

Antrag

der Abgeordneten Linda Heitmann, Filiz Polat, Sylvia Rietenberg, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Dr. Armin Grau, Dr. Paula Piechotta, Lisa Paus und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Menschen ohne Krankenversicherungsschutz wieder wirksam absichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland besteht eine Krankenversicherungspflicht. Das hat seinen Grund: Das Recht auf Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht – und in einem solidarisch organisierten Gesundheitssystem darf niemand durchs Raster fallen.

Doch die Realität sieht anders aus: Offiziellen Statistiken zufolge bestand in Deutschland im Jahr 2023 für rund 72.000 Menschen weder eine Krankenversicherung noch ein anderweitiger Anspruch auf Gesundheitsversorgung; weitere 198.000 Menschen waren zwar nicht krankenversichert, hatten aber nach anderen Regelungen dennoch einen Anspruch auf Versorgung (vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25_N060_23.html). Gegenüber der vorangegangenen Erhebung für 2019 mit rund 61.000 Betroffenen (vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html) liegt die Zahl damit um etwa 11.000 über dem damaligen Wert. Die tatsächliche Zahl dürfte deutlich höher liegen: Der Mikrozensus erfasst ausschließlich Personen mit gemeldetem Wohnsitz. Wohnungslose Menschen und Menschen ohne Aufenthaltsstatus – also gerade Gruppen, in denen fehlender Versicherungsschutz besonders häufig auftritt – bleiben systematisch unerfasst. Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie die in der Versorgung tätigen Verbände gehen deshalb von erheblich höheren Zahlen aus (vgl. Ärzte der Welt, „Deutschland: Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung steigt“, 11. November 2025, www.aeztederwelt.org). Das ist gesundheitlich riskant, sozial ungerecht und mit unserem Anspruch eines modernen Sozialstaats nicht vereinbar.

Wer krank ist, braucht Hilfe. Wer schwanger ist, braucht Vorsorge und sichere Geburtshilfe – unabhängig von Einkommen, Herkunft oder Aufenthaltsstatus. Gerade bei Menschen in besonders verletzlichen Lebenslagen ist der Unterstützungsbedarf hoch und es braucht verlässliche, niedrighschwellige und unbürokratische Zugänge in die Versorgung. Wie groß dieser Bedarf ist, zeigt sich auch mit Blick auf ihre psychische Gesundheit: Die Prävalenz einer psychischen Erkrankung liegt bei Wohnungslosen im Schnitt bei 77,5% (Schreiter et al., 2017). Fehlender Zugang zur Versorgung ist dabei keine allein individuelle Angelegenheit. Wer

keine ärztliche Behandlung erhält, nimmt nicht an Vorsorge- und Früherkennungsangeboten teil, bekommt in der Regel keine Schutzimpfungen und erreicht das Versorgungssystem bei übertragbaren Erkrankungen erst spät. Das erhöht das Risiko schwerer Verläufe für die Betroffenen, schränkt dadurch gesellschaftliche Teilhabe ein und kann im Kontext von Schwangerschaften erhebliche gesundheitliche Risiken für Schwangere und Kinder bedeuten. Zugleich wird der Infektionsschutz für die gesamte Bevölkerung geschwächt. Der Gesetzgeber hat diesen Zusammenhang bereits anerkannt: § 19 IfSG ermöglicht den Gesundheitsämtern bereits Behandlung bei Tuberkulose und sexuell übertragbaren Infektionen unabhängig vom Versicherungsschutz. Dieses Prinzip konsequent anzuwenden heißt, den Zugang zur Versorgung nicht auf einzelne Krankheitsbilder zu beschränken. Die konsequente Eindämmung insbesondere von Infektionskrankheiten funktioniert nur, wenn Impfschutz und moderne Behandlungsoptionen alle Menschen erreichen.

Die Gründe, warum Menschen in Deutschland ohne Versicherungsschutz sind, können vielfältig sein. Sie reichen von Auslandsaufenthalten über Phasen der Selbständigkeit oder Arbeitslosigkeit ohne Meldung bei der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter, Kündigung der privaten Krankenversicherung ohne Abschluss eines neuen Versicherungsverhältnisses bis zu Wohnungs- und Obdachlosigkeit oder unklarem Aufenthaltsstatus.

