

## Entschließungsantrag

der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch, Alexander Arpaschi, Adam Balten, Carsten Becker, René Bochmann, Boris Gamanov, Rainer Groß, Dr. Ingo Hahn, Stefan Henze, Nicole Höchst, Steffen Janich, Dr. Michael Kaufmann, Heinrich Koch, Achim Köhler, Manuel Krauthausen, Knuth Meyer-Soltau, Reinhard Mixl, Denis Pauli, Tobias Matthias Peterka, Arne Raue, Christian Reck, Dr. Rainer Rothfuß, Angela Rudzka, Volker Scheurell, Manfred Schiller, Martina Uhr, Sven Wendorf, Dr. Daniel Zerbin, Jörg Zirwes und der Fraktion der AfD

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung  
– Drucksachen 21/6130, 21/6559, 21/7016 –

### Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Die GKV-Krise ist hausgemacht und die Reparaturversuche der Bundesregierung treffen die Falschen:

Die gesetzliche Krankenversicherung steckt in der tiefsten Finanzkrise ihrer Geschichte. Im Jahr 2024 wies der Gesundheitsfonds ein Defizit von knapp zehn Milliarden Euro aus. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz hat sich von 1,4 Prozent im Jahr 2022 auf 2,9 Prozent Anfang 2025 mehr als verdoppelt. Für 2027 droht eine Finanzlücke von bis zu 15 Milliarden Euro, die bis 2030 ohne grundlegende Reformen auf über 40 Milliarden Euro ansteigen wird – mit einem Gesamtbeitragssatz von bis zu 19,3 Prozent. Diese Belastung würde die Nettoeinkommen der Beschäftigten spürbar senken und die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ernsthaft gefährden.

Diese Zahlen sind dramatisch. Doch die Bundesregierung wählt trotzdem den falschen Weg: Sie belastet Versicherte, Patienten und Leistungserbringer mit einer Krise, die der Staat selbst verursacht hat. Für ihr eigenes Versagen will die Bundesregierung die arbeitenden deutschen Beitragszahler bestrafen, die ohnehin unter den höchsten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen weltweit leiden.

Der Gesetzentwurf auf Drucksache 21/6130 sieht vor, die Finanzlücke vor allem durch Leistungsreduzierungen und Beitragserhöhungen bei den Versicherten zu schließen.

Im Einzelnen:

Mitglieder, die einen bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben, sollen künftig einen Beitragszuschlag von 2,5 Prozentpunkten auf ihren Beitragssatz zahlen – nur in engen Ausnahmefällen wie der Betreuung eines Kindes unter sieben Jahren, der Pflege von Angehörigen oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze entfällt dieser Zuschlag. Diese Regelung bestraft Familien und greift in die Entscheidungsfreiheit der Menschen ein.

Die seit 2004 unveränderten Zuzahlungsgrenzen werden angehoben: Die Mindestzuzahlung steigt von fünf auf 7,50 Euro, die Höchstzuzahlung von zehn auf 15 Euro, die tägliche stationäre Zuzahlung ebenfalls von zehn auf 15 Euro. Besonders chronisch kranke Menschen und Geringverdiener tragen diese Mehrbelastung überproportional.

Die befundbezogenen Festzuschüsse für Zahnersatz werden auf das Niveau vor dem 1. Januar 2021 zurückgesetzt, also auf 50 Prozent der Regelversorgungskosten; der Bonus nach fünf Jahren Vorsorge sinkt auf 60 Prozent, nach zehn Jahren auf 65 Prozent – jeweils zehn Prozentpunkte weniger als heute. Wer regelmäßig zur zahnärztlichen Vorsorge geht, wird für sein verantwortungsbewusstes Verhalten mit Leistungskürzungen bestraft.

Vergütungssteigerungen für niedergelassene Zahnärzte, die medizinische Rehabilitation und weitere Leistungsbereiche werden von 2027 bis 2029 auf die Grundlohnrate minus einen Prozentpunkt gedeckelt. Das bedeutet dauerhafte strukturelle Untervergütung unterhalb der tatsächlichen Kostensteigerung – auf Kosten der Versorgungsqualität. Hinzu kommen die Streichung der Zuschläge für Kurzzeittherapie und eine Reduzierung der Pflegepersonalfinanzierung.

