

# Gesundheitsreform: Die Zeche zahlen die Bedürftigsten

Von ULRIKE BAUREITHEL

Historisch« und eine »große Kraftanstrengung«, nannte es Bundeskanzler Friedrich Merz Ende April unmittelbar nach der Kabinettsklausur, als er mit Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) die Reform der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) vorstellte.<sup>1</sup> Gemessen an Warkens Augenpartie stimmt zumindest letzteres für sie, denn sie wirkt müde und auch irgendwie getrieben. Im Wochentakt stellt sie der Hauptstadtpresse eine Reform nach der anderen vor: Neben der Stabilisierung der Gesundheitsfinanzen sind es die zum Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) umgemodelte Krankenhausreform, die Umrisse des geplanten Primärarztsystems sowie die Reform der Notfallversorgung und das Gesetz zur Digitalisierung des Gesundheitssystems, das ebenfalls als Referentenentwurf vorliegt. Im Mai hat sie auch noch die Reform der Pflegeversicherung vorgelegt, wobei der Begriff »Reform« dringend zu hinterfragen wäre. Für den Kanzler ist die Gesundheitsministerin derzeit auf jeden Fall die Garantin dafür, dass seine angeschlagene Regierung überhaupt noch »handlungswillig und handlungsfähig« erscheint.

Doch was Warken in kurzer Zeit aus den ohnehin umstrittenen 66 Empfehlungen ihrer Finanzkommission<sup>2</sup> gebastelt hat, hat es in sich. Denn was sie als »ausgewogen« und »gerecht« verkaufen will, ist

an sozialer Schieflage und Dummrechnung kaum zu übertreffen.<sup>3</sup> Ihre beiden Leitplanken lauten, es dürfe erstens nicht mehr ausgegeben werden, als eingenommen wird und dies zweitens nur für Maßnahmen, die wissenschaftlich evident sind, was sich indes nicht an den Bedarfen der Patient:innen, sondern an der Haushaltslage orientiert. Auch die Beteuerung des Kanzlers, dass die Reform »lange Beitragssicherheit« garantieren werde, steht in Zweifel. Keine Woche nach des Kanzlers Auftritt prophezeite der Chef der Kassenärztlichen Vereinigung, Andreas Gassen, zu bester Sendezeit in der ARD, dass die GKV auch Ende 2026 wieder im Defizit landen würde und Arbeitnehmer und Arbeitgeber Beitragserhöhungen zu erwarten hätten.<sup>4</sup>

## Großes Entsetzen, große Empörung

Was also ist zu halten von dieser »größten Sozialstaatsreform seit 20 Jahren«, wie Merz behauptet? Bezug nimmt er dabei auf das von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) verantwortete Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2005, mit dem sie die Krankenhäuser in bester marktliberaler Manier durch die Einführung von Fallpauschalen bedin-

---

ULRIKE BAUREITHEL,  
geb. 1957 in Freiburg,  
ist Literaturwissenschaftlerin und freie Journalistin sowie Mitbegründerin der Wochenzeitung »Der Freitag«.

1 GKV-Stabilisierungsgesetz, Pressekonferenz am 29.4.2026.

2 Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 2027, 30.3.2026.

3 Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), bundesgesundheitsministerium.de, 29.4.2026.

4 »Hart aber fair«, 4.5.2026.

---

gungslos dem freien Markt auslieferte und die Krankenkassen durch ökonomische Fehlanreize in die Bredouille brachte. Haben Versicherte und Patient:innen, Ärzt:innen und Pflegende nun ein ähnliches Chaos zu erwarten? Entsetzen und Empörung sind jedenfalls groß, nicht nur seitens der Krankenkassen, Sozialverbände und Standesvertretungen. Auch innerhalb der Regierungsfractionen herrscht Unruhe, und Gesundheitspolitiker:innen haben angekündigt, dass das Paket in dieser Form nicht durch den Bundestag gehen werde. Von »Taschenspielertricks«, »unerträglicher Provokation« und »Betrug am Bürger« sprechen die Chefs der Krankenkassen.

