschleunigte Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie der Ausbau der gematik zu einer digitalen Gesundheitsagentur. Die allgemeine Einführung der ePA und des verbindlichen E-Rezeptes wurde durch das Digitalgesetz (DigiG) geregelt, das im Dezember

2023 verabschiedet wurde. Zeitlich und inhaltlich eng damit verknüpft wurde das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) verabschiedet.

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) soll den Zugang zu Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Zwecke erleichtern und beschleunigen. Begleitend zu den Digitalisierungsgesetzen sollten das Medizinforschungsgesetz sowie das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz zur Umstrukturierung der gematik erlassen werden. Das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz wurde relativ spät in der Legislatur im Sommer 2024 in den Bundestag eingebracht. Die letzte Anhörung im Gesundheitsausschuss fand im November 2024 statt und wurde seitdem nicht weiterverfolgt.

Um mehr Durchgriffsrechte und beschleunigte Verfahren in der Telematikinfrastruktur zu ermöglichen, sollte die gematik eine Agentur des BMG werden und dabei sowohl als Marktteilnehmer als auch als Aufsichtsbehörde fungieren. Für diese Doppelfunktion gab es Kritik von vielen Akteuren. Insbesondere die Krankenkassen kritisierten ihren großen Finanzierungsanteil bei gleichzeitig geringen Entscheidungsmöglichkeiten (Koch 2024). Grundsätzlich steht dieser Gesetzesentwurf bereit und könnte ausreichend Zustimmung erhalten, jedoch zeigt sich auch hier, dass das verkürzte Reformfenster eine Verabschiedung nicht ermöglichte.

Somit konnte insgesamt im Bereich Digitalisierung ein großer Teil der Koalitionsvorhaben umgesetzt werden. Treiber hierfür war bei den gelungenen Maßnahmen eine breite Unterstützung bei verschiedenen Akteuren. Dennoch gab es, angesichts der Pandemie als Gelegenheitsfenster für große Reformen, eher einen Schritt als einen Sprung in die Digitalisierung.

Cannabis-Legalisierung

Im Hinblick auf die öffentliche Aufmerksamkeit, weniger gemessen an der gesundheitspolitischen Bedeutung, kommt der Cannabis-Legalisierung eine zentrale Rolle zu. Im Koalitionsvertrag verständigte sich die Ampelregierung darauf, Cannabis zu Genusszwecken unter klar geregelten Bedingungen zu legalisieren. Nach einem ersten Eckpunkt Papier Ende 2022 wurde das entsprechende Gesetz im Frühjahr 2024 beschlossen und trat am 1. April 2024 in Kraft. Kernbestandteile sind die Erlaubnis zum

privaten Eigenanbau sowie die Gründung nicht-gewerblicher Anbauvereinigungen. Strafvorschriften im Zusammenhang mit Cannabis wurden aufgehoben. Die Legalisierung ist an zahlreiche Bedingungen gebunden, darunter Konsumverbote in Fußgängerzonen und im Umfeld von Schulen. Die Abgabe in lizenzierten Verkaufsstellen befindet sich noch in der Erprobung. Eine fortlaufende unabhängige Evaluation soll die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen untersuchen – wie im Koalitionsvertrag vereinbart (Deutscher Bundestag 2024). Trotz Kritik von Opposition und manchen Ärzteverbänden war die Umsetzung hier erfolgreich, da alle Regierungsparteien den Vorstoß unterstützten und nur geringe finanzielle Mehrbelastungen entstanden. Diese Übereinstimmung der Ampelparteien macht die Cannabis-Legalisierung zu einem Sonderfall, dessen Erfolg sich ausreichend durch die Veto-Spieler-Theorie (Tsebelis 2002) erklären lässt: Ohne Widerstand einer Regierungspartei oder eines anderen Akteurs mit substanzieller Blockademacht ist Policy-Wandel wahrscheinlich.

Public Health

Viel größere strukturelle Bedeutung, aber geringere öffentliche Aufmerksamkeit hat das gesundheitspolitische Großthema des Aufbaus eines zusammenhängenden und sektorübergreifenden Systems der Gesundheitsförderung. Der Koalitionsvertrag der Ampelparteien widmete sich Public Health zwar in Ansätzen, setzte hier jedoch keinen klaren Schwerpunkt. Unter anderem wurden ein Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie die Einrichtung eines neuen Bundesinstituts angekündigt, das die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ablösen sollte. Ursprünglich war geplant, dass das Institut seine Arbeit zum 1. Januar 2025 aufnimmt. Am 21. Juni 2024 wurde ein erster Referentenentwurf veröffentlicht. In mehreren Änderungsanträgen sollten die Aufgabenbereiche des Instituts noch präzisiert werden. Seitdem wurde das Vorhaben zwar im Gesundheitsausschuss weiter diskutiert, aber nicht mehr parlamentarisch vorangetrieben. Kurz vor Ende der Legislaturperiode erfolgte eine umstrittene Umbenennung der BZgA in BlÖG, ohne dass die geplanten strukturellen Änderungen verwirklicht werden konnten.