Und schließlich kürzt der Bund seinen eigenen Zuschuss an den Gesundheitsfonds ab 2027 um zwei Milliarden Euro auf dann nur noch 12,5 Milliarden Euro jährlich. Der Staat zieht sich damit aus seiner eigenen Verantwortung heraus – und schiebt die Last auf die Versichertengemeinschaft.

2. Die eigentliche Ursache ist staatliche Unterfinanzierung und Systemüberlastung:

Die zentralen Ursachen der GKV-Misere liegen neben der demografischen Entwicklung vor allem in der Systemüberlastung durch versicherungsfremde Leistungen für Millionen ausländische Bürgergeldempfänger, einem aufgeblähten Verwaltungsapparat mit zu vielen Krankenkassen, planwirtschaftlichen Fehlreizen und einem ausgeferten Bürokratismus.

Gemäß § 232a SGB V basiert der monatliche Krankenversicherungsbeitrag für Bürgergeldempfänger auf einer fiktiven Bezugsgröße, woraus sich bisher eine Pauschale von 119,60 Euro monatlich ergab. Ein Forschungsgutachten des IGES-Instituts vom Mai 2024 belegt, dass diese Pauschale lediglich rund 39 Prozent der tatsächlich anfallenden Gesundheitskosten dieser Versichertengruppe deckt. Der GKV-Spitzenverband hat am 11. September 2025 Klage gegen die Bundesrepub-

lik Deutschland wegen dieser systematischen Unterfinanzierung erhoben: Die aktuelle Beitragspauschale von 144,04 Euro liegt rund 200 Euro unter den tatsächlichen monatlichen Kosten. Bei 2,81 Millionen deutschen Bürgergeldempfängern ergibt sich daraus ein Erstattungsanspruch der GKV gegenüber dem Bund von 6,7 Milliarden Euro jährlich.

Im Jahr 2022 betragen die Gesamtausgaben der GKV für Bürgergeldempfänger 15,1 Milliarden Euro – denen Beitragseinnahmen von nur 5,9 Milliarden Euro gegenüberstanden. Die Finanzierungslücke von 9,2 Milliarden Euro wurde und wird von der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten geschlossen – ohne Rechtsgrundlage, ohne Ausgleich, ohne öffentliche Debatte. Jeder gesetzlich Versicherte zahlt dadurch monatlich rund 20 Euro zusätzlich für eine gesamtstaatliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

Während die GKV für jeden deutschen Bürgergeldempfänger weit weniger als 200 Euro monatlich erhält, zahlt der Bund für privat krankenversicherte Bürgergeldempfänger bis zu 421,77 Euro monatlich aus Steuermitteln. Diese Ungleichbehandlung ist mit keiner sachlichen Begründung vereinbar und untergräbt das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Jahresdurchschnitt 2025 bezogen rund 2,57 Millionen Ausländer Bürgergeld – das entspricht 47,6 Prozent aller Hilfeberechtigten. Wenn Bürgergeldempfänger aus Nicht-EU-Mitgliedstaaten (Drittstaaten) künftig für ihre regulären Gesundheitskosten eigenständig aufkommen, führt dies zu einer massiven Ausgabenentlastung der GKV, während die absolut notwendige Akut- und Notfallversorgung für diese Personengruppe auch ohne direkte private Kostentragung humanitär abgesichert bleibt. Für Bürgergeldempfänger aus EU-Mitgliedstaaten wird der Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet, während zeitgleich am Bürgergeldbezug selbst angesetzt wird, soweit dies europarechtlich konform möglich ist. Durch diese differenzierten Maßnahmen verringert sich auch der notwendige steuerfinanzierte Bundeszuschuss für die vollständige Kostenerstattung deutscher Bürgergeldempfänger signifikant.<sup>2</sup> Die zentralen Ursachen der GKV-Krise umfassen auch einen ausufernden Bürokratismus:

Niedergelassene Ärzte verbringen einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation, Abrechnungsverfahren und bürokratischen Meldepflichten – auf Kosten der Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Bürokratie- und Abrechnungsabbau sowie die Optimierung digitaler Gesundheitsanwendungen könnten allein jährlich rund eine Milliarde Euro einsparen. Die Effizienzpotenziale von Innovationen im Gesundheitswesen – Medizintechnik, E-Health, Arzneimittel und Biotechnologie – beziffert eine Studie der Prognos AG auf über 20,8 Milliarden Euro jährlich, steigend auf 47 Milliarden Euro bis 2045. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält zu alledem keinen einzigen substanziellen Beitrag.

