

Die „GroKo“-Sondierungen 2018:

Welche Rolle spielte die Gesundheitspolitik und wie geht es weiter?

Nils C. Bandelow, Florian Eckert, Robin Rüsenberg

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung..... | 1 |
| 2. Wie verliefen die „GroKo“-Sondierungen? | 2 |
| 3. Welche Rolle spielte die Bürgerversicherung? | 5 |
| 4. Was haben die „GroKo“- Sondierungen im Politikfeld Gesundheit erbracht? | 8 |
| 5. Was haben die „GroKo“- Sondierungen im Bereich Pflege erbracht? | 10 |
| 6. Was bedeutet eine geschäftsführende Regierung für die Gesundheitspolitik? ... | 12 |
| 7. Fazit und Ausblick | 15 |
| Literaturverzeichnis..... | 17 |
| Autoren..... | 21 |

1. Einleitung

Die Regierungsbildung nach der Bundestagswahl 2017 ist bereits jetzt historisch: Nachdem die „Jamaika“-Sondierungen zwischen Union, FDP und Grünen im November 2017 scheiterten, waren die „GroKo“-Sondierungen im Januar 2018 erfolgreich. Nach heftigen Debatten machte der SPD-Parteitag in Bonn am 21. Januar 2018 mit 56,4 Prozent den Weg zu förmlichen Koalitionsverhandlungen frei, vorher hatten bereits die Gremien von CDU und CSU zugestimmt. Wie „Jamaika“ waren auch die „GroKo“-Sondierungen intensiv, so dauerte etwa der letzte Verhandlungstag über 24 Stunden, bevor am Morgen des 12. Januar 2018 der Durchbruch verkündet wurde. Bereits kurz darauf wurde der Öffentlichkeit ein 28-seitiges Sondierungspapier präsentiert.

Bei Sondierungsgesprächen zwischen Parteien steht üblicherweise das „Ob“ einer Koalitionsbildung im Mittelpunkt, nicht das „Wie“ wie bei den nachgeschalteten Koalitionsverhandlungen (Bandelow et al. 2017a). Dabei sind Sondierungen selbst eigentlich erst seit der Kanzlerschaft Angela Merkels wahrnehmbarer Bestandteil der Regierungsbildung. Nach den Bundestagswahlen 2005 und 2013 kam es unter anderem zu Sondierungsgesprächen zwischen CDU, CSU und SPD, die kontinuierlich umfangreicher wurden – was den Teilnehmerkreis wie auch die Inhalte anging. Die Sondierungsgespräche 2013 prägten dann ebenso mediale Streitereien, innerparteiliche Skepsis, insbesondere bei der SPD, und Sechs-Augen-Gespräche. Gleichzeitig sprach die Union allerdings nicht exklusiv mit der SPD, sondern auch mit den Grünen. Gemeinsame Papiere wurden nicht erarbeitet. Auch stand die Gesundheitspolitik nicht im Fokus (vgl. Schmöger 2014). Die „Jamaika“-Sondierungen 2017 zeigten dann bereits durch ihre besondere Qualität und Quantität, dass das Format Sondierungsgespräche offenbar neu gedacht werden muss und im Falle von ungeliebten oder nicht-erprobten Regierungsbündnissen stark den Charakter von Koalitionsverhandlungen annimmt (Bandelow et al. 2017b).

Wie verliefen die Sondierungen zwischen Union und SPD 2018 und welche Rolle spielte die Gesundheitspolitik? Dieses Papier wirft hierfür einen Blick zurück, analysiert Prozesse sowie Kommunikation und fragt aus politikwissenschaftlicher Sicht¹ nach der Rolle einer geschäftsführenden Bundesregierung. Darüber hinaus wird ein erster Blick auf die Gesundheitspolitik geworfen: Welche Themen und Konflikte gab es? Was ist für die Koalitionsverhandlungen zu erwarten?

2. Wie verliefen die „GroKo“-Sondierungen?

Die „Jamaika“-Sondierungen scheiterten nicht zuletzt am unzureichend strategisch durchdachten Design des Verhandlungssettings. Auch Beteiligte benannten im Nachgang mangelnde Moderation, fehlendes Vertrauen und mediale Durchstechereien als misserfolgsfördernd (Habeck 2018). Bei den Sondierungen von CDU, CSU und SPD sollte alles anders werden, was schon früh betont wurde (Klingbeil 2017, de Maizière 2017). Zwei Aspekte waren den Verantwortlichen dabei besonders wichtig: Ein kurzer,

¹ Wie schon für vorangegangene Untersuchungen (Bandelow et al. 2017a, 2017b) sind die Autoren für wertvolle Hinweise dankbar. Diese sind gleichwohl naturgemäß subjektiv, neue Erkenntnisse immer möglich, weshalb sich der vorliegende Text als Werkstattbericht versteht. Darüber hinaus sei Johanna Hornung für ihre Unterstützung gedankt.

straffer Verhandlungszeitraum, um zu sehen, ob man erneut in einer Großen Koalition zusammenkommen könnte, und Verhandeln fernab der Öffentlichkeit. Zumindest für Letzteres boten die Verhandlungsorte einen Vorteil: Weder die Parteizentralen von CDU und SPD, noch die Landesvertretung des Freistaats Bayern haben einen passenden Balkon. Denn gerade die häufig kritisierten „Balkonbilder“ während der Sondierungen für Jamaika wollte man vermeiden. Dies galt ebenso für die „Twittererei“.

Sondierungsfahrplan und -struktur legten die Parteichefs in drei Treffen am 13. Dezember 2017, 20. Dezember 2017 und am 3. Januar 2018 fest. Die Gespräche selbst begannen am 7. Januar 2018 und dauerten fünf Tage. Im Ergebnis muss man konstatieren, dass es durchaus zeitlich sehr komprimierte Verhandlungen waren und ein gemeinsames Sondierungspapier am Morgen des 12. Januar 2018 vorlag. Auch die reduzierte Öffentlichkeit wurde von den Beteiligten erreicht. Dass ihnen dies wichtig war, zeigt der kurze Unmut über eine Äußerung des stellvertretenden CDU-Vorsitzenden Armin Laschet, der eine Einigung der Arbeitsgruppe Energie, Klimaschutz, Umwelt in energiepolitischen Fragen verkündete: Diese sei schnell erfolgt, während man noch bei „Jamaika“ hier lang gerungen hätte. In solchen Gesprächen ist letztlich neben der inhaltlichen Kompromissfindung auch die Dramaturgie von Relevanz. Jeder Partner hat die Pflicht, nach außen in die eigene Anhängerschaft hinein ein hartes Ringen um Inhalte zu präsentieren. Dies galt insbesondere im Falle der Sozialdemokraten, deren Jugendorganisation und Vertreter des linken Flügels von Anfang an Ablehnung gegen eine Wiederauflage des Koalitionsmodells vorbrachten. Entsprechend kritisch äußerten sich schnell SPD-Politiker und betonten den Gesamteinigungsvorbehalt, auf den man sich im Vorfeld verständigt hatte, wonach „nichts entschieden ist, solange nicht alles entschieden ist“. Zugleich gelang es auch bei den Sondierungen zur womöglich dritten Großen Koalition unter Angela Merkel den Verhandlungsdelegationen nicht vollständig, die konsentierten Papiere der Arbeitsgruppen geheim zu halten, welche teilweise zeitnah nach Abschluss der Gespräche den Weg in die Öffentlichkeit fanden.

