
Nina Warken in Aktion, Gesundheit in Gefahr

Von **ULRIKE BAUREITHEL**

Nun stellt auch Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) die Kranken an den Pranger: Sie will die telefonische Krankenschreibung überprüfen. Obwohl es viele gute Gründe gibt, dass erkältete Menschen die Arztpraxen nicht verstopfen. Die Beliebtheitswerte werden sich für Warken dadurch kaum erhöhen, 44 Prozent sind mir ihrer Arbeit „sehr unzufrieden“, nur sieben Prozent »sehr zufrieden«. ¹ Zwar war sich der Schätzerkreis im Oktober noch uneins über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) im kommenden Jahr, doch spätestens die Daten des dritten Quartals 2025 ließen alle Alarmglocken läuten: Die Ausgaben waren um 7,6 Prozent gestiegen, während die Kassen ein Plus von nur 5,3 Prozent verzeichneten. Das Defizit des Gesundheitsfonds lag bei 6,7 Mrd. Euro.

Gleichzeitig begann für Warken eine neue Runde im Ringen mit den Ländern, denen die Anpassungen bei der geplanten Krankenhausreform noch immer nicht weit genug gingen. ² Außerdem hatte das Bundesverfassungsgericht das Triage-Gesetz kassiert. ³ Das gehörte ebenfalls ins Erbe ihres Vorgängers Karl Lauterbach: Welche Kriterien haben Vorrang, wenn im Krisenfall mehr Patient:innen behan-

1 Zufriedenheit mit der Bundesregierung, Ipsos 24.11.2025.

2 Vgl. »Deutsches Ärzteblatt«, 21.11.2025. Dabei geht es um die Aushandlung der Leistungsgruppen, um Standortregelungen und Distanzen, um die sektorenübergreifende Versorgung und generell den Entscheidungsspielraum der Länder.

3 BVG-Entscheidung vom 4.11.2025.

delt werden müssen, als Ressourcen bereitstehen? Die Richter haben sich dazu gar nicht positioniert, sondern monierten Formales. Für ein solches Gesetz, entschieden sie, sei nicht der Bund, sondern seien die Länder zuständig. Das dürfte die Länderminister:innen noch einmal beflügelt haben, weiterhin »harte Kante« gegenüber der Bundesgesundheitsministerin zu zeigen.

Und genauso kam es. Vom Defizit der Kassen in die Enge getrieben, verfiel diese auf die Idee, dem »Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege« kurzerhand einen sachfremden Sparpassus einzufügen, der die GKV auf Kosten der Krankenhäuser entlasten sollte - Umfang zwei Mrd. Euro. Das rief nicht nur die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf den Plan, sondern auch die Länder intervenierten und verwiesen das Gesetz an den Vermittlungsausschuss.

Finanzdebakel nur verschoben

Weil der Spitzenverband der Krankenkassen das Sparvolumen ohnehin für zu gering einschätzte, reichten einige Kassen schon im Vorfeld Klage gegen den Bund ein, um dessen bestehende Schulden für versicherungsfremde Leistungen - insbesondere für die Bezieher:innen von Bürgergeld - einzutreiben. Die Zeichen standen auf Konfrontation. Nach vielem Hin und Her legte der Vermittlungsausschuss

ULRIKE BAUREITHEL,
geb. in Freiburg,
ist Literaturwissen-
schaftlerin und freie
Journalistin sowie Mit-
begründerin der Wochen-
zeitung »Der Freitag«.

kurz vor Weihnachten schließlich einen Kompromiss vor, der für die Kliniken eine rückwirkende Ausgleichszahlung im Jahr 2027 vorsieht. Das Gesetz passierte noch kurz vor Jahresende Bundestag und Bundesrat. »Einen Kuhhandel« nannte AOK-Chefin Carola Reimann den Kompromiss, weil nur ein Sparvolumen von 1,8 Mrd. Euro zu erzielen sei und das Finanzdebakel auf die nächsten Jahre verschoben

»Der strukturelle Druck forciert einen grundlegenden Rückbau des Sozialstaats, für den die Arbeitgeberverbände trommeln.«

werde. Ähnlich äußerte sich die grüne Haushälterin Paula Piechotta über diesen »Verschiebeparkplatz«.⁴