Der Unmut macht sich daran fest, dass die Gesundheitsministerin vor allem den haushaltspolitischen Vorgaben von Finanzminister Lars Klingbeil (SPD) folgt und eben kein Gesamtkonzept vorlegt, sondern ein Potpourri an Sparerlassen.

und der Zuschuss perspektivisch aufwächst - ab 2028 auf 500 Mio., ab 2029 auf eine Mrd. und ab 2030 1,5 Mrd. Euro. Das entspricht bis 2030 Mehreinnahmen in Höhe von 3,25 Mrd. Euro. Zugleich aber will Klingbeil den allgemeinen Bundeszuschuss von 14,2 Mrd. Euro, mit dem unter anderem versicherungsfremde Leistungen wie die Familienversicherung, das Mutterschaftsgeld ausgeglichen werden, um zwei Mrd. Euro kürzen, in vier Jahren also um acht Mrd. Euro - im Saldo entsteht für die GKV also ein Defizit von 4,75 Mrd. Euro. Die 250 Mio. im ersten Jahr kommen zudem aus dem Haushalt von Arbeitsministerin Bärbel Bas, die sich damit brüstet, zumindest die von Marken vorgesehene Absenkung des Krankengelds verhindert zu haben - dafür gibt es jetzt die Teilzeitkrankschreibung. Macht es wirklich einen Unterschied, wenn Sozialdemokraten mitregieren, wie Bas behauptet?

Der Staat macht sich also einen schlanken Fuß und entlastet weiter Besserverdienende, derweil Marken, so die übereinstimmende Meinung, die gesetzlich Versicherten über Gebühr belastet: Da ist zum einen die unmittelbare Erhöhung von Zuzahlungen für Arzneimittel und den Krankenhausaufenthalt von derzeit fünf bis zehn Euro auf zehn bis 15 Euro. Der Kassenanteil für Zahnersatz soll um zehn Prozent abgesenkt werden, gut für die Privatversicherer, die nun mit ihren Zusatzversicherungen hausieren gehen werden. Unterminiert wird ab 2028 auch die beitragsfreie Familienversicherung. Für bisher mitversicherte Ehegatten soll ein Beitrag in Höhe von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Leistungen fällig werden, Ausnahme sind Menschen mit Kindern unter acht Jahren, pflegende Angehörige, Partner von Rentner:innen und Kinder, die weiterhin beitragsfrei bleiben. Ob das erwerbsfähige Frauen nun »emanzipiert« und in den Arbeitsmarkt bringt? Zunächst einmal müssen Versicherte jährlich 1,5 Mrd. Euro zusätzlich dafür aufbringen. Grundsätzlich begrüßenswert ist die Anhebung der Beitragsbemessungs-

---

## »Der Staat macht sich einen schlanken Fuß und entlastet weiter Besserverdienende.«

---

Ursprünglich war die Reform mit einem Sparvolumen von fast 20 Mrd. Euro geplant, nach Interventionen aus dem Kabinett landete sie bei nun 16 Mrd. Euro, wenig mehr also als das prognostizierte Defizit der GKV zum Jahresende. Empört reagierten selbst Abgeordnete aus CDU und CSU, kritisiert wird insbesondere, dass die Empfehlung der Finanzkommission, die Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldempfänger:innen endlich vom Bund übernehmen zu lassen, und damit nicht nur die GKV-Versicherten, sondern alle Steuerzahler:innen zu beteiligen, nicht eingelöst wurde.

Der »Taschenspielertrick« besteht nun darin, dass der Bund zwar mit 250 Mio. Euro in die Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldempfänger:innen einsteigt

---

und Versicherungspflichtgrenze, doch nicht ansatzweise findet sich im Gesetz etwas zur Einbeziehung von Selbstständigen und Beamten in das GKV-System. Dafür kommen aus der Union Stimmen, die für abgesenkte Gesundheitsleistungen für Bürgergeldempfänger:innen plädieren, die nicht gearbeitet haben.