Doch dies war wiederum nicht die einzige Konstante zu „Jamaika“, da – Arbeitsgruppen wurden bereits angesprochen – die arbeitsteilige Struktur identisch mit dem Vorgängerformat war. Wie bei Koalitionsverhandlungen und den „Jamaika“-Sondierungsgesprächen, kann auch hier im Aufbau von einer Pyramide gesprochen werden, einem Bottom-up-Verfahren (Bandelow et al. 2017a): Die Basis bildete eine große Runde aus 39 Spitzenpolitikern. Jede Partei konnte gleichermaßen jeweils 13 Personen entsenden. Während bei der Union dabei mit u. a. Ursula von der Leyen, Peter

Altmaier, Helge Braun und Jens Spahn ein Drittel der Verhandlungsdelegation über Ämter in der Bundesregierung verfügte, verzichtete die SPD auf Mitglieder der geschäftsführenden Bundesregierung. Bereits dies war ein Zeichen dafür, wie schwer sich die Sozialdemokratie von Anfang an tat, erneut in ein Regierungsbündnis mit der Union einzutreten: Das Signal des Ausschlusses von Bundesministern war an die Basis gerichtet, um nicht den Anschein zu transportieren, dass die Verhandler nur Interesse am eigenen Verbleib im Kabinett hätten. Die Gespräche sollten sich alleine auf Sachfragen konzentrieren. An den Verhandlungen nahmen zugleich neun Ministerpräsidenten teil – jeweils vier für CDU und SPD sowie Horst Seehofer für die CSU. Neben den Parteivorsitzenden hatte jede Seite noch die jeweiligen Generalsekretäre eingebunden, welche nach den jeweiligen Verhandlungstagen in Abhängigkeit vom Tagungsort vor die Presse traten, wobei für den erkrankten Peter Tauber (CDU) der erste Parlamentarische Geschäftsführer der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Michael Grosse-Brömer, teilnahm. Im Gegensatz zu „Jamaika“ waren letztlich alle ausgewählten Parteivertreter Mitglieder der jeweiligen Führungsspitzen.

Nicht der großen Runde kam im Verlauf der Gespräche besondere Aufmerksamkeit zu. Das Gremium war alleine mit Blick auf die enge terminliche Taktung nicht das zentrale Entscheidungsorgan in diesem Prozess. Schrittmacher der Verhandlungen waren die nach 15 Themenblöcken organisierten Arbeitsgruppen. Der angestrebten Konzentration der Sondierungsgespräche geschuldet, waren drei Sitzungen von jeweils wenigen Stunden Dauer in den fünf Tagen des Verhandlungsprozesses geplant. Beispielsweise wurde Gesundheit dabei gemeinsam mit „Soziales/Rente/Pflege“ verhandelt. Besetzt wurden diese Arbeitsgruppen in der Regel durch zwei bzw. drei Mitglieder der teilnehmenden Parteien, einige waren in zwei unterschiedlichen Fachgruppen an den Gesprächen beteiligt. Mit den Arbeitsgruppen boten die Parteien zusätzlichen hochrangigen Vertretern die Möglichkeit, die inhaltliche Debatte zu gestalten. Den Bereich Gesundheit und Pflege verhandelten für die CDU die saarländische Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer, der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die stellvertretende Bundestagsfraktionsvorsitzende (Arbeit, Soziales) Sabine Weiss. Die CSU hatte die Landtagspräsidentin Barbara Stamm, die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml sowie den Sozialpolitiker Stephan Stracke aus der CSU-Landesgruppe entsandt. Für die SPD nahmen mit der Ministerpräsidentin Malu Dreyer und der

Bundestagsfraktionsvorsitzenden Andrea Nahles gleich zwei Rheinland-Pfälzerinnen teil. Ebenso beteiligt war Karl Lauterbach, der sich als stellvertretender Vorsitzender der Bundestagfraktion nicht erst im Vorfeld der Gespräche für die Bürgerversicherung stark gemacht hatte (Lauterbach 2017).

Die Arbeitsgruppen konsentierten autonom die Inhalte der jeweiligen Politikfelder, Rückkopplung gab es in der entscheidenden Phase am 11./12. Januar 2018 nicht mit der großen Runde, sondern einer kleineren Runde von Partei- und Fraktionsvorsitzenden, der 6er-Runde (Martin Schulz, Andrea Nahles, Angela Merkel, Volker Kauder, Horst Seehofer, Alexander Dobrindt). Konnte keine Einigung über noch offene Fragen hergestellt werden, kam eine Exklusivrunde zum Tragen, der ausschließlich die Parteivorsitzenden angehörten. Allerdings machte vor allem Dobrindt als Vorsitzender der CSU-Landesgruppe in dieser Phase ebenfalls massiv seinem Einfluss geltend (Amann et al. 2018). In dieser abschließend entscheidenden Phase wurden im engsten Kreis strittige Punkte geklärt – unter Mithilfe der zuständigen Fachpolitiker derjenigen Arbeitsgruppen, für die noch keine Einigung erzielt werden konnte, im sog. „Beichtstuhlverfahren“. Das betraf Fragen von Migration/Asyl, aber eben auch der Gesundheits- und Sozialpolitik. Zugleich war diese letzte Phase ebenfalls wieder die „F-Phase“, in der die Vorgaben auf ihre Finanzwirkung abgeklöpft wurden.

3. Welche Rolle spielte die Bürgerversicherung?

Das Thema Gesundheitspolitik war in den „GroKo“-Sondierungsgesprächen symbolisch aufgeladen, die Frage der Bürgerversicherung wurde für beide Seiten zum Lackmestest. Zwar hatte Peter Altmaier, geschäftsführender Kanzleramts- und Finanzminister, noch vor Weihnachten 2017 für die CDU festgestellt: „Pflege und Gesundheit werden ein Schwerpunkt der Arbeit der neuen Bundesregierung sein“ (Altmaier 2017). Dies war aber eher ein Signal an die SPD, da die Sozialdemokraten nach dem Scheitern der „Jamaika“-Sondierungen schnell das Thema Bürgerversicherung bzw. „Zwei-Klassen-Medizin“ prominent auf die Agenda setzten. Das 2004 aus der Taufe gehobene – und seitdem mehrfach angepasste – SPD-Bürgerversicherungsmodell zielt im Kern auf eine Verbreiterung des Versichertenkreises wie auch der Beitragsbasis der GKV (z. B. Greß/Lüngen 2016). Politisch diskutiert wurde allerdings eine damit teilweise nur indirekt zusammenhängende Gemengelage, konkret vor allem die Öffnung der GKV für Beamte nach dem sog. „Hamburger Modell“, die paritätische Finanzierung der GKV durch

Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Verbeitragung weiterer Einkommensarten wie auch eine für GKV und PKV einheitliche Gebührenordnung für niedergelassene Ärzte (EGO).