Eine eigene Fallgruppe bilden Unionsbürgerinnen und Unionsbürger. Sie machen einen erheblichen Teil der Ratsuchenden in den Clearingstellen aus, fallen aber häufig zwischen zwei Systeme: Im Herkunftsstaat erlischt der Versicherungsschutz mit der Verlagerung des Wohnsitzes oder ist mangels Beitragszahlung nicht durchsetzbar; in Deutschland greifen die Leistungsausschlüsse in § 7 Abs. 1 S. 2 SGB II und § 23 Abs. 3 SGB XII, und der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung über die Auffangversicherungspflicht bleibt in der Praxis vielfach verschlossen. Die Überbrückungsleistungen nach § 23 Abs. 3 SGB XII sind zeitlich eng begrenzt und decken chronische Erkrankungen nicht ab. Das Ergebnis ist ein Zuständigkeitsvakuum, dessen Kosten am Ende Krankenhäuser, Kommunen und ehrenamtliche Strukturen tragen.

Vorrangiges politisches Ziel muss es sein, dass Menschen erst gar nicht ohne Versicherungsstatus sind. Doch so vielfältig wie die Problemlagen, die zu diesem Zustand führen können, sind auch die wirksamen politischen Antworten darauf. Die Erfahrung zeigt: Ohne klare Zuständigkeiten, verbindliche Clearingstrukturen und einfache Wege zurück in den Versicherungsschutz bleiben viele Betroffene zu lange ohne Behandlung oder wenden sich erst in ganz akuten Notlagen an das System.

Wirksam ist daher ein zweistufiger Ansatz: Zum einen müssen Versicherungslücken durch Beratung, Frühwarnsysteme und verbindliche Übergangsverfahren möglichst verhindert werden. Zum anderen braucht es flächendeckende Clearingstellen und abgesicherte Behandlungsmöglichkeiten für die Fälle, in denen ein Verlust des Versicherungsschutzes bereits eingetreten ist. Prävention und nachträgliche Absicherung dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Beide Maßnahmen sind notwendig, um die Krankenversicherungspflicht tatsächlich durchzusetzen und unnötige gesundheitliche sowie finanzielle Folgekosten zu vermeiden.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Clearingstellen in vielen Fällen bereits bestehende Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialhilfe, des Asylbewerberleistungsgesetzes oder anderer Leistungsträger klären und durchsetzen und können somit langfristig Kosten einsparen bzw. dafür sorgen, dass Leistungserbringer nicht auf Kosten sitzen bleiben. Sie können damit

Kommunen, Krankenhäuser und ehrenamtliche Hilfsstrukturen langfristig entlasten. Das zeigen auch erste Evaluationen von Einrichtungen wie Clearingstellen. Bundesgesetzliche Regelungen dürfen nicht zu einer Verdrängung bestehender Landes- und Kommunalfinanzierungen führen. Vielmehr müssen Zuständigkeiten, Kostenverteilung und eine dauerhafte Refinanzierung klar geregelt werden.

Und auch für Behandelnde im System selbst führt der Umgang mit Menschen ohne Versicherungsschutz vielerorts zu prekären Zuständen. In vielen Städten und Gemeinden haben sich ehrenamtliche Strukturen gebildet, um Menschen ohne Versicherungsschutz zu behandeln. Sie beruhen auf Ehrenamtlichen, die oft an ihre Grenzen stoßen. Zudem können neben der reinen Behandlung notwendige Medikamente für die Betroffenen nicht verschrieben und finanziert werden. Auch behandeln Arztpraxen und Krankenhäuser Menschen ohne Versicherungsschutz in akuten Notsituationen trotzdem, bleiben auf den Kosten dann aber sitzen und laufen Gefahr, langfristig defizitär zu wirtschaften.

Besonders deutlich wird die Lücke bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Ein Leistungsanspruch besteht rechtlich bereits (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. §§ 4, 6 AsylbLG). Wahrnehmen können sie ihn faktisch nicht. Der erforderliche Behandlungsschein ist beim Sozialamt zu beantragen und öffentliche Stellen sind gem. § 87 Abs. 2 AufenthG verpflichtet, die Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom Aufenthalt einer Person ohne erforderlichen Aufenthaltstitel haben. Wer ärztliche Hilfe sucht, riskiert damit aufenthaltsbeendende Maßnahmen. Der Anspruch steht auf dem Papier und läuft in der Praxis leer.