Nicht durchsetzbar war auch die ministerielle Initiative für ein Gesundes-Herz-Gesetz (GHG). Es gab breite Kritik an fehlender wissenschaftlicher Evidenz und Unvereinbarkeit mit den Prinzipien der Selbstverwaltung (Windeler 2024). Auch die Initiativen für

Gesundheitsregionen und Gesundheitskioske schafften es nach koalitionsinternen Konflikten nicht in die Gesetzgebung.

Insgesamt wurde zwar die Notwendigkeit einer Stärkung von Public Health erkannt. Es wurde aber kein übergreifendes Programm in Kooperation mit den bestehenden Akteuren und Netzwerken (etwa mit dem Zukunftsforum Public Health) verfolgt. Public Health hätte sowohl im Hinblick auf gesundheitspolitische Ziele, wie die Verbesserung der Lebenserwartung und der gesunden Lebensjahre, als auch im Hinblick auf die finanzielle Entlastung der GKV Potenzial gehabt, das als Antwort auf die Krise geeignet gewesen wäre. Es blieb aber bei einem Flickenteppich der oben genannten erfolglosen Einzelinitiativen ohne klare Strategie.

Weitere ungelöste Herausforderungen

Neben dem kaum umgesetzten Einstieg in ein zusammenhängendes Public-Health-System blieben auch andere Reformvorhaben der Ampelregierung bruchstückhaft. Die dringend notwendige Reform der Notfallversorgung sollte durch integrierte Notfallzentren, die Aufnahme des Rettungswesens in das SGB V und ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren erreicht werden. Viele Maßnahmen beinhaltet der Kabinettsbeschluss vom Juli 2024. Der weitere Gang der Gesetzgebung wurde unter anderem durch Kompetenzkonflikte zwischen Bund und Ländern verzögert. Zu vielen Maßnahmen gab es inhaltlichen Konsens. Dennoch scheiterte die zu spät angegangene Reform letztlich am verfrühten Ende der Legislaturperiode.

Gescheitert ist auch die Gesetzgebung für ein Apotheken-Reformgesetz (ApoRG), für das es nur einen Referentenentwurf vom Juni 2024 gab. Die vorgeschlagene bessere Honorierung von Apotheken, insbesondere im Notfall- und Nachtdienst sowie die Vorschläge, Apotheken unter bestimmten Bedingungen auch ohne Apotheker öffnen zu dürfen, stießen auf große Kritik seitens der entsprechenden Apothekenverbände. Zudem sollen die Vorhaben durch die FDP blockiert worden sein (Dölger 2024). Tabelle 1 zeigt eine Auswahl der Maßnahmen des Koalitionsvertrages sowie deren Umsetzung. In der letzten Spalte sind die im Text genannten politikwissenschaftlichen Treiber und Hindernisse aufgeführt, die die Umsetzung oder Nicht-Umsetzung beeinflussen.

Tabelle 1: Umsetzung der Initiativen des Koalitionsvertrages (Auswahl) und Begründung