Insbesondere der stellvertretende Bundestagsfraktionsvorsitzende, Karl Lauterbach, stritt und streitet vehement für die Bürgerversicherung. Es muss allerdings festgehalten werden: *Conditio sine qua non* war die Bürgerversicherung nicht, eine entsprechende „rote Linie“ wurde durch die Parteispitzen nicht gezogen. Vielmehr wurden Forderungen nach Abschaffung der Wartezeiten bei Fachärzten, nach der Parität und Verbesserungen in der Pflege laut (z. B. Schulz 2017, Weil 2017). Bürgerversicherung und Parität wurden von der Union jedoch strikt abgelehnt. Im Bereich Pflege existierten allerdings Spielräume und Überschneidungen.

Grundsätzlich gilt: Finanzierungsfragen sind *das* identitätsstiftende Unterscheidungsmerkmal des gesundheitspolitischen Parteienwettbewerbs. Bereits bei „Jamaika“ bildeten Bürgerversicherung und die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge bei den Gesundheitspolitikern einen gordischen Knoten, zu dessen Entwirrung die Parteispitzen am letzten Tag der Sondierungen aber nicht mehr kamen. Ähnlich bei der „GroKo“ – aber mit anderem Ergebnis: „Es wurde tagelang um die Bürgerversicherung gerungen“ (Nahles 2018a). Die Arbeitsgruppe konnte keine Einigung erzielen – „es wurde richtig robust verhandelt“ – die Parteispitzen mussten entscheiden: Erst der Verhandlungsmarathon vom 11./12. Januar 2018 brachte Klarheit, sowohl die Bürgerversicherung, die Beamtenwahlfreiheit, eine einheitliche Gebührenordnung (EGO) und die Parität waren auf dem Tisch. Zwar gab es dem Vernehmen nach unionsseitig Lockerungsübungen bei der EGO, dennoch fand lediglich die Parität, die gegenüber Kompromissvorschlägen der Union, den Zusatzbeitrag ab einem gewissen Schwellenwert zu deckeln, durchgesetzt wurde, morgens um halb acht am 12. Januar 2018 den Weg in das finale Sondierungspapier. In der sozialdemokratischen Verhandlungsdelegation – und nicht nur dort – herrschte Enttäuschung vor.

Martin Schulz und Karl Lauterbach räumten den Misserfolg bei der Bürgerversicherung ein (Schulz 2018, vgl. Bauchmüller/Hickmann 2018). Ihr Fehlen wurde dann auch innerparteilich vor und auf dem Parteitag am 21. Januar 2018 heftig kritisiert und Nachbesserungen gefordert. Dies führte dazu, dass die Antragskommission auf Druck der NRW-SPD einen erweiterten Leitantrag für den Parteitag formulierte. Das Verhandlungsergebnis des Sondierungspapiers in Gesundheitspolitik wird darin neben der fehlenden Abschaffung der sachgrundlosen Befristung und einer weitergehenden

Härtefallregelung für den Familiennachzug von Flüchtlingen als „unzureichend“ bezeichnet. Gesundheitspolitisch wird für die Koalitionsverhandlungen eine „gerechtere Honorarordnung“ sowie eine „Öffnung der GKV für Beamte“ gefordert (SPD 2018). Vor allem Letzteres ist über die Verbreiterung des Versichertenkreises originärer Bestandteil des Bürgerversicherungsmodells. Vorbild dürfte das eher moderate „Hamburger Modell“ des rot-grünen Senats sein. Deutlich mehr Fragezeichen und potenzielle Umsetzungsprobleme bringt die auf eine EGO zielende „gerechtere Honorarordnung“ mit sich: Würde durch eine EGO die Honorierung niedergelassener Ärzte für alle Patienten auf das (niedrigere) Niveau der GKV abgesenkt, entstünden milliardenschwere Einkommensausfälle (Szenarien bei Wasem et al. 2013). Die zugleich versprochene Kompensation (Lauterbach 2017) erzeugt bei den Akteuren allerdings enorme Nervosität, da sie eine große, zugleich schwer kalkulierbare Umverteilungswirkung mit sich bringt (innerhalb und zwischen Fachgruppen sowie Regionen) und zugleich ohne parallele Erweiterung der Beitragsgrundlage mittels Bürgerversicherung zu substantiellen Refinanzierungsschwierigkeiten führt (bei der GKV). In der EGO stellt sich auch die Frage nach der Zukunft der zweistufigen Steuerung über regionale Gesamtvergütung und Honorarverteilung, die es in der GOÄ nicht gibt. Die Formulierung „gerechtere Honorarordnung“ ermöglicht gleichwohl Kompromisse. Unklar ist allerdings, wieviel Spielraum generell noch besteht: Die Union hat grundsätzliche Nachbesserungen am Sondierungsergebnis ausgeschlossen, auch Andrea Nahles zeigte sich hier vor dem Parteitag mit Blick auf die Bürgerversicherung pessimistisch (Nahles 2018c).

Die Parität kann im „GroKo“-Kontext für die SPD beides sein: Enttäuschung wie auch, im gewissen Sinne, ein später Sieg. Zum einen große Enttäuschung, da es in den Sondierungen nicht gelungen ist, die wesentlichen Elemente einer Bürgerversicherung durchzusetzen – zumal vor dem Hintergrund der innerparteilich und öffentlich geweckten Erwartungshaltung. Zugleich kann die Parität aber auch eine vielleicht finale Abkehr vom Gesundheitsprämienmodell der CDU aus den 2000er Jahren – seitens der SPD immer heftig als „Kopfpauschale“ kritisiert – sein, dessen wesentliche Elemente einkommensunabhängige Pauschalen wie auch eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils sind (Simon 2016). Nachdem nämlich bereits in den Koalitionsverhandlungen 2013 eine Umstellung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages durchgesetzt wurde (und obiter dictum ebenso „langfristig“ den erneuten Einbezug der Arbeitgeber ab einem gewissen Schwellenwert), stellt die erneute Parität folglich eine Art Unentschieden im ordnungspolitischen Systemwettbewerb dar – denn

die Bürgerversicherung wurde ja im Gegenzug ebenfalls nicht erreicht. Die Einführung einer Bürgerversicherung wäre politisch absehbar ein komplexer, langwieriger Prozess mit vielen Stellschrauben. Die heftigen Reaktionen aus der Ärzteschaft, Versicherungswirtschaft, Beamtenschaft, aber auch skeptische Stimmen in der GKV wie auch den Medien gaben zudem einen Eindruck, welche Widerstände zu überwinden sind – bei gleichzeitig unklarer elektoraler Wirkung. Die Parität kann hingegen vergleichsweise rasch spürbar und auf der sozialdemokratischen Habenseite wählerwirksam gutgeschrieben werden.