Auch ein aufgeblähter Verwaltungsapparat mit zu vielen gesetzlichen Krankenkassen treibt die Kosten unnötig hoch. Eine Zusammenlegung und Strukturvereinfachung der Krankenkassen zusammen mit einem Werbeverbot für gesetzliche Krankenkassen würde die Verwaltungskosten um mindestens 225 Millionen Euro jährlich senken.

3. Zudem bestehen bilaterale Sozialversicherungsabkommen Deutschlands mit anderen Staaten, etwa der Türkei, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, Montenegro und Serbien:

Diese Regelungen zur sogenannten Sachleistungsaushilfe sorgen dafür, dass in diesen Ländern lebende Familienangehörige von in Deutschland Krankenversicherten im Krankheitsfall auf Kosten der deutschen GKV behandelt werden. Die-

ses Ungleichgewicht belastet die GKV strukturell und ist auf seine Verhältnismäßigkeit hin zu überprüfen.

#### 4. Versorgung auf dem Land bricht weg:

Parallel zur Finanzkrise verschärft sich die Versorgungskrise in ländlichen Regionen dramatisch. Exemplarisch zeigt sich dies in Niedersachsen: Mit einer Arztdichte von 231 Einwohnern je Arzt liegt das Land deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 198. Hausärzte versorgen dort durchschnittlich 1.356 Patienten – deutlich über dem bundesweiten Schnitt. Prognosen deuten auf einen Rückgang der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen bis 2035 um fast ein Viertel hin. Bestimmte ländliche Planungsregionen könnten auf eine Unterversorgungsquote von unter 75 Prozent fallen. Ähnliche Probleme bestehen in Oberfranken und der Oberpfalz in Bayern, wo immer mehr Hausärzte in den Ruhestand gehen, ohne dass ausreichend Nachwuchs nachkommt. In Mecklenburg-Vorpommern beträgt die Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis auf den Inseln und in ländlichen Regionen teilweise über 20 Kilometer. In der Uckermark in Brandenburg bleiben Praxen ohne Nachfolger – die Versorgungssicherheit ist dort akut gefährdet.

Die aktuelle Definition von Unterversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss reagiert erst dann, wenn 50 Prozent der Plansitze bei Fachärzten bzw. 75 Prozent bei Hausärzten unbesetzt sind. Das bedeutet: Wenn erst von Unterversorgung gesprochen wird, ist die Versorgungskatastrophe in der betroffenen Region längst eingetreten. Eine Anhebung der Unterversorgungsschwelle auf einheitlich 90 Prozent für Haus- und Fachärzte würde bis 2030 schätzungsweise 3.000 bis 4.000 neue Arztsitze schaffen – bei einer geschätzten Erhöhung des regionalen Leistungsvolumens von lediglich 0,5 Prozent in unterversorgten Gebieten, also bei minimaler Mehrbelastung für den GKV-Haushalt. Durch die Aufhebung von Budgetdeckelungen könnte ein unbegrenztes Regelleistungsvolumen den betroffenen Praxen ermöglichen, ihre Erlöse um 20 bis 30 Prozent zu steigern – was die wirtschaftliche Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Regionen erheblich verbessert und dem medizinischen Nachwuchs endlich einen echten Anreiz bietet. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält dazu keine einzige Maßnahme.

#### 5. Sonderproblem Orphan-Drugs-Markt:

Hinzu kommt ein strukturelles Sonderproblem, der Orphan-Drugs-Markt. Er macht mit einem Verordnungsanteil von nur 0,1 Prozent bereits 13 Prozent der gesamten GKV-Arzneimittelausgaben aus, mit einem jährlichen Kostenzuwachs von 14 Prozent. Bei der Mehrheit der Orphan Drugs lässt sich gemäß dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kein Zusatznutzen gegenüber der Standardbehandlung feststellen. Die Einführung einer Evidenzpflicht würde zu einem Einspareffekt von mindestens vier Milliarden Euro führen.