### **Rückschritt bei den Krankenhäusern**

Richtig inkonsistent ist die Vorlage im Hinblick auf die Krankenhäuser, weil Warken dort wieder Kürzungen vornimmt, die in der Auseinandersetzung um die Krankenhausreform eigentlich zurückgenommen worden waren. Besonders den Pflegebereich, der anlässlich der Coronapandemie durch die Herausnahme des Pflegebudgets aus den Fallpauschalen endlich etwas auskömmlicher finanziert worden war, trifft es hart. Zwar folgt der Entwurf nicht völlig den Empfehlungen der Kommission, die die Pflege in das Fallpauschalensystem zurückführen wollte, doch die Orientierung der Vergütungssteigerungen an der Grundlohnrate missachtet sowohl den steigenden Pflegebedarf als auch den Personalmangel in der Pflege, moniert der Deutsche Pflegeverband (DPR): »Wenn Tarifsteigerungen nicht mehr ausgeglichen werden, hat das auch Folgen für die Rekrutierung von Pflegekräften, denn der Personalmangel bleibt. Das wird zu Personalabbau führen. Ob die Personaluntergrenzen als Bollwerk dann noch bestehen bleiben, ist die Frage«, erklärt DPR-Chefin Christine Vogler.<sup>5</sup> Auch die Hybrid-Fallpauschalen für Kurzaufenthalte im Krankenhaus revitalisieren das Fallpauschalensystem, das eigentlich abgeschafft gehört. Die nun obligatorische Zweitmeinung bei Operationen ist darauf ausgerichtet, Eingriffe gering zu halten oder sie möglichst ambulant durchzuführen - im Hinblick auf immer älter werdende Patient:innen ohnehin ein neuralgisches Thema.<sup>6</sup>

---

5 Gespräch mit Christine Vogler am 8.5.2026.

6 Vgl. Krankenhausreport 2026, aok.de, 6.5.2026.

Die Verbände der niedergelassenen Ärzte wiederum orakeln schon jetzt, dass die Versorgung schlechter werden wird. Honorarabschläge, Budgetdeckel und die Abschaffung der Leistungen für schnelle Terminvergaben und offene Sprechstunden befeuern ihre Drohungen, dass sie statt bisher 25 demnächst nur noch 20 Stunden in der Woche für ihre Patient:innen da sein werden. Die ambulante Versorgung werde es in dieser Form nicht

---

## »Die hausärztliche Versorgung wird sich verschlechtern.«

---

mehr geben, prophezeit die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Und wen überrascht es, dass Termine für das Hautkrebsscreening, auf die man bislang bis zu einem Jahr warten musste, nun auf den Markt geworfen werden, bevor es auf wenige Gruppen eingeschränkt wird?

Die Pharmaindustrie dagegen kommt gut weg. Die Finanzkommission hatte gefordert, den Herstellerrabatt, den Arzneimittelhersteller den Krankenkassen für von ihnen gezahlte Medikamente gewähren müssen, pauschal von sieben auf 14 Prozent zu erhöhen. Doch an diesen zweitgrößten Posten der Gesundheitsausgaben traute sich Warken nicht heran, sondern verpflichtet die Pillenhersteller nur auf einen ergänzenden dynamischen Herstellerrabatt, der insbesondere hochpreisige patentgeschützte Medikamente betrifft, nicht jedoch solche, die in Deutschland entwickelt werden. Dabei sind diese maßgebliche Treiber für die steigenden Ausgaben der GKV. Statt der von der Kommission errechneten 2,27 Mrd. Euro kommen so nur rund 1,1 Mrd. zusammen. Auch in anderer Hinsicht hat sich die Pharmalobby mit »Standortargumenten« durchgesetzt. Die »Leitplanken« zur Arzneimittelpreisbildung des ausgerechnet von zwei FDP-Gesundheitsministern auf den Weg gebrachten Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG, 2011) werden nun

---

endgültig geschleift. Wegfallen wird, so viel steht schon fest, die Erstattung homöopathischer Medikamente. Auf dem Deutschen Ärztetag im Mai schlug Warken jedenfalls viel Wind ins Gesicht.