4. Was haben die „GroKo“- Sondierungen im Politikfeld Gesundheit erbracht?

Der SPD-Bundesparteitag setzte in seinen „Leitlinien für das weitere Vorgehen“ am 7. Dezember 2017 für die Pflege das Ziel „mehr Personal, mehr Qualität und eine bessere Bezahlung“, außerdem wurde die paritätische Finanzierung der GKV angestrebt – und selbstverständlich die Bürgerversicherung (SPD 2017). Schlussendlich nehmen sich CDU, CSU und SPD – laut Sondierungspapier vom 12. Januar 2018 – vor, „die Parität bei den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung wiederherzustellen.“ Diese sollen „künftig“ wieder zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleistet werden. Der SPD gelang es damit, eine wesentliche Forderung durchzusetzen, worauf vor dem Bonner Parteitag entsprechend hingewiesen wurde. Die Stoßrichtung, die Arbeitgeber wieder stärker an den Gesundheitsausgaben zu beteiligen, war freilich bereits in den „Jamaika“-Sondierungen absehbar: Die genaue Ausgestaltung einer möglichen Deckelung des nur durch die GKV-Mitgliedern zu zahlenden Zusatzbeitrages war gleichwohl noch umstritten. Mit der vollständigen Parität gehen Union und SPD nun deutlich darüber hinaus. Ordnungspolitisch kann dies dazu führen, dass die Arbeitgeber (wieder) stärkeres Augenmerk auf die Beitragssatzentwicklung legen.

Seit 2015 liegt der allgemeine Beitragssatz – gesetzlich in § 241 SGB V festgeschrieben – bei 14,6 Prozent. Er wird paritätisch finanziert. (Fast) alle Krankenkassen müssen aber Zusatzbeiträge, die die GKV-Mitglieder alleine tragen, erheben. Das Bundesgesundheitsministerium hat den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2018 auf 1,0 Prozent festgelegt, die Zusatzbeiträge der einzelnen Kassen differieren gleichwohl. Die Technik der Parität müssen jetzt die Koalitionsverhandlungen klären: Werden die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V, wie Andrea Nahles ankündigt (Nahles

2018b), abgeschafft oder werden die Zusatzbeiträge künftig ebenfalls paritätisch finanziert? Referenzgrößen wären der vollständige kassenindividuelle Zusatzbeitrag oder nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag, was unterschiedliche Auswirkungen auf den Preiswettbewerb hat. Eine Parität etwa nur des durchschnittlichen Zusatzbeitrages – wie von Karl Lauterbach ins Spiel gebracht (Lauterbach 2018) – könnte verhindern, dass Unternehmen wie in der Vergangenheit auf die Kassenzugehörigkeit ihrer Beschäftigten achten (vgl. Greß 2016). Auf der anderen Seite könnten die Arbeitgeber über ihre Rolle in den Verwaltungsräten wieder verstärkt Einfluss auf die Beitragsgestaltung einzelner Kassen nehmen.

Darüber hinaus erinnern die gefundenen Kompromisse stark an „Jamaika“ – wenn auch ohne explizite „Landarztgarantie“: Die „GroKo“ will, dass sich Bedürftige auf die Solidarität der Gesellschaft verlassen können. Eine gute, flächendeckende Versorgung, unabhängig von Einkommen und Wohnort, soll auch künftig sichergestellt sein. Zur flächendeckenden Versorgung zählen dabei die ärztliche Versorgung, Geburtshilfe und Hebammen sowie auch, ein „GroKo“-Alleinstellungsmerkmal gegenüber „Jamaika“, Apotheken. Für letztere hatte sich vor allem die CSU stark gemacht – zuletzt die Landesgruppe auf ihrer Klausurtagung in Seeon von 4.-6. Januar 2018 (CSU-Landesgruppe 2018). Dort wurde auch erneut ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln skizziert, welches aber in den Sondierungen dem Vernehmen nach nicht detaillierter besprochen wurde. Ob die Wertung der Apotheken als Teil einer flächendeckenden Versorgung folglich einen Fingerzeig in Richtung Verbot gibt – oder das genaue Gegenteil –, werden die Koalitionsverhandlungen zeigen.

Generell bedeckt hält sich das Sondierungspapier vom 12. Januar 2018 versorgungspolitisch: Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen soll ausgebaut und verstärkt werden. Nachhaltig soll auch die sektorenübergreifende Versorgung angegangen werden, insbesondere die Notfallversorgung. Dieser Allparteienkonsens wird nicht weiter ausgeführt. Das gilt insbesondere für die beiden hier entscheidenden Parameter, Planung und Finanzierung. Auch an dieser Stelle könnte „Jamaika“ Pate stehen – je nach Ausgestaltung: Um die Verantwortung von Planung und Finanzierung einer sektorenübergreifenden Versorgung besser zu verzahnen, gab es in den „Jamaika“-Verhandlungen Überlegungen, die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V mit stärkeren Kompetenzen auszustatten. Dieser Ansatz genießt auch in der SPD Sympathien (FES 2017). Um den Ländern dies schmackhaft zu machen, wäre parallel ein Förderprogramm mit Bundesmitteln ins Leben gerufen worden. Der Bund

wäre quasi in Vorleistung gegangen. Offen war aber bis zum Schluss, ob das Förderprogramm, das auf die CSU zurückging, nicht doch exklusiv als reines Bund-(Länder-)Programm zum Abbau des Investitionstaus in Folge mangelnder Investitionskostenfinanzierung durch die Länder gedient hätte – ohne Änderungen bei den Planungszuständigkeiten. In diese Richtung tendiert allerdings offenbar auch das „GroKo“-Sondierungspapier, auch noch ohne Nennung von Zahlen.

Ebenfalls nicht beziffert ist eine weitere Maßnahme, die in den anstehenden Koalitionsverhandlungen zu heftigen Streit mit den Haushaltspolitikern führen dürfte: Wie „Jamaika“ will auch die „GroKo“ bei den Kosten für die Versorgung von ALG II-Empfängern handeln. Dieser altbekannte Verschiebebahnhof soll „schrittweise“ geschlossen werden, angekündigt sind kostendeckende Beiträge aus Steuermitteln. Eine Zielmarke setzte bereits „Jamaika“: jährlich eine Milliarde Euro, ebenfalls schrittweise aufwachsend. Seit Mitte Dezember 2017 liegen allerdings die Ergebnisse eines – auf Drängen des Bundesrates – durch das BMG in Auftrag gegebenen Studie vor (IGES 2017): Nur 38 Prozent der Ausgaben für ALG II-Empfänger werden demnach gedeckt. Die Deckungslücke beträgt vielmehr über 9,5 Milliarden Euro, ist also erheblich beitragsatzrelevant. Auch ein verzögertes Schließen dieser Deckungslücke würde in direkten Konflikt mit den anderen finanzwirksamen „GroKo“-Versprechen („prioritäre Ausgaben“) stehen, die sich laut finalem Sondierungspapier auf ca. 46 Milliarden Euro summieren. Führt man sich vor Augen, dass der finanzielle Handlungsspielraum vor Beginn der Sondierungsgespräche auf ebenfalls ca. 46 Milliarden Euro taxiert wurde, erklärt sich auch, warum die ALG II-Beiträge noch nicht mit einem Preisschild versehen wurden. Vielmehr droht folgende Prämisse zu gelten: „Weitere Maßnahmen, auf die sich die Koalition einigt, können finanziert werden, wenn sich zusätzliche finanzielle Spielräume ergeben oder eine entsprechende Gegenfinanzierung sichergestellt ist“ (Sondierungspapier vom 12. Januar 2018).