Das eigentliche Ziel wurde ohnehin verfehlt, denn die Gesundheitsministerin konnte trotz aller Bemühungen ihr Versprechen, die Kassenbeiträge 2026 stabil zu halten, nicht einlösen. 35 Krankenkassen - darunter die großen, AOK plus, DAK, Barmer und Techniker Krankenkasse - hoben zum Jahreswechsel ihren Zusatzbeitrag um durchschnittlich 0,23 Prozentpunkte auf durchschnittlich 3,13 Prozent an. Warken weist die Verantwortung dafür zurück und nimmt die Kassen in die Pflicht: Sie habe keinen Einfluss auf die wettbewerbsorientierten Zusatzbeiträge, erklärte sie in der »Süddeutschen Zeitung«, die ihr zu Weihnachten ein wenig schmeichelhaftes Porträt schenkte.⁵ Es gibt einige Beobachter in der Branche, die Warken mangelndes fachliches Know-how unterstellen. Die erste große Kom-

mission jedenfalls, die in ihrem Auftrag Ergebnisse vorlegte, die Pflegekommission von Bund und Ländern, hat die Ministerin mit ihren mutlosen und schwammigen Vorschlägen schon blamiert. Das Eckpunktepapier erfuhr viel Kritik und von Kanzler Merz eine Abfuhr: Es sei »ein nicht befriedigendes Ergebnis«.⁶

Dennoch ist das Gemäkel auch ein bisschen billig. Denn dann müsste Merz seinen Irrtum bei Warkens Bestellung nur einräumen und die Ministerin austauschen. Die vergangenen Monate hinterlassen jedoch auch den Eindruck, dass es Kreise und Lobbyisten gibt, denen das Gezänk zwischen Ministerium, Ländern und Kassen und die desaströse Finanzlage der GKV ganz willkommen sind. Denn der strukturelle Druck forciert den politisch angesagten Reformdruck, der, wie Merz in seiner Neujahrsansprache wissen ließ, den grundlegenden Rückbau des Sozialstaats zum Ziel hat, und für den die Arbeitgeberverbände trommeln.

So ist es kein Wunder, dass zwischen den Jahren wieder einmal ein Überbietungswettbewerb in Sachen Gesundheitskassenschlag einsetzte. Dabei haben die Vorschläge schon reichlich Patina angesetzt, wie etwa die Wiedereinführung der Praxisgebühr - von Ulla Schmidt (SPD) 2004 eingeführt und 2012 wegen des hohen Bürokratieaufwands und mangelnder Spareffekte wieder abgeschafft. Doch die Wirtschaftsministerin Monika Schnitzer findet dies, wie überhaupt eine höhere Selbstbeteiligung der Patient:innen - etwa für Medikamente oder Klinikaufenthalte -, offenbar der Weisheit letzter Schluss, unterstützt von Verbandsvertretern der Ärzteschaft.⁷ Derweil warnen viele Ärzt:innen vor fatalen Folgen für Patient:innen, die wegen der Gebühr notwendige Arztbesuche unterlassen.

Regelmäßig gehen auch die Arbeitgeber aus der Deckung, wenn sie an der

4 Pressemitteilung AOK 18.12.2025. Für ein Jahr wird die sogenannte Meistbegünstigungsklausel für Kliniken ausgesetzt, wovon die Krankenhäuser vorerst zugunsten der Krankenkassen profitieren.

5 So einen Konflikt hat das Gesundheitssystem noch nicht gesehen, »Süddeutsche Zeitung«, 22.12.2025.

6 Friedrich Merz bei der Regierungsbefragung am 17.12.2025.

7 »Ab 2027 gäbe es dann die Rente mit 59«, in: »Rheinische Post«, 24.12.2025.

Lohnfortzahlung sägen, dieses Jahr gemeinsam mit dem bayrischen Ministerpräsidenten Markus Söder (CSU): Er findet, dass sowieso viel zu viele Menschen krankgeschrieben werden. Auch er zaubert ein altes Kaninchen aus dem Hut, Karenztage, für die die Arbeitnehmer nicht entlohnt werden.