## II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, umgehend

1. die staatliche Unterfinanzierung endlich zu beenden und die Beitragszahler zu entlasten und hierfür
  - a) der gesetzlichen Krankenversicherung die tatsächlichen Gesundheitskosten für deutsche Bürgergeldempfänger vollständig aus Bundesteuerermitteln zu erstatten, was einer geschätzten Entlastung der GKV durch Mehreinnahmen in Höhe von 6,7 Milliarden Euro entspricht;
  - b) Bürgergeldempfänger aus Nicht-EU-Mitgliedstaaten (Drittstaaten) künftig grundsätzlich eigenständig für die Deckung ihrer regulären medizinischen Kosten aufkommen zu lassen, wobei eine Notfallmedizin-

- sche Versorgung auch ohne private Kostentragung durch die Betroffenen sichergestellt sein muss; für Bürgergeldempfänger aus EU-Mitgliedstaaten ist hingegen der Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu gewährleisten und stattdessen – soweit europarechtlich konform möglich – restriktiv an den Voraussetzungen des Bürgergeldbezugs selbst anzusetzen;
- c) alle bilateral geschlossenen Sozialversicherungsabkommen Deutschlands mit anderen Staaten hinsichtlich ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu überprüfen und sicherzustellen, dass keine Angehörigen im Ausland kostenfrei mitversichert sind, die in Deutschland nicht kostenfrei mitversichert wären; Abkommen, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, sind zu kündigen;
  - d) den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds nicht um 2 Milliarden Euro zu kürzen, sondern schrittweise auf ein Niveau anzuheben, das der gesamtstaatlichen Verantwortung für versicherungsfremde Leistungen Rechnung trägt;
2. Mehrbelastungen und Leistungskürzungen zurücknehmen, d. h.:
    - a) von der Einführung des Beitragszuschlags von 2,5 Prozentpunkten für Mitglieder mit bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartnern Abstand zu nehmen; Familien, die von einer einzigen Erwerbsperson getragen werden, dürfen nicht für das Versagen der Bundesfinanzpolitik bestraft werden;
    - b) die geplanten Erhöhungen der Mindestzuzahlung von fünf auf 7,50 Euro, der Höchstzuzahlung von zehn auf 15 Euro sowie der stationären Tagespauschale von zehn auf 15 Euro zurückzunehmen; steigende Eigenanteile treffen besonders chronisch kranke Menschen und Geringverdiener und sind das falsche Instrument zur GKV-Konsolidierung;
    - c) die Rücksetzung der befundbezogenen Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau vor dem 1. Januar 2021 zurückzunehmen; wer regelmäßig zur zahnärztlichen Vorsorge geht, darf für sein gesundheitsbewusstes Verhalten nicht durch Leistungskürzungen bei den Bonusregelungen bestraft werden;
    - d) die Streichung der Zuschläge für Kurzzeittherapie und die Reduzierung der Pflegepersonalfinanzierung zurückzunehmen;
  3. sicherzustellen, dass medizinische Leistungen auskömmlich vergütet, bestehende Quersubventionierungen beendet und nicht durch neue Untervergütungen verschlimmert werden; dies gilt insbesondere für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Notaufnahmen, Intensivmedizin, hausärztliche Versorgung, Psychotherapie und Gynäkologie;
  4. die Vergütungsdeckelung für Leistungserbringer unterhalb der tatsächlichen Kostensteigerungsrate für die Jahre 2027 bis 2029 zurückzunehmen; wer Reha, ambulante Versorgung und Pflege durch dauerhaftes Unterschreiten der Kostensteigerung strukturell aushöhlt, gefährdet die Versorgungsqualität für alle Versicherten;
  5. sicherzustellen, dass Bürokratie im Gesundheitswesen konkret und messbar abgebaut wird, was Einsparungen von rund einer Milliarde Euro jährlich ermöglicht; dies umfasst insbesondere die Vereinfachung der Dokumentationspflichten, die Optimierung von Abrechnungsverfahren, die Förderung der Interoperabilität digitaler Systeme, die Vereinheitlichung der Prüfungen