5. Was haben die „GroKo“- Sondierungen im Bereich Pflege erbracht?

In den „Jamaika“-Sondierungen bestand beim Thema Pflege schnell Einigkeit. Der „Pflegenotstand“ war ebenfalls das zweite gesundheitspolitische Thema, welches vor den „GroKo“-Sondierungen spürbar thematisiert wurde, aber – anders als die Bürgerversicherung – eben nicht kontrovers. Gleiches Bild also bei Union und SPD: Der parteiübergreifende Konsens, für bessere Personalausstattungen im Bereich Kranken-

und Altenpflege zu sorgen und die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen, prägte auch die Fachverhandlungen, was Hermann Gröhe schon im Vorfeld erwartet hatte (Gröhe 2017b). Weniger zu erwarten war freilich das sehr hohe Maß an Übereinstimmungen mit den Ideen von Union, FDP und Grünen – bis in die Formulierungen hinein, die im Kapitel „Pflege“ größtenteils fast wortgleich übernommen wurden.

Ebenso wie „Jamaika“ hat also nun ebenso die „GroKo“ verabredet, „Sofortmaßnahmen“ auf den Weg zu bringen, um Kürzungen zu Lasten des Pflegepersonals zu verhindern. Vorgesehen ist erneut die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch die Krankenkassen an, was erneut zu Protest des GKV-Spitzenverbandes führte, dass bereits gegenwärtig Kostensteigerungen in den Krankenhäusern inklusive Tarifierhöhungen über den Orientierungswert abgedeckt seien (GKV-Spitzenverband 2018). Eine Nachweispflicht als Konsequenz aus den ernüchternden Erfahrungen der ersten beiden Pflegesonderprogramme ist vorgesehen. Weitere Maßnahmen sehen unter anderem eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, eine Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften und eine Abschaffung des Schulgelds bei den Heilberufen vor. Zudem sollen „weitere Schritte“ in Richtung Personalbemessungsinstrumente folgen. Wie bei „Jamaika“ ist dabei offenbar eine Verschärfung der Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II, 2016) Vorbild.

Auch bei den Personaluntergrenzen wollen CDU, CSU und SPD ein in der Selbstverwaltung (bis Mitte 2018) laufendes Verfahren nachjustieren. Derartige Untergrenzen sollen künftig in allen bettenführenden Abteilungen gelten. Für weitere Schritte hatte sich vor allem die SPD stark gemacht, was ebenso Gewerkschaftsforderungen entgegenkommt. Gleiches gilt für die von der „GroKo“ vereinbarten flächendeckenden Tarifverträge in der Altenpflege. Beide Vorhaben berühren die Gretchenfrage der Finanzierung, die in den Koalitionsverhandlungen geklärt werden muss, etwa als Betriebskosten über die Kostenträger oder etwa als verstärkte Investitionskosten über das geplante Krankenhausinvestitionsprogramm (teilweise) aus Bundesmitteln, um Quersubventionierungen zu vermeiden, bzw. über Pflegeversicherung, Privathaushalte oder Sozialhilfeträger. Letzteres kann in Konflikt zu einem weiteren Vorhaben geraten, das auf Bayerns Sozialministerin Melanie Huml (CSU) zurückgeht, nämlich erst ab einem Einkommen von 100.000 Euro/Jahr auf das Einkommen von Kindern pflegebedürftiger Eltern zurückzugreifen – allerdings werden aktuell ohnehin nur zwei Prozent der 3,8 Milliarden Euro, die von den Sozialhilfeträgern

aufgewendet werden, nachträglich auf die Kinder von Pflegebedürftigen umgelegt (Kaiser 2018).

Konkretisierungen für diese Punkte sind für die Koalitionsverhandlungen bereits angekündigt (Blume 2018). Interessant wird in diesem Zusammenhang, wie mit potenziellem Nicht-Erreichen von Zielen umgegangen wird, etwa in Form von Sanktionierungen. Denn: Die Arbeitsmarktlage im Pflegebereich ist und bleibt angespannt, was ebenso die Schaffung von 8.000 zusätzlichen Stellen in der Altenpflege im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege betrifft. Dies ist ebenso ein deutlicher Fingerzeig, dass die CDU weiterhin anstrebt, die medizinische Behandlungspflege von der Pflegeversicherung in die GKV zu verschieben, um in beiden Versicherungszweigen die Bereitschaft zu Rehabilitationsleistungen zu stärken (vgl. CDU 2016). Aus Krankenkassensicht ist dies ein Problem, einerseits wegen Bereinigungs- und Berechnungshürden, andererseits wegen der völlig anderen Wettbewerbssituation in der GKV (Durchschnittskostenausgleich im Vergleich zum Ist-Kostenausgleich in der Pflegeversicherung).

6. Was bedeutet eine geschäftsführende Regierung für die Gesundheitspolitik?

In Folge der komplizierten Koalitionsbildung ist es nicht unwahrscheinlich, dass eine neue Bundesregierung frühestens im März/April 2018 ihre Tätigkeit aufnehmen kann. Vorläufig regiert eine geschäftsführende Bundesregierung. Die Bundesrepublik Deutschland hat gleichwohl kaum Erfahrungen mit längeren Perioden geschäftsführender Regierungen. Im deutschen Grundgesetz ist zum Zweck der politischen Stabilität die Vorschrift verankert, dass eine geschäftsführende Regierung nicht zurücktreten darf (Art. 68 (3) GG). Gleichzeitig setzt die fehlende Legitimation enge Grenzen in der Politikgestaltung, besonders den Haushalt betreffend. Bisher liegt lediglich der vorläufige Haushalt als Grundlage und Obergrenze in der Version von Juni 2017 vor. Dabei ist es (noch) nicht üblich, dass eine geschäftsführende Regierung ein Haushaltsgesetz auf den Weg bringt. Aus Sicht des Gesundheitssystems ergeben sich hieraus zunächst keine Konsequenzen: Durch das Haushaltsbegleitgesetz 2014 ist der Bundeszuschuss ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro gesetzlich festgeschrieben. Als gesetzlich beschlossene Maßnahme wird er auch ohne ordentlichen Haushalt bedient. Neue Maßnahmen, etwa Bundesmittel für Krankenhausinvestitionen, können

aber nicht auf den Weg gebracht werden. Vorläufig orientiert sich der Haushalt an der Vorgabe Peter Altmaiers, wonach für Sachausgaben bis zu 45 Prozent des nicht verabschiedeten Haushaltsentwurfs ausgegeben werden dürfen. Darüber gilt in parlamentarischen Demokratien auch unabhängig vom Wortlaut der jeweiligen Verfassungen als allgemeine Konvention, dass eine geschäftsführende Bundesregierung keine Gesetze beschließt oder Maßnahmen ergreift, die eine Nachfolgeregierung langfristig mittragen müsste oder die besonders haushaltswirksam sind (Schleiter/Belu 2014). Dies schließt folglich auch das Verabschieden großer Reformen mit ein, die im Gesundheitswesen prominent als Finanz- oder Strukturreformen bekannt sind. Gleichwohl können auch „kleinere“ Maßnahmen betroffen sein, so ist gegenwärtig die Flexibilisierung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung, um die Abgabe von HIV-Heimtests an Privatpersonen zu ermöglichen, zurückgestellt.