»Schmerzhaftes Einschneiden«

Die Kampagne läuft unter dem Motto »keine Denkverbote«, Warkens Staatssekretär Timo Sorge sprach beim »Eppendorfer Dialog zur Gesundheitspolitik« von notwendigen »disruptiven Maßnahmen«. ⁸ Die Versicherten sollen durch die unendlich wiederholte Suada auf »schmerzhaftes Einschneiden« eingeschoren werden, die konkret zu benennen sich der Kanzler zu Neujahr verkniff. Dabei muss man gar nicht warten, bis die von der Ministerin eingesetzte und zum Turbobetrieb verdonnerte »Finanzkommission Gesundheit« im März ihre Ergebnisse vorlegt. Unter den zehn Berufenen tummeln sich vor allem Gesundheitsökonom:innen. Ihr Auftrag lautet, nur solche Vorschläge zu unterbreiten, die der Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge dienen, »unabhängig und mit dem nötigen Freiraum, das gesamte System auf den Prüfstand zu stellen«, so Warkens Arbeitsauftrag im September.

Eine dieser Maßnahmen liegt schon auf dem politischen Förderband und ist Teil der von Lauterbach initiierten Krankenhausreform: die Reform der Notfallmedizin und der Rettungsdienste. Bei der Notfallreform geht es um »Patientensteuerung«, Rettungsdienste und Notaufnahmen sollen entlastet und Leitstellen technisch aufgerüstet werden. Außerdem sollen sie künftig nach bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards agieren, denn nach einer Medienrecherche sind die Überlebenschancen von Notfallpatient:innen in Deutschland regional sehr unterschiedlich. Tausende sterben jähr-

8 »Deutsches Ärzteblatt«, 3.12.2025.

lich an einem Herzstillstand, weil wissenschaftliche Standards bei ihrer Erstversorgung nicht eingehalten werden. ⁹

Grundsätzlich geht es auch bei dieser Reform um Einspareffekte, eine Milliarde Euro veranschlagt Warken. Dass Patient:innen vorschnell den Notruf 112 wählen, die Feuerwehr oder andere Rettungsdienste unnötig ausrückten und die Notaufnahmen verstopft würden, gehört zu der oben skizzierten Erzählung gedankenloser und das System belastender Versicherter. Nun sollen Notruf und ärztlicher Bereitschaftsdienst (116 117) zusammengelegt werden, und eine digitale Ersteinschätzung soll sicherstellen, dass Bagatellfälle nicht in der Notaufnahme landen. Die integrierten Notfallzentren

»Mit der Krankenhausreform verschwindet eine flächendeckende Versorgungslandschaft.«

an den Krankenhäusern (INZ) werden, so der Plan, mit den notärztlichen Bereitschaftsdiensten besser verzahnt. Die Rettungsdienste wiederum sollen als medizinische Versorgungsleistung in das Sozialgesetzbuch V eingeführt und vollständig von den Kassen bezahlt werden.

Grundsätzlich, sagen selbst Kritiker der Krankenhausreform wie das »Bündnis Klinikrettung«, sei die Verzahnung von Notruf, Bereitschaftsdiensten und INZ sinnvoll. Das setze jedoch eine flächendeckende Versorgungslandschaft voraus, die jedoch nach der Umsetzung der Krankenhausreform nicht mehr gegeben sei. Diese hat ja gerade zum Ziel, kleine Kliniken zu schließen, womit sich die Wege zur nächsten Klinik vor allem im ländlichen Raum enorm verlängern können. Auf der Anhörung Anfang November wurde seitens der Sachverständigen viel

9 Notfall Rettung - wenn die Hilfe versagt«, armediathek.de, 16.6.2024.

Kritik laut.¹⁰ Sie machte sich zum einen an der »Blauäugigkeit« der Bundesregierung fest, die keinen Plan dafür habe, wie das System personell bestückt und finanziert werden soll, wenn Vertragsärzte rund um die Uhr digitale Diagnosen abgeben oder Fahrbereitschaft sicherstellen sollen, so etwa Stephan Hofmeister von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Unklar sei außerdem, so die Deutsche Krankenhausgesellschaft, wer die INZs finanziert. Die Kassen wiederum sind skeptisch, ob die Reform tatsächlich zur »effizienten Patientensteuerung« beiträgt und ob die notdienstliche Akutversorgung überall auch gewährleistet ist. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert zudem, auch Expertise in ihrem Fachbereich bereitzuhalten. Über allem hängt schon jetzt wieder wie ein Damoklesschwert der Zuständigkeitsstreit zwischen Bund und Ländern, denn die Rettungsdienste sind als Teil der Gefahrenabwehr Aufgabe von Ländern und Kommunen.