- durch den Medizinischen Dienst sowie die Abschaffung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin;
6. dafür Sorge zu tragen, dass Digitalisierung im Gesundheitswesen bestehende analoge Prozesse nicht lediglich digital verdoppelt; die Effizienzpotenziale von Innovationen in Medizintechnik, E-Health, Arzneimittel und Biotechnologie in Höhe von über 20,8 Milliarden Euro jährlich laut Prognos-AG-Studie sind konsequent zu heben;
  7. die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen durch Zusammenlegung und Strukturvereinfachung deutlich zu reduzieren sowie ein Werbeverbot für gesetzliche Krankenkassen einzuführen, was allein durch das Werbeverbot zu einer geschätzten Entlastung durch verringerte Verwaltungsausgaben von mindestens 225 Millionen Euro jährlich führt;
  8. Orphan Drugs einer regulären, methodisch belastbaren Nutzenbewertung zu unterziehen und die Erstattungsbeträge konsequent am nachgewiesenen Zusatznutzen auszurichten; da bei der Mehrheit der Orphan Drugs laut dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kein Zusatznutzen festzustellen ist, würde eine konsequente Evidenzpflicht zu einem Einspareffekt von mindestens vier Milliarden Euro führen;
  9. die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum durch eine Reform der Bedarfsplanung im SGB V zu sichern und hierzu insbesondere
    - a) Unterversorgung bereits dann festzustellen, wenn weniger als 90 Prozent der vorgesehenen Haus- oder Facharztsitze besetzt sind;
    - b) den Gemeinsamen Bundesausschuss zu verpflichten, seine Bedarfsplanungsrichtlinie bis Ende 2026 entsprechend anzupassen;
    - c) bei festgestellter Unterversorgung das Regelleistungsvolumen für betroffene Praxen befristet freizugeben;
  10. die fortdauernde Zuwanderung in die Sozialsysteme unverzüglich zu stoppen, die Anreize für den Bürgergeldmissbrauch durch Nichterwerbstätige konsequent zu beseitigen und die Rückkehr temporär Bleibeberechtigter in ihre Heimatländer aktiv zu befördern, um die strukturelle Kostenbelastung der GKV dauerhaft zu begrenzen.

Berlin, den 7. Juli 2026

**Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion**

## **Begründung**

Mit diesen Maßnahmen könnte die GKV ohne Leistungskürzungen und ohne Beitragserhöhungen um knapp 40 Milliarden Euro entlastet werden: durch die vollständige Bundeserstattung der Gesundheitskosten für deutsche Bürgergeldempfänger (6,7 Milliarden Euro), die Entlastung durch die private Eigenleistung für reguläre Gesundheitskosten von Drittstaatsangehörigen im Bürgergeldbezug sowie die europarechtskonforme Begrenzung des Bürgergeldbezugs für EU-Ausländer, die Kündigung systemwidrig belastender Sozialversicherungsabkommen, die Zusammenlegung gesetzlicher Krankenkassen und das Werbeverbot (mindestens 225 Mio. Euro), konsequenten Bürokratieabbau (1 Milliarde Euro), die Hebung von Innovationseffizienzpotenzialen laut Prognos AG (über

20,8 Milliarden Euro) sowie die Einführung einer Evidenzpflicht für Orphan Drugs (mindestens 4 Milliarden Euro). Dieser Weg entlastet Beitragszahler, sichert Leistungen und stärkt das System – ohne die Falschen zur Kasse zu bitten.

Ohne eine Reform der Bedarfsplanung nach SGB V droht ein weiterer Kollaps der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen mit Rückgängen von bis zu einem Viertel bis 2035. Eine Anhebung der Unterversorgungsschwelle auf 90 Prozent und die temporäre Freigabe des Regelleistungsvolumens in unterversorgten Regionen würden bis 2030 zwischen 3.000 und 4.000 neue Arztsitze schaffen – bei minimaler Mehrbelastung für den GKV-Haushalt. Diese Chance lässt die Bundesregierung vollständig ungenutzt.

Bürokratieabbau ist keine Nebensache: Jede Stunde, die ein Arzt mit Formularen verbringt, ist eine Stunde weniger am Patienten. Jeder neue Melde- und Prüfprozess kostet Geld und Zeit, ohne die Versorgungsqualität zu verbessern. Echter Bürokratieabbau spart, entlastet und verbessert – und ist damit das genaue Gegenteil dessen, was der vorliegende Gesetzentwurf leistet.