Da die gute Finanzlage ihr Übriges tut, ist der gesundheitspolitische Handlungsdruck aktuell vergleichsweise wenig akut. Anders Ende 2013: Damals musste zügig das Auslaufen von Herstellerabschlag und Preismoratorium bei patentgeschützten Arzneimitteln zum 1. Januar 2014 angepasst werden. Ähnlich kritische Fristen fehlen gegenwärtig. Hinzu kommt, dass die gesundheitspolitischen Prozesse auf der Mesoebene der Selbstverwaltung weiterlaufen (inkl. Fachaufsicht) und nicht zuletzt mit den Arbeitsaufträgen der intensiven Reformgesetzgebung der 18. Wahlperiode beschäftigt sind. Heikel könnte es allerdings werden, wenn es den Vertragsparteien auf Bundesebene nicht gelingt, bis zum 30. Juni 2018 Personaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen zu vereinbaren, was ambitioniert ist. Das BMG hat für diesen Fall eine eigene Verordnung angekündigt (Gröhe 2017a), was zu einem Dilemma führt: Eine Ersatzvornahme dürfte auch in der Exekutive wenig Begeisterung auslösen, eine Hängepartie im neuen Megathema Pflege lässt sich auf der anderen Seite in der Öffentlichkeit nur schwer verkaufen.

Mittelfristig wird der Reformdruck aber wieder deutlich ansteigen. Dies gilt etwa für die Notfallversorgung und auch für die Haushaltslage einzelner Krankenkassen. Spätestens dann sind richtungsweisende Impulse durch die politische Makroebene notwendig. Teilweise macht sich dies bereits heute bemerkbar: Die genaue Ausgestaltung des Arztinformationssystems (AIS) harrt einer Umsetzung durch den Ordnungsgeber. Nicht vergessen werden darf zudem die europäische Ebene, auf der eine geschäftsführende Bundesregierung nur bedingt sprachfähig ist, folglich Gestaltungsspielräume verliert. Dies kann eine Herausforderung werden, wenn

beispielsweise die Europäische Kommission Ende Januar 2018 einen Entwurf für eine EU-Verordnung über die Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) vorlegt.

Internationale Erfahrungen können weiterhelfen: So zeigte sich zwar die spanische geschäftsführende Regierung während der lange stockenden Regierungsbildung 2016 phasenweise wenig handlungsfähig (Pfeiffer 2016). In Zeiten großen Problemdrucks, wie sie z. B. Belgien und Großbritannien nach der Finanzkrise erlebten, lässt sich aber eine Ausweitung der Handlungskompetenzen der jeweiligen geschäftsführenden Regierung erkennen, um anstehende Probleme zu bewältigen. So wurde im Mai 2011 im belgischen Parlament ein Haushaltsentwurf der geschäftsführenden Regierung angenommen.

Der Extremfall der über 500-tägigen Regierungsbildungsphase in Belgien zeigt außerdem die Möglichkeit, dass im Parlament eine „Koalition der Willigen“ in Kooperation mit der geschäftsführenden Regierung Regierungsaufgaben übernimmt (Bouckaert/Brans 2012). In den Niederlanden ist es ebenfalls üblich, dass weitreichende Entscheidungen und haushaltswirksame Maßnahmen durch parteiübergreifende Kooperationen im Parlament verabschiedet werden (Schleiter/Belu 2014). Auch eine geschäftsführende Regierung in Deutschland dürfte theoretisch ein Haushaltsgesetz einbringen – die demokratische Legitimation wäre dann durch das Verabschieden im Bundestag gegeben, der das entsprechende Mandat für den Haushaltsbeschluss innehat. Die „Jamaika“- wie „GroKo“-Sondierungsgespräche haben ferner den parteiübergreifenden Konsens gezeigt, für bessere Personalausstattungen in der Kranken- und Altenpflege zu sorgen. Zwar kann das Parlament zusätzliche Bundesmittel nur über ein Haushaltsgesetz bereitstellen – andere Reforminitiativen, auch zur Verausgabung bestehender Überschüsse in der Sozialversicherung, könnten dagegen auch von anderen Akteuren als der geschäftsführenden Bundesregierung angestoßen werden. Die Bundestagsdebatte zu den beiden Anträgen der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen für zwei Sofortprogramme für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus bzw. in der Altenpflege am 19. Januar 2018 zeigte, dass sich die Fraktionen im Ziel einig sind, vor einer gemeinsamen Initiative aber doch noch Einigungsbedarf bei gleichzeitiger längerfristiger exekutiver Vakanz besteht.

Eine zweite Handlungsoption für längere Phasen unter einer geschäftsführenden Regierung ist die Verlagerung zentraler Regierungsaufgaben auf andere Institutionen. Während in anderen Ländern eine solche Verlagerung häufig auf parlamentarische

Akteure erfolgt, z. B. unter Einbeziehung der Opposition, bieten sich im deutschen politischen System vor allem Bundestag und Bundesrat als Aufgabenträger an. Besonders die Landesregierungen und der Bundesrat verfügen über ausreichend Ressourcen, Gesetzesentwürfe vorzubereiten und in den Gesetzgebungsprozess einzubringen. Eine Besonderheit im Gesundheitswesen stellt an dieser Stelle die Selbstverwaltung dar, die als eigenständiger Akteur ebenfalls Aufgaben für sich gewinnen könnte, denen der Bund unter einer geschäftsführenden Regierung nicht nachkommen kann – allerdings setzt der gesetzliche Rahmen enge Grenzen.