Überlastete Hausärzte

Die Kommunen allerdings sind so klamm, dass sie gar nicht mehr in der Lage sind, für ihren Kostenanteil an den Rettungsdiensten aufzukommen. Viel mediales Aufsehen erregte der Beschluss der Stadt Essen im Dezember, einen Teil der Kosten auf die Patient:innen abzuwälzen. Bis zu 267 Euro sollten sie für eine Fahrt bezahlen, ein Einsatz kostet ab Januar 2026 in NRW schlappe 1020 Euro. Für regelmäßige Fahrten zur Dialyse oder ähnliches sollten 62 Euro fällig werden.¹¹ Nach viel Protest und der Intervention von Landesminister Karl-Josef Laumann (CDU) wurde der Plan vorerst ausgesetzt.

Ein anderer Baustein, der im Gesundheitsministerium bereits eingetütet und von der Kommission begutachtet und bewertet werden soll, ist die Einführung des Primärarztsystems. Es sieht unter ande-

rem vor, dass vor jedem Facharztbesuch der Hausarzt aufgesucht werden muss, der entscheidet, ob und bei wem ein Patient vorstellig werden darf.¹² Auch bei diesem Vorhaben macht die Ministerin die Rechnung ohne den Wirt, denn die ohnehin schon überlasteten Hausarztpraxen können das derzeit gar nicht bewältigen. Und ob das zu schnelleren Terminen bei den Fachärzt:innen führt, ist auch eher Glaubenssache: Bis 2035 fehlen aufgrund des demografischen Wandels und mangelnden Nachwuchses bis zu 11 000 Hausärzt:innen - nicht zuletzt, weil die Universitäten zu wenig ausbilden. Bei Facharztpraxen sieht es nicht viel besser aus.

Der Bundesverband Managed Care hat kürzlich ein Positionspapier dazu vorgelegt, das fünf Bausteine auflistet, um das Primärarztsystem erfolgreich zu machen, einer davon ist die verlässliche und schnelle fachärztliche Terminvergabe.¹³ Doch absehbar ist schon jetzt ein Dauerlauf, der Patient:innen vom Hausarzt zum Facharzt führt, und wenn sie dort nicht ankommen, zum Telefonbot des Bereitschaftsdienstes, bis sie am Ende in einem integrierten Versorgungszentrum landen. Das kostet nicht nur unnötig Geld, sondern steht auch dem Prinzip effizienter Versorgung entgegen.

Noch steht die große Mehrheit der Bevölkerung hinter der GKV, 80 Prozent meinen, der solidarische Ausgleich sei ein wichtiger Bestandteil des Sozialstaats. Doch zwei Drittel machen sich auch Sorgen um die Finanzen der GKV.¹⁴ Das Vertrauen der Versicherten mit Versorgungsexperimenten zu verspielen, wäre das Ende des Systems. Warken hat jüngst eine Liste vorgelegt, die nicht vertrauensfördernd ist. Und es gibt durchaus auch Leute, die genau darauf spekulieren. ◻

10 Deutscher Bundestag, Anhörung zum Thema Notfallversorgung, bundestag.de, 6.11.2024.

11 267 Euro pro Fahrt: Essener Rat stimmt für Rettungsfahrtgebühren, WDR 11.12.2025.

12 Vgl. Ulrike Baureithel: Von Lauterbach zu Warken: Gesundheitspolitik mit Lobbyisten?, in: »Blätter«, 6/2025, S. 13-16.

13 Bundesverband Managed Care: Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform, bmcev.de, 20.10.2025.

14 Umfrage zum GKV-Tag, gkv-spitzenverband.de, 16.12.2025.