Thema (Koalitionsvertrag)	Zeitverlauf (erster bekannter Entwurf, finaler Beschluss)	Stand	Treiber/Hindernis
Finanzierung			
Dynamisierung des Bundeszuschusses	Entwurf: 7/2022 Beschluss: 10/2022	erfolgte nur für 2023, GKV-FinStG	Problemdruck, frühzeitige Behandlung
Reform des AMNOG	Entwurf: 7/2022 Beschluss: 10/2022	erfolgt, GKV-FinStG	Problemdruck, frühzeitige Behandlung
Preismoratorium	Entwurf: 7/2022 Beschluss: 10/2022	erfolgt, GKV-FinStG	Problemdruck, frühzeitige Behandlung
Finanzierung von Empfängern für Bürgergeld (Arbeitslosengeld II) aus Steuermitteln	keine Initiative	nicht erfolgt	Veto des Finanzministeriums, angespannter Haushalt
Entbudgetierung von Hausärzten	Entwurf: 4/2024 Beschluss: 2/2025	erfolgt, GVSG	günstige Interessenkonstellation
Stationäre Versorgung			
Hybrid-DRGs	Entwurf: 8/2022 Beschluss: 12/2022	erfolgt, KHPfIEG	frühzeitige Behandlung
Einstieg in die Krankenhausreform	Entwurf: 9/2023 Beschluss: 3/2024	erfolgt, Krankenhaustransparenzgesetz	Kompromisslösung
Krankenhausreform mit Leistungsgruppen	Entwurf: 4/2024 Beschluss: 10/2024	größtenteils erfolgt, KHVVG, Umsetzungschance noch unklar	frühzeitige Behandlung (Regierungskommission 2022), aber: wechselnde Interessenkonstellation und schlechte strategische Planung
Pflege			
Pflegebonus	Entwurf: 3/2022 Beschluss: 6/2022	erfolgt, Pflegebonusgesetz	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
finanzielle Förderung von Geburtshilfeabteilungen	Entwurf: 8/2022 Beschluss: 12/2022	erfolgt, KHPfIEG, KHVVG	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
Expertenkommission zu paritätisch finanzierten Vollversicherung	-	nicht erfolgt	unvorteilhafte Interessenkonstellation, schlechtes Zeitmanagement (keine Priorisierung)
Pflegepersonalregelung (PPR 2.0)	Entwurf: 8/2022 Beschluss: 12/2022	teilweise erfolgt, KHPfIEG	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
Stabilisierung der Pflegebeiträge	Entwurf: 2/2023 Beschluss: 5/2023	kaum erfolgt, PUEG	angespannter Haushalt
Ausbildungsvergütung von Pflegekräften	Entwurf: 4/2023 Beschluss: 11/2023	erfolgt gemeinsam mit BMFSFJ	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation

Thema (Koalitionsvertrag)	Zeitverlauf (erster bekannter Entwurf, finaler Beschluss)	Stand	Treiber/Hindernis
Vereinfachung von Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte	Entwurf: 4/2023 Beschluss: 11/2023	erfolgt gemeinsam mit BMFSFJ	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
Harmonisierung der Pflegefachassistentenausbildung	Entwurf: 7/2024, Pflegefachassistenteneinführungsgesetz	nicht erfolgt	vorteilhafte Interessenkonstellation, aber: zu spät behandelt
Erweiterung der Kompetenzen von Pflegekräften	Entwurf: 9/2024, Pflegekompetenzgesetz	nicht erfolgt	vorteilhafte Interessenkonstellation aber: zu spät behandelt
Förderung von hebammengeleiteten Kreißsälen	Entwurf: 4/2024 Beschluss: 11/2024	erfolgt, KHVVG	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
Digitalisierung			
verbindliche Einführung des E-Rezeptes und Beschleunigung der ePA	Entwurf: 7/2023 Beschluss: 2/2024	erfolgt, DigiG	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
bessere Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten für die Forschung	Entwurf: 8/2023 Beschluss: 2/2024	erfolgt, GDNG	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
Entbürokratisierung von Zulassungsverfahren	Entwurf: 1/2024 Beschluss: 9/2024	erfolgt, MFG	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation
Umstrukturierung der gematik	Entwurf: 5/2024, GDAG	nicht erfolgt	zu spät behandelt
Cannabis			
Cannabis-Legalisierung	Entwurf: 7/2023 Beschluss: 3/2024	erfolgt CanG	vorteilhafte Interessenkonstellation
Public Health			
Regionalisierung	Entwurf: 4/2024, GVSG	nicht erfolgt (Streichung aus Gesetzentwurf)	unvorteilhafte Interessenkonstellationen, zu spät behandelt
Einrichtung Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit zur Ablösung der BZgA	Entwurf: 6/2024	nicht erfolgt, nur Umbenennung des BZgA in BIOG	unvorteilhafte Interessenkonstellation, zu spät behandelt
Prävention stärken	Entwurf: 6/2024, GHG	nicht erfolgt	unvorteilhafte Interessenkonstellation, kein kohärentes Programm
Notfallversorgung			
integrierte Notfallzentren	Entwurf 6/2024, Gesetz zur Reform der Notfallversorgung	nicht erfolgt	Problemdruck, vorteilhafte Interessenkonstellation aber: zu spät behandelt
Apotheken			
Apothekenreform	Entwurf: 6/2024, ApoRG	nicht erfolgt	zu spät behandelt

Quelle: eigene Darstellung

Fazit und Ausblick

Dieser Beitrag analysierte die gesundheitspolitische Bilanz der 20. Legislaturperiode und erklärte das Ergebnis aus der Perspektive der Policy-Prozess-Forschung. Gemessen an den reinen Vorhaben des Koalitionsvertrages und deren Umsetzung (Quantität) kann man insgesamt – angesichts des frühzeitigen Endes der Regierungszeit – eine große Anzahl an umgesetzten Maßnahmen festhalten. Viele der Reformen adressieren die Probleme aber nur teilweise und unzusammenhängend.