### **Massive Einschnitte für Bedürftige**

Die GKV-Finanzreform steht wie alle anderen Projekte aus dem Gesundheitsministerium nicht für sich allein, sondern gehört in ein Gesamtpaket, das die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung völlig neu aufstellt, und zwar mit höheren, zum Teil digital gerüsteten Zugangsbarrieren zum System, die vor allem für ältere, weniger informierte oder eingeschränkte Versicherte zur Falle werden können. Hier wirken der nicht frühzeitig in Angriff genommene Fachkräftemangel - vor allem in der Ärzteschaft und der Pflege -, marktliberale Verheerungen und eine älter werdende Gesellschaft zusammen in einer Form, deren gesetzgeberischen Folgen dann in bester Merkelscher Manier als »alternativlos« erscheinen. Einsparungen, Versorgungseinschränkungen und Pfadverengung haben exkludierende Nebenwirkungen. Für die privilegierten Gruppen, die sich, privatversichert, weiterhin das Arzthopping und den exklusiven Krankenhausaufenthalt leisten können, ändert sich nichts, denn weder Warken noch ihre Partei will am System der PKV kratzen und Beamte wie Selbstständige ins GKV-System einbeziehen. Nun wird es die große Masse derer treffen, die, mittels digitaler Patientenakte überwacht, so »gesteuert« werden, dass sie nicht zu teuer werden.

Und das gilt auch für jene, die ohnehin schon am Rand stehen oder zu wenig Lobby haben, um sich zu wehren: Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit Unterstützungsbedarf. Wirtschaftsministerin Katherina Reiche (CDU) torpedierte kürzlich erfolgreich die lange geplante Reform des Behindertengleichstellungsgesetzes. Zeitgleich hatte der Paritätische Wohlfahrtsverband die Vorlage einer Arbeitsgruppe von Bund,

Ländern und Kommunen öffentlich gemacht, in der es um Einsparungen im Kinder- und Jugendhilfereich und in der Eingliederungshilfe geht.<sup>7</sup> Die 70 Kürzungsvorschläge haben - Stand jetzt - einen Umfang von 8,7 Mrd. Euro. Das verwaltungstechnische Optimierungsprogramm legt zudem nahe, dass weitere gesetzliche Einzelleistungen infrage gestellt werden, die derzeit zusätzlich zu den Regelangeboten erbracht werden. Es geht darum, Assistenzdienste, also beispielsweise individuelle Alltagsbegleitung auf dem Schulweg, in Schule und Hochschule oder anderen Bereichen in Gruppenangeboten aufgehen zu lassen.

»Pooling« heißt das Stichwort, mit dem das Sozialgesetzbuch VIII von »unnötigen Standards« bereinigt werden soll und »andere Hilfssysteme« in Anschlag gebracht werden. Die in der UN-Behindertenkonvention verankerte »Wunsch- und Wahlfreiheit« für die Betroffenen würde aufgrund des »Kostenvorbehalts« so außer Kraft gesetzt und von der Regel zur Ausnahme. Positivlisten für Hilfsmittel und Bedürftigkeitsüberprüfungen flankieren das Vorhaben. Die Vorschläge widersprechen entweder internationalen Vereinbarungen oder Rechtsansprüchen, beispielsweise von Kindern und Jugendlichen, die unbegleitet hierherkommen und künftig in Unterkünfte für Erwachsene abgeschoben werden sollen. Oder von Jugendlichen, die möglichst schnell auf dem Arbeitsmarkt landen sollen, um teure Unterkünfte zu verlassen. 850 000 Kinder über zwölf Jahren wären ebenfalls betroffen, weil ihnen der Unterhaltsvorschuss gekürzt werden soll.

Man muss all dies zusammensehen, damit man begreift, was in einer lange halbwegs sozial verfassten Gesellschaft eigentlich vorgeht. Da wird die Spreu vom Weizen getrennt - und die Bedürftigsten werden am schwersten belastet. ◻

---

7 Paritätischer enthüllt internes Arbeitspapier: Drastische Kürzungspläne gefährden Leistungen für Menschen mit Behinderungen, Kinder und Familien, der-paritaetische.de, 16.4.2026.