Der Gesetzgeber hat dieses Spannungsverhältnis bereits einmal aufgelöst: 2011 wurden Bildungs- und Erziehungseinrichtungen von der Übermittlungspflicht ausgenommen (vgl. § 87 Abs. 1 Satz 1 AufenthG), damit Kinder ohne Aufenthaltsstatus angstfrei zur Schule gehen können. Für den Gesundheitsbereich steht diese Ausnahme weiter aus. Auch im europäischen Vergleich steht Deutschland damit allein: Nach Erhebung von Fachverbänden ist in keinem anderen europäischen Staat die für die Gesundheitsversorgung zuständige Sozialbehörde verpflichtet, Betroffene den Ausländerbehörden zu melden (vgl. Diakonie Deutschland/GFF-Studie „Ohne Angst zum Arzt“). Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat Deutschland 2018 empfohlen, eine klare Trennung zwischen der Erbringung öffentlicher Leistungen und den Ausländerbehörden herzustellen und § 87 Abs. 2 AufenthG aufzuheben (vgl. CESCR, Abschließende Bemerkungen zu Deutschland 2018). Auch das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass die Menschenwürde migrationspolitisch nicht zu relativieren ist (vgl. BVerfG, Urteil vom 18.7.2012 -1 BvL 10/10). Die vorgeschlagene Ausnahme lässt die Ausreisepflicht und ihre Durchsetzung unberührt; sie stellt allein sicher, dass ein bestehender Anspruch tatsächlich wahrgenommen werden kann.

Wie groß die Versorgungslücken sind, zeigt sich auch in gesundheitlichen Krisenlagen wie extremen Hitzeperioden. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz sowie wohnungs- und obdachlose Menschen gehören zu den besonders gefährdeten Gruppen. Auf parlamentarische Nachfrage (Drucksache 21/7670) hat die Bundesregierung eingeräumt, keine bundesweiten Erkenntnisse über die tatsächliche Inanspruchnahme von medizinischer Akutversorgung, aufsuchenden Hilfen, Trinkwasserangeboten oder Schutzräumen durch diese Gruppen zu haben. Auch konkrete Pläne zur Verbesserung dieser Erkenntnis- und Versorgungslücken gibt es nicht.

All dem wollen und müssen wir entgegenwirken. Niemand soll hierzulande ohne medizinische Absicherung bleiben. Dafür braucht es drei Bausteine: Versicherungs-lücken verhindern, wo sie entstehen; Anlaufstellen und Übergänge schaffen,

wo sie bereits eingetreten sind; und den Zugang zur Versorgung auch für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus tatsächlich ermöglichen. Ziel muss es sein, die Krankenversicherungspflicht in Deutschland tatsächlich Realität werden zu lassen, vorhandene Versicherungslücken zu schließen, den Zugang zur Versorgung praktisch zu sichern und die Verantwortung von Staat und Sozialleistungsträgern so zu ordnen, dass die Versorgung nicht länger vom Zufall einzelner Angebote abhängt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine bundesgesetzliche Grundlage für einen verlässlichen Zugang zu Beratung und Klärung des Krankenversicherungsschutzes zu schaffen und gemeinsam mit den Ländern sicherzustellen, dass hierfür flächendeckend geeignete Clearing- und Beratungsstrukturen zur Verfügung stehen. Dabei sollen bestehende und erfolgreich erprobte Strukturen der Länder und Kommunen, insbesondere Clearingstellen nach Hamburger Vorbild, berücksichtigt und Doppelstrukturen vermieden werden. Menschen ohne oder mit gefährdetem Krankenversicherungsschutz sollen dort niedrigschwellig beraten, bei der Vermeidung drohender Versicherungslücken unterstützt und durch ein verbindliches Verfahren zur Klärung ihres Versicherungs- oder Leistungsstatus begleitet werden. Die rechtsverbindliche Entscheidung über Versicherungspflicht, Mitgliedschaft oder Leistungsansprüche verbleibt bei den jeweils zuständigen Krankenversicherungs- oder Sozialleistungsträgern. Für die Dauer einer noch nicht abgeschlossenen Zuständigkeitsklärung ist gesetzlich sicherzustellen, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht allein wegen ungeklärter Kostenträgerschaft unterbleiben; hierfür sind eine vorläufige Leistungspflicht sowie ein anschließender Erstattungsmechanismus zwischen den zuständigen Trägern eindeutig zu regeln. Die organisatorische Ausgestaltung der Clearing- und Beratungsstrukturen bleibt den Ländern vorbehalten;
2. gemeinsam mit den Ländern einen bundesweiten Aktionsplan zur Vermeidung und Schließung von Versicherungslücken zu erarbeiten und umzusetzen. Dieser soll die unterschiedlichen Ursachen fehlenden oder gefährdeten Krankenversicherungsschutzes systematisch erfassen, bestehende Regelungslücken identifizieren und erfolgreich erprobte Lösungswege für unterschiedliche Fallkonstellationen nutzbar machen und insbesondere
 - a) verbindliche und möglichst standardisierte Verfahren für Übergänge zwischen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Selbstständigkeit, Leistungsbezug, Haft, Auslandsaufenthalt sowie unterschiedlichen Versicherungs- und Leistungssystemen vorsehen,
 - b) Krankenkassen und andere zuständige Leistungsträger verpflichten, ihnen erkennbare drohende Versicherungslücken frühzeitig zu prüfen und betroffene Menschen rechtzeitig, verständlich, barrierearm und erforderlichenfalls mehrsprachig über Handlungsbedarf und zuständige Stellen zu informieren,
 - c) für Fälle eines ungeklärten Versicherungsstatus ein gesetzlich geregeltes Verfahren zur datenschutzkonformen