Ein Teil dieser Bilanz ist damit zu erklären, dass sich die Rahmenbedingungen nach dem Schließen des Gelegenheitsfensters der Koalitionsverhandlungen durch externe Entwicklungen stark verändert haben. Dies hat sich insbesondere im Bereich der Finanzierung gezeigt, was viele Felder des Gesundheitsbereichs betraf (Pflege, Public-Health-Maßnahmen). Somit sind viele Gesetze an der Vetomöglichkeit des Finanzministeriums gescheitert.

Die verschärfte finanzielle Krise erklärt das Ergebnis aber nur zum Teil: Vor allem fehlte eine zusammenhängende Strategie und eine inhaltliche Koordination der vielfältigen Reforminitiativen. In dieser Legislaturperiode gab es keinen Mangel an Problemdruck. Allerdings hätte dieser auch mit einer strategischen Planung kombiniert werden müssen, die in dieser Legislatur fehlte. Zu der strategischen Planung der Prozesse zählt zunächst das Zeitmanagement. Je früher die Themen bearbeitet wurden, desto wahrscheinlicher war deren Umsetzung. Viele der kleinen Themen wurden relativ früh in der Legislatur geplant, während die großen und komplexeren Herausforderungen erst spät adressiert wurden und nicht zuletzt auch daran scheiterten. Ein ebenso wichtiger Aspekt des politischen Prozesses, der auch mit dem Zeitmanagement zusammenhängt, ist die frühzeitige Einbindung von relevanten Akteuren. Je kontroverser Themen sind, desto wichtiger ist eine frühzeitige Mehrheitsfindung, um mögliche Veto-Spieler im (fortgeschrittenen) parlamentarischen Verlauf zu vermeiden. Diese Punkte hätten zu Beginn der Legislatur und spätestens mit Einsetzen des Ukraine-Kriegs in einem zusammenhängenden Programm federführend vom BMG ressortübergreifend erarbeitet werden müssen, insbesondere in Anbetracht der politischen Lage einer Ampelkoalition mit vielfältigen Verhandlungszwängen.

Der Vergleich mit den früheren Phasen der Gesundheitspolitik macht die zentralen bestehenden und zukünftigen Herausforderungen deutlich. Es hat im deutschen Gesundheitswesen strukturelle Veränderungen gegeben. Diese Veränderungen haben dazu geführt, dass die lange andauernden, stabilen Konfliktlinien aufgebrochen wurden. An ihre Stelle sind wechselnde Bündnisse getreten. Die heutige Gesundheitspolitik ist daher unberechenbarer geworden. Die Durchsetzung einzelner Reformen in der 20. Legislaturperiode war weitgehend von situativen Aspekten geprägt.

Die fragmentierten Entscheidungskonstellationen machen es für die Zukunft noch wichtiger, neue zusammenhängende Programme zu entwickeln, um die unterschiedlichen Parteien und Interessengruppen langfristig auf wichtige Ziele und Problemperspektiven zu verpflichten. Sonst wird auch in der nächsten Legislaturperiode die Gesundheitspolitik ein weitgehend unberechenbares Stückwerk bleiben. Dies wäre angesichts der immer größeren strukturellen Herausforderungen kaum verantwortbar.

Literatur

- Bandelow, N. C., Hornung, J. und Iskandar, L. Y. (2020). Krankenhausfinanzierung und -vergütung als politisches Handlungsfeld. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. und Beivers, A. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin und Heidelberg. S. 299–313. doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_16 (Download am 31. März 2025).
- Bandelow, N. C., Hornung, J. und Smyrl, M. (2021). Theoretical Foundations of the Programmatic Action Framework (PAF). In: European Policy Analysis, 7, 1. S. 14–27. doi.org/10.1002/epa2.1083 (Download am 31. März 2025).
- Bandelow, N. C. und Iskandar, L. Y. (2024). Public-Policy-Perspektiven in der Gesundheitspolitik. In: Kurscheid, C., Balke-Karrenbauer, N. und Mollenhauer, J. (Hrsg.). Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft. Berlin und Heidelberg. S. 1–13. doi.org/10.1007/978-3-662-66798-9_78-1 (Download am 31. März 2025).
- Bandelow, N. C., Hornung, J. und Iskandar, L. Y. (2021). Wie reform- und innovationsfähig ist das deutsche Gesundheitssystem? In: Klapper, B. und Cichon, I. (Hrsg.). Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Berlin. S. 27–48.