7. Fazit und Ausblick

Der vergleichende Rückblick auf die gescheiterten „Jamaika“-Sondierungen und die (im Hinblick auf die Aufnahme von Koalitionsverhandlungen) erfolgreichen Sondierungen für eine Große Koalition zeigt zunächst, dass diese Vorphase mittlerweile immer mehr Elemente der eigentlichen Koalitionsverhandlungen aufnimmt. Bis 2005 waren Sondierungen in Deutschland kaum von Relevanz. Inzwischen wird ein großer Teil der Entscheidungen schon in den Sondierungen vorweggenommen. Mit Blick auf die (teilweise) Detailtiefe des 28-seitigen Sondierungspapiers ist gegenwärtig davon auszugehen, dass die Sondierungsgespräche im Januar 2018 bereits ein konstruktiver Teil der Regierungsbildung waren. Angesichts des Fehlens historischer Vorbilder in Deutschland und etablierter Regelungen bleibt aber abzuwarten, ob die Sondierungsergebnisse wirklich ein kaum noch zu ändernder „kleiner Koalitionsvertrag“ (Blume 2018) sind. Der Vergleich zwischen den beiden Sondierungsrunden nach der Bundestagswahl 2017 zeigt, dass der Verhandlungsprozess bei CDU, CSU und SPD stärker vom Ziel einer erfolgreichen Einigung geprägt war als bei „Jamaika“. Bewusst wurden Lehren aus dem Scheitern der ersten Sondierungen gezogen. Damit reagierten die Parteiführungen auf den besonderen Druck, dem alle drei Parteivorsitzenden aufgrund jeweiliger innerparteilicher Konflikte ausgesetzt waren.

Inhaltlich standen in den Verhandlungen von Union und SPD neben Migration, Europa und Finanzen auch sozialpolitische Fragen im Mittelpunkt, insbesondere das Politikfeld Gesundheit. Vor allem das Thema Bürgerversicherung war schwer umkämpft. Abseits des Minenfelds Finanzierung, an dessen Ende man sich auf die paritätische Finanzierung der Krankenkassen einigte, bleibt die künftige Ausrichtung der Gesundheitspolitik noch abstrakt – und damit einiges an Arbeit für die anstehenden

Koalitionsverhandlungen. Dies betrifft versorgungspolitisch etwa die Frage, wie die im finalen Sondierungspapier angekündigte sektorübergreifende Integration der Versorgungssysteme, insbesondere bei der Notfallversorgung konkret angegangen werden soll. Bei der Integration der Versicherungssysteme hingegen legt das finale Sondierungspapier – wie 2013 – einen Waffenstillstand für die nächsten Jahre nahe, wengleich die auf dem Bonner Parteitag beschlossenen weiteren Versuche in Richtung Einzelelemente der Bürgerversicherung abzuwarten bleiben: Die Frage, welche Verhandlungsspielräume in den eigentlichen Koalitionsverhandlungen noch bestehen, ist zwischen den Beteiligten umstritten. Sie ist aber nicht nur eine inhaltliche, sondern auch eine strategisch wichtige Sollbruchstelle – nicht zuletzt mit Blick auf die Schuldfrage im Falle eines Scheiterns.

Bei einem weiteren Punkt ist ein Déjà-vu zu 2013 absehbar: Die Verhandlungsdelegationen werden den Koalitionsvertrag wieder möglichst detailliert ausarbeiten, um die Spielräume eines potenziell parteipolitisch anders besetzten BMG von vornherein einzugrenzen. In der 18. Wahlperiode hat dies in Zeiten einer guten Finanzlage einerseits relativ geräuscharmes Regieren ermöglicht, andererseits wird im Falle nicht vorgesehener Ereignisse, wie etwa nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) 2016 zur Arzneimittel-Preisbindung, dann eine ggf. notwendige Streitbeilegung nicht einfacher. Ein detaillierter Koalitionsvertrag wird dann viele Themenbereiche der gesundheitspolitischen Agenda ebenfalls aufrufen, z. B. Morbi-RSA, Arzneimittelversorgung (insbesondere Versandhandel), Selbstverwaltung, auch das Thema Digitalisierung mit seinem weitreichendem Veränderungspotenzial, etc. Entscheidende Stellschraube für wichtige „GroKo“-Vorhaben im Politikfeld Gesundheit (ALG II-Pauschalen, Krankenhausinvestitionsprogramm) ist die künftige Verfügbarkeit von Bundesmitteln. Folglich wird die Auseinandersetzung mit den Haushältern in den Koalitionsverhandlungen eminent wichtig – dies gilt mit Blick auf das Ziel, die Sozialversicherungsbeiträge bei insgesamt 40 Prozent zu deckeln, wie auch auf die Frage, ob es bei der Politik der Verschiebebahnhöfe zu Veränderungen kommt.

Für die Beurteilung der Auswirkungen der aktuellen Situation für die Gesundheitspolitik ist neben dem Ausblick auf die Koalitionsverhandlungen auch ein Blick auf die möglichen Folgen eines Scheiterns notwendig. Vor möglichen Neuwahlen wäre eine verlängerte Phase der aktuellen geschäftsführenden Bundesregierung möglich. Die Option einer Minderheitsregierung wird bisher vor allem von der Bundeskanzlerin ausgeschlossen. Verfassungsrechtlich wäre nach einem Scheitern von Koalitionsverhandlungen eine

vorläufige Kanzlerwahl von Angela Merkel (oder, falls sie nicht antreten sollte, einer/s anderen Spitzenpolitikers/in der Union) zu erwarten. Die Nominierung für die Kanzlerwahl kann nur durch den Bundespräsidenten – bzw. im zweiten und dritten Wahlgang durch mindestens 25 Prozent der Bundestagsabgeordneten – erfolgen. Außer der Union könnte also aktuell keine andere Fraktion im Alleingang eine Kandidatur durchsetzen. Wenn es nur eine Kandidatur geben sollte, wäre die Wahl sicher. Bei der geheimen Wahl ist auch die Unterstützung durch Abgeordnete anderer Fraktionen nicht auszuschließen, da mit einer absoluten Mehrheit Neuwahlen (und somit der Verlust des eigenen Mandats) deutlich erschwert würden. Eine mit absoluter Mehrheit gewählte Kanzlerin müsste vom Bundespräsidenten auch ohne stabile Mehrheit im Bundestag ernannt werden. Neuwahlen würden dann eine gescheiterte Vertrauensfrage voraussetzen.

In jedem Fall würde ein Scheitern der Koalitionsverhandlungen oder des angekündigten SPD-Mitgliedervotums zunächst zu einer Verlängerung der aktuellen Phase unklarer Mehrheiten führen. Dies hätte die geschilderte Neuausrichtung im Verhältnis zwischen den Institutionen zur Folge, mit dem wahrscheinlichen Ergebnis der Bildung neuer Machtzentren neben der Bundesregierung. Die inhaltlichen Herausforderungen der Gesundheitspolitik würden sich dadurch freilich nicht ändern.

Literaturverzeichnis

Altmaier, Peter (2017): Interview. In: Süddeutsche Zeitung vom 22. Dezember.

Amann, Melanie/Medick, Veit/Neukirch, Ralf/Pfister, René (2018): „Dann ist Schluss“. In: Der Spiegel vom 20. Januar.

Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin (2017a): Wie funktionieren Koalitionsverhandlungen in der Gesundheitspolitik? Exklusiv-Analyse für Observer 4.0 MIS – Management Information System Gesundheitspolitik vom 25. September. Online verfügbar unter https://www.tu-braunschweig.de/Medien-DB/isw/Innenpolitik/bandelow_eckert_ruesenberg-koalitionsverhandlungen.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin (2017b): Die „Jamaika“-Sondierungen 2017: Prozesse, Akteure und eine gesundheitspolitische Analyse. Exklusiv-Analyse für Observer 4.0 MIS – Management Information System Gesundheitspolitik vom 30. November. Online verfügbar

Bandelow/Eckert/Rüsenberg, „GroKo“-Sondierungen, Exklusiv-Analyse für Observer 4.0 MIS - Management Information System Gesundheitspolitik, 22.01.2018

unter https://wfm.fischerappelt.de/Bandelow,%20Eckert,%20Ruesenberg%20-%20Jamaika-Sondierungen%202017.pdf?_WC4RHSzMUKXFbR, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Bauchmüller, Michael/Hickmann, Christoph (2018): In Trippelschritten. In: Süddeutsche Zeitung vom 13./14. Januar.

Blume, Markus (2018): Interview. In: Die Welt vom 18. Januar.

Bouckaert, Geert/Brans, Marleen (2012): Governing without Government: Lessons from Belgium's Caretaker Government. In: Governance 25 (2):173-176.

CDU (2016): Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege: Prävention und Rehabilitation stärken – Pflegebedürftigkeit verhindern. Online verfügbar unter <https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/160302-bfa-beschluss-praevention-rehabilitation-staerken.pdf?file=1>, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

CSU-Landesgruppe (2018): Stark in allen Regionen – eine neue Strukturpolitik für Deutschland. Beschluss der 42. Klausurtagung der CSU-Landesgruppe im Deutschen Bundestag in Seeon vom 4.-6. Januar. Online verfügbar unter https://www.csu-landesgruppe.de/sites/default/files/2018-01/180105%20FINAL_Beschluss_Seeon-Papier_NeueStrukturpolitik.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

FES (2017): Positionspapier PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO-Diskurs (3). Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

GKV-Spitzenverband (2018): Gesamtkonzept für Krankenhauspflege statt Gießkannenprinzip. Statement vom 11. Januar. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_649984.jsp, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Greß, Stefan (2016): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Thema „Paritätische Beteiligung“ am 24. Februar. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/blob/409544/f068937af81144fa664df0d425f8d339/prof--dr--stefan-gress-data.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Greß, Stefan/Lüngen, Markus (2016): Die Einführung einer Bürgerversicherung. Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (3-4), S. 68-74.

Bandelow/Eckert/Rüsenberg, „GroKo“-Sondierungen, Exklusiv-Analyse für Observer 4.0 MIS - Management Information System Gesundheitspolitik, 22.01.2018

Gröhe, Hermann (2017a): Schreiben an die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag. Unveröffentlichtes Dokument vom 5. April.

Gröhe, Hermann (2017b): Interview. In: Rheinische Post vom 22. Dezember.

Habeck, Robert (2018): Wir waren zu freundlich. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 14. Januar.

IGES (2017): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB I. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES-Gutachten_ALG-II_061217.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Kaiser, Tobias (2018): Die Angst vor der teuren Pflege. In: Die Welt vom 17. Januar.

Klingbeil, Lars (2017): Interview. In: Kölner Stadt-Anzeiger vom 20. Dezember.

Lauterbach, Karl (2017): Informationspapier zur Bürgerversicherung. Unveröffentlichtes Dokument vom 13. Dezember.

Lauterbach, Karl (2018): Interview. In: Vorwärts Online vom 15. Januar. Online verfügbar unter <https://www.vorwaerts.de/artikel/gesundheitsexperte-karl-lauterbach-spd-hat-deutliche-verbesserungen-erreicht>, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

de Maizière, Thomas (2017): Interview. In: Der Tagesspiegel vom 4. Dezember.

Nahles, Andrea (2018a): Interview. In: Deutschlandfunk vom 15. Januar.

Nahles, Andrea (2018b): Politischer Bericht für die Sitzung der Bundestagsfraktion am 16. Januar. Unveröffentlichtes Dokument vom 16. Januar.

Nahles, Andrea (2018c): Interview. In: Welt am Sonntag vom 21. Januar.

Pfeiffer, Christian (2016): Die spanischen nationalen Wahlen vom 26. Juni 2016: ein zweiter Anlauf zur Regierungsbildung im neuen Vierparteiensystem. In: Zeitschrift für Parlamentsfragen 47 (4), S. 783-799.

Schleiter, Petra/Belu, Valerie (2014): The Challenge of Periods of Caretaker Government in the UK. In: Parliamentary Affairs 68 (2), S. 229-247

Schmöger, Peter (2014): Neue Machtoptionen und eine neue politische Kultur: Die Sondierungen nach der Bundestagswahl vom 22. September 2013. Online verfügbar unter

Bandelow/Eckert/Rüsenberg, „GroKo“-Sondierungen, Exklusiv-Analyse für Observer 4.0 MIS - Management Information System Gesundheitspolitik, 22.01.2018

http://regierungsforschung.spirito.de/data/060314regierungsforschung.de_case_sondierungen.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Schulz, Martin (2017): Interview. In: Der Spiegel vom 2. Dezember.

Schulz, Martin (2018): Interview. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 14. Januar.

Simon, Michael (2016): Zusatzbeitrag und Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Entstehung, Entwicklung und gesundheitspolitische Bedeutung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (3), S. 47-52.

SPD (2017): Unser Weg. Für ein modernes und gerechtes Deutschland. Leitlinien für das weitere Vorgehen. Beschluss des Ordentlichen Bundesparteitags in Berlin vom 7.-9. Dezember. Online verfügbar unter

https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Bundesparteitag_2017/Ordentlicher_BPT/B1_Unser_Weg.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

SPD (2018): Aufnahme von Koalitionsverhandlungen. Beschluss des Außerordentlichen Bundesparteitags in Bonn am 21. Januar. Online verfügbar unter

https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Ausserordentlicher_Bundesparteitag_2018/B1_Aufnahme_von_Koalitionsverhandlungen.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Wasem, Jürgen/Buchner, Florian/Lux, Gerald/Weegen, Lennart/Walendzik, Anke (2013): Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls. Studie, unterstützt durch eine Förderung der Techniker Krankenkasse, März 2013. Online verfügbar unter

https://www.marketing.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Forschung/Wasem_et_al_Finanzielle_Wirkungen_einheitliches_Verguetungssystem_Executive_SUmmmary_fuer_Homepage.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2018.

Weil, Stefan (2017): Interview. In: Die Welt vom 17. Dezember.

Autoren

- Prof. Dr. Nils C. Bandelow, Professor für Politikwissenschaft und Leiter des Chair of Comparative Politics and Public Policy, Institut für Sozialwissenschaften, TU Braunschweig
- Dr. Florian Eckert, Director Public Affairs, fischerAppelt relations, Berlin
- Dipl.-Pol. Robin Rüsenberg, Geschäftsführer, Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä) e.V., Berlin

Die Autoren vertreten ihre private Meinung.

Berlin/Braunschweig, 22. Januar 2018

Copyright Dr. Andreas Lehr - Agentur für Gesundheitspolitische Information