- Kontaktaufnahme, Sachverhaltsklärung und – soweit erforderlich – Datenübermittlung zwischen den beteiligten Leistungsträgern schaffen,
- d) automatische oder vereinfachte Übergänge in den zuständigen Versicherungsschutz ermöglichen, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür vorliegen und die erforderlichen Tatsachen bereits festgestellt werden können,
 - e) sicherstellen, dass ein Streit oder eine noch ungeklärte Zuständigkeit zwischen mehreren Trägern nicht dazu führt, dass medizinisch notwendige Versorgung allein aus diesem Grund vollständig ausbleibt, und
 - f) für besonders gefährdete Gruppen, insbesondere wohnungslose Menschen, Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, Menschen vor und nach einer Haftentlassung sowie Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, aufsuchende und niedrigschwellige Beratungsangebote vorsehen;
3. gesetzlich ein verbindliches, fristgebundenes Übergabe- und Klärungsverfahren bei drohendem oder eingetretenem Verlust des Krankenversicherungsschutzes vorzusehen. Krankenkassen, Sozialleistungsträger und sonstige zuständige Stellen sollen verpflichtet werden, ungeklärte Zuständigkeiten untereinander zu klären, soweit die hierfür erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, anstatt die betroffene Person allein auf die eigenständige Klärung widersprüchlicher Zuständigkeiten zu verweisen. Hierzu sind die erforderlichen sozial- und datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse präzise zu regeln. Für die Dauer der Klärung ist eine vorläufige Absicherung medizinisch notwendiger Versorgung einschließlich einer eindeutigen Kostenträgerschaft und eines Erstattungsverfahrens vorzusehen;
4. sicherzustellen, dass alle in Deutschland beschäftigten Menschen, insbesondere auch Saisonbeschäftigte, während der gesamten Beschäftigungsdauer über einen nach dem jeweils anwendbaren deutschen, europäischen oder zwischenstaatlichen Recht erforderlichen und tatsächlich zugänglichen Krankenversicherungsschutz verfügen. Bestehende Melde-, Nachweis- und Vollzugslücken sind zu schließen. Soweit weder eine Versicherungspflicht in Deutschland noch eine anderweitige Absicherung durch einen anderen zuständigen Staat besteht, ist sicherzustellen, dass keine Beschäftigung ohne eine tatsächlich wirksame Absicherung im Krankheitsfall erfolgt und mindestens ein der notwendigen medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbarer Leistungszugang gewährleistet ist;
5. die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen, Sozialleistungsträgern sowie den jeweils zuständigen Beratungs- und Clearingstrukturen durch klare Kooperations-, Weiterleitungs- und Klärungsverfahren zu verbessern, damit Menschen mit ungeklärtem oder fehlendem Versicherungsschutz nicht allein aufgrund unklarer Zuständigkeiten zwischen unterschiedlichen Stellen verwiesen werden und notwendige Versorgung unterbleibt. Dabei sind die jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten sowie die sozial- und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für einen Informationsaustausch zu wahren;