- Beyer, D., Boushey, G. und Breunig, C. (2023). Punctuated Equilibrium. In: Wenzelburger, G. und Zohlnhöfer, R. (Hrsg.). *Handbuch Policy-Forschung*. Wiesbaden. S. 325–346. doi.org/10.1007/978-3-658-34560-0_13 (Download am 31. März 2025).
- Bundesministerium für Gesundheit (2023). Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 220 Absatz 4 SGB V.
- Bundesregierung (2024). Neuer Bericht zur Zukunft der Pflegeversicherung | Bundesregierung. Die Bundesregierung informiert, 3. Juli 2024. Startseite. Online unter www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/zukunft-der-pflegeversicherung-2296434 (Download am 31. März 2025).
- Czada, R. (2005). Social Policy: Crisis and Transformation. In: Green, S. und Paterson, W. E. (Hrsg.). *Governance in Contemporary Germany. The Semisovereign State Revisited*. Cambridge. S. 165–189.
- DBfK (2024). DBfK sieht in Pflegekompetenzgesetz wichtige Weichenstellung zur Aufwertung des Pflegeberufs. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Online unter www.dbfk.de/de/newsroom/pressemitteilungen/meldungen/2024/DBfK-sieht-in-Pflegekompetenzgesetz-wichtige-Weichenstellung-zur-Aufwertung-des-Pflegeberufs.php (Download am 31. März 2025).
- Deutscher Bundestag (2024). Deutscher Bundestag – Ärzteverbände lehnen Legalisierung von Cannabis ab. Deutscher Bundestag. Online unter www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw45-pa-gesundheit-cannabis-970114 (Download am 31. März 2025).
- Deutscher Pflegerat (2024). Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG).
- Dölger, C. (2024). SPD-Veranstaltung: Lauterbach zweifelt ApoRG öffentlich an. In: Pharmazeutische Zeitung online. Online unter www.pharmazeutische-zeitung.de/lauterbach-zweifelt-aporg-oeffentlich-an-150856/ (Download am 31. März 2025).
- Döhler, M. und Manow, P. (1997). Strukturbildung von Politikfeldern: Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. GBV Gemeinsamer Bibliotheksverbund.

- Hermann, C. (2024). Die Karten sind gelegt. Observer Gesundheit vom 11. November 2024. Online unter observer-gesundheit.de/die-karten-sind-gelegt/ (Download am 31. März 2025).
- Herweg, N., Zahariadis, N. und Zohlnhöfer, R. (2023). The Multiple Streams Framework. In: *Theories Of The Policy Process*. S. 29–64. doi.org/10.4324/9781003308201-3 (Download am 31. März 2025).
- Hornung, J. (2021). The (Mis)fit of Policy Programs to Political Institutions and Its Influence on Programmatic Action – How Crisis Has Differently Hit French and German Health Policy. In: *European Policy Analysis*, 7 (1). S. 120–138. doi.org/10.1002/epa2.1108 (Download am 31. März 2025).
- Katzenstein, P. J. (1987). *Policy and Politics in West Germany. The Growth of a Semi-sovereign State*. Philadelphia Pa.
- Koch, M.-C. (2024). Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz: Viel Kritik an Doppelrolle der Gematik, 12. November 2024, heise online. Online unter www.heise.de/news/Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz-Streit-um-Doppelrolle-der-Gematik-10028933.html (Download am 31. März 2025).
- Rosewitz, B. und Webber, D. (1990). *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*.
- Schmid, A., Baierlein, J., Heinz, K. und Leibinger, P. (2024). Krankenhausreform – ein Blick zurück, ein Blick nach vorn. In: Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hrsg.). *Gesundheitswesen aktuell 2024*. Wuppertal. doi.org/10.30433/GWA2024-14 (Download am 31. März 2025).
- Tsebelis, G. (2002). *Veto Players: How Political Institutions Work*. Princeton. GBV Gemeinsamer Bibliotheksverbund. doi.org/10.1515/9781400831456 (Download am 31. März 2025).
- Windeler, J. (2024). Erinnern Sie sich noch an den G-BA? In: *Observer Gesundheit*, 19. Juni 2024. Online unter observer-gesundheit.de/erinnern-sie-sich-noch-an-den-g-ba/ (Download am 31. März 2025).