6. das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V für Patientinnen und Patienten mit bestehender oder drohender Wohnungslosigkeit weiterzuentwickeln. Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, einen erkennbaren Bedarf an medizinischer Anschlussversorgung sowie an erforderlicher sozialrechtlicher Unterstützung frühzeitig festzustellen und – mit Einwilligung der betroffenen Person und unter Wahrung des Sozialdatenschutzes – rechtzeitig Kontakt zu den hierfür zuständigen Stellen aufzunehmen. Insbesondere bei absehbar notwendiger weiterer medizinischer, pflegerischer oder medikamentöser Versorgung darf eine fehlende Unterkunft nicht dazu führen, dass erforderliche Anschlussversorgung faktisch nicht erreichbar ist. Die gesetzliche Zuständigkeit und Finanzierung für Unterkunft und sonstige soziale Hilfen bleibt bei den jeweils dafür zuständigen Leistungssystemen;
7. sicherzustellen, dass bei der Entlassung aus Untersuchungshaft, Straftat oder einer freiheitsentziehenden Maßregel ein nach dem SGB V bestehender Leistungsanspruch ohne Versorgungslücke wahrgenommen werden kann. Soweit die Mitgliedschaft während der Haft fortbesteht und lediglich der Leistungsanspruch nach § 16 Absatz 1 Nummer 4 SGB V ruht, muss dessen uneingeschränkte Inanspruchnahme mit der Entlassung praktisch gewährleistet sein. In allen übrigen Fällen ist der Krankenversicherungsstatus möglichst bereits vor der Entlassung zu klären. Gemeinsam mit den Ländern sollen hierfür standardisierte Übergabeverfahren entwickelt werden, die insbesondere eine unterbrechungsfreie Versorgung mit medizinisch erforderlichen Arzneimitteln, etwa im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, ermöglichen;
8. die bestehenden Regelungen zu Beitragsschulden und zum Ruhen von Leistungsansprüchen in der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere § 16 Absatz 3a und § 256a SGB V, weiterzuentwickeln, damit Beitragsschulden bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit oder vergleichbaren besonderen Härtefällen nicht zu einem dauerhaften tatsächlichen Zugangshindernis zur Regelversorgung werden. Dabei ist zu prüfen, für welche klar gesetzlich bestimmten Fallgruppen eine weitergehende Ermäßigung oder ein Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen erforderlich ist. Soweit hierdurch gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Lasten entstehen, ist eine Gegenfinanzierung vorzulegen, die die Beitragszahlenden nicht zusätzlich mit versicherungsfremden Aufgaben belastet;
9. § 25 SGB XII so weiterzuentwickeln, dass Leistungserbringer bei medizinischen Eilfällen einen praktikablen und verlässlichen Erstattungsanspruch erhalten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für Leistungen der Sozialhilfe im Zeitpunkt des Eilfalls vorlagen. Insbesondere sind Zuständigkeit, Nachweisanforderungen, Fristen und die Anforderungen an die Kenntnis beziehungsweise Erreichbarkeit des zuständigen Sozialhilfeträgers so auszugestalten, dass notwendige medizinische Hilfe nicht daran scheitert, dass die Kostenträgerschaft in der konkreten Notfallsituation nicht vorab geklärt werden konnte;
10. die §§ 87 und 88 des Aufenthaltsgesetzes so zu ändern, dass die tatsächliche Inanspruchnahme bestehender Ansprüche auf medizinische Versorgung nicht durch eine aufenthaltsrechtliche Übermittlungspflicht verhindert wird. Hierzu ist eine klar begrenzte gesetzliche Ausnahme vorzusehen, nach der öffentliche Stellen Informationen über einen fehlenden

Aufenthaltstitel weder auf Ersuchen noch von Amts wegen an die Ausländerbehörden übermitteln müssen oder dürfen, soweit diese Informationen ausschließlich im Zusammenhang mit der Beantragung, Prüfung, Gewährung, Erbringung oder Abrechnung medizinischer Versorgung, insbesondere nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes, erlangt worden sind. Der Schutz ist auf die für diesen Zweck erforderlichen Informationen und Verfahrensschritte entlang der notwendigen Leistungs- und Abrechnungskette zu erstrecken. Übermittlungen, die zur Abwehr einer konkreten erheblichen Gefahr für Leib, Leben oder die öffentliche Gesundheit erforderlich sind, sowie sonstige aufenthaltsrechtliche Pflichten außerhalb dieses Gesundheitskontextes bleiben unberührt;

11. bis zum Inkrafttreten einer wirksamen bundesgesetzlichen Regelung nach Nummer 10 gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, dass Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ihren bestehenden Anspruch auf medizinische Versorgung tatsächlich wahrnehmen können, insbesondere durch anonymisierte Behandlungsscheine oder funktional gleichwertige Verfahren. Bestehende Länderprogramme sollen berücksichtigt werden. Für diese Übergangszeit ist gemeinsam mit den Ländern ein verlässliches und finanzverfassungsrechtlich tragfähiges Finanzierungsmodell zu entwickeln;
12. gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, dass flächendeckend niedrigschwellige medizinische und soziale Versorgungsangebote als Sicherheitsnetz für Menschen bestehen, die von der Regelversorgung vorübergehend nicht erreicht werden. Bestehende Landes-, kommunale und zivilgesellschaftliche Strukturen sind einzubeziehen und Doppelstrukturen zu vermeiden; die organisatorische Ausgestaltung und die Bestimmung der zuständigen Stellen bleiben den Ländern vorbehalten. Die Angebote sollen insbesondere in besonderen gesundheitlichen Gefährdungslagen, etwa bei extremen Hitzeperioden, zuverlässig erreichbar sein und stets auf die Klärung von Ansprüchen und den Übergang in die Regelversorgung ausgerichtet werden;
13. bestehende Versorgungslücken bei Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern ohne tatsächlich durchsetzbaren Krankenversicherungsschutz zu schließen. Hierzu sind insbesondere das Zusammenspiel der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V mit § 5 Absatz 11 SGB V, dem Freizügigkeitsrecht und dem europäischen Koordinierungsrecht zu überprüfen und bestehende Rechts- und Vollzugsunsicherheiten zu beseitigen. Es ist rechtssicher zu klären, in welchen Fallgruppen Deutschland für die Absicherung im Krankheitsfall zuständig ist und der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet werden muss. Soweit ein anderer Mitgliedstaat zuständig ist, sollen Verfahren zur zeitnahen und verbindlichen Feststellung der Zuständigkeit sowie zur tatsächlichen Durchsetzung grenzüberschreitender Leistungsansprüche verbessert werden;
14. spätestens zusammen mit den zur Umsetzung erforderlichen Gesetzentwürfen eine umfassende Kosten- und Gesetzesfolgenabschätzung vorzulegen. Diese muss die einmaligen und laufenden finanziellen Auswirkungen getrennt für Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherung sowie den Erfüllungsaufwand für Leistungsträger und Leistungserbringer ausweisen und die zugrunde gelegten Fallzahlen und Berechnungsannahmen transparent darstellen. Gesondert auszuweisen sind insbesondere

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Aufwendungen für Beratung und Clearing, Personal, Sachmittel und IT, Koordinierung, Sprach- und Rechtsmittlung, Übergangs- und Klärungsverfahren, anonymisierte Behandlungsscheine oder vergleichbare Instrumente, medizinische Leistungen und Erstattungsansprüche sowie Auswirkungen von Änderungen bei Beitragsschulden. Davon getrennt sind quantifizierbare fiskalische und gesamtwirtschaftliche Entlastungseffekte durch frühzeitigere Versorgung, geklärte Zuständigkeiten und vermiedene Folgekosten darzustellen; diese dürfen nicht mit den unmittelbaren Haushaltsausgaben saldiert werden. Zugleich ist ein dauerhaft tragfähiges und finanzverfassungsrechtlich zulässiges Finanzierungsmodell vorzulegen, das die Finanzierungsverantwortung entsprechend den jeweiligen Aufgaben von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherung eindeutig zuordnet, bestehende Finanzierungen der Länder und Kommunen berücksichtigt und nicht verdrängt und eine verlässliche Erstattung medizinisch notwendiger Leistungen an die Leistungserbringer gewährleistet.

Berlin, den 13. Oktober 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.