Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8923**

21. Wahlperiode 03.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

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 L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch, Alexander Arpaschi, Dr. Michael Blos, René Bochmann, Erhard Brucker, Udo Theodor Hemmelgarn, Karsten Hilse, Dr. Malte Kaufmann, Dr. Michael Kaufmann, Kurt Kleinschmidt, Heinrich Koch, Manuel Krauthausen, Knuth Meyer-Soltau, Dr. Rainer Rothfuß, Volker Scheurell, Martina Uhr, Sven Wendorf, Dr. Daniel Zerbin, Jörg Zirwes und der Fraktion der AfD

Nierengesundheit stärken, Solidarsystem schützen – Transparenz schaffen und Effizienz von Inklusionsprogrammen kritisch überprüfen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die chronische Nierenerkrankung (CKD) ist mit jährlichen Kosten von bis zu 50.000 Euro pro Dialysepatient eine der kostenintensivsten chronischen Erkrankungen im deutschen Gesundheitswesen. Die fiskalische Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist zunehmend durch steigende Behandlungszahlen gefährdet.[1,2]

Es herrscht ein inakzeptabler Mangel an Transparenz über die Kostenlast, die durch Patienten ohne Vorversicherungszeiten bzw. ohne langjährige Beitragsleistung entsteht.[3] Die Bundesregierung verweigert konsequent eine statistische Erfassung der Behandlungskosten nach Aufenthaltsstatus oder Migrationshintergrund. Dies stellt eine bewusste Verschleierung der Auswirkungen von Zuwanderung auf das Solidarsystem dar.

Steuer- und Beitragsmittel werden in zunehmendem Maße für „Inklusionsprogramme“ und mehrsprachige Informationskampagnen (z. B. durch den G-BA) verwendet, statt den Integrationsdruck zu erhöhen.[4,5] Es findet ein Paradigmenwechsel statt: Die Holschuld des Patienten zur Aneignung der deutschen Sprache

[1] https://pharma-fakten.de/grafiken/bluthochdruck-und-nierenerkrankung-stille-risiken-mit-grosser-wirkung/
[2] (https://www.dgfn.eu/pressemeldung/pm-20231006-02-nierenkrankheiten-unterschaetzt.html
[3] Bundestags-Drucksache 21/4894
[4] https://www.charite.de/forschung/forschung_an_der_charite/forschungsprojekte_und_programme/innovationsfonds/nomig
[5] https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/795/2025-01-24_CKD-up_Ergebnisbericht.pdf

als Voraussetzung für eine sichere und effektive medizinische Therapie wird durch eine staatliche „Bringschuld“ ersetzt.

Studien und Berichte deutscher Kliniken belegen, dass Sprachbarrieren bei hochkomplexen Behandlungen wie der Dialyse zu lebensgefährlichen Anwendungsfehlern führen.[6,7] Dass der Staat diese Sprachbarrieren zunehmend durch kostspielige Übersetzungsangebote zu kompensieren versucht, statt die originäre Sprachkompetenz einzufordern, birgt erhebliche Risiken für die Patientensicherheit. Solange jedoch jede valide Kostenerfassung verweigert wird, bleibt für die Beitragszahler intransparent, in welchem Umfang diese Maßnahmen zu einer fiskalischen Fehlsteuerung und Mehrausgaben führen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. ein Konzept vorzulegen, wie die Kosten für nephrologische Behandlungen und Dialyse im Rahmen der GKV sowie im Rahmen des AsylbLG bzw. § 264 SGB V systematisch nach Aufenthaltsstatus und Inanspruchnahme (insb. Akut-Dialyse bei Ersteintritt in das System) erfasst und jährlich berichtet werden können (Finanzielle Transparenz);
2. eine unabhängige Evaluierung aller vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Projekte (z. B. ‚NoMiG‘ oder multilinguale Leitlinienprojekte) durchzuführen, um anhand valider Kennzahlen (Patientenzahlen, Interventionskosten, Dialyse-Inzidenz) offenzulegen, in welchem Umfang diese Programme zu einer messbaren Kostensenkung beitragen oder lediglich zusätzliche bürokratische Ausgaben verursachen (Effizienz-Audit für den G-BA);
3. statt der dauerhaften Finanzierung von staatlichen Übersetzungs- und Inklusionsprogrammen ein Modell zu etablieren, das den Erwerb der deutschen Sprache als notwendige Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung von Vorsorgeleistungen (z. B. Check-up 35) priorisiert (Sprache als Präventionsgrundlage);
4. in Zusammenarbeit mit den Ländern sicherzustellen, dass Patienten, die ohne Vorversicherungszeiten einreisen und unmittelbar dialysepflichtig werden, einer strengen Einzelfallprüfung hinsichtlich der Kostenübernahme durch das deutsche Sozialsystem unterzogen werden (Strenge Einzelfallprüfung).

Berlin, den 3. November 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

[6] https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2024_02_Diabetes_Migrationsgeschichte.html
[7] https://www.ddg.info/presse/2025/neue-studie-zu-diabeteskomplikationen-die-rolle-des-migrationsstatus-bei-folgeerkrankungen-und-sterberisiko

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

Die Nierengesundheit ist ein Gradmesser für die Leistungsfähigkeit und die fiskalische Stabilität unseres Gesundheitswesens. Eine chronische Nierenerkrankung (CKD) ist nicht nur ein schweres medizinisches Schicksal für die Betroffenen, sondern mit jährlichen Kosten von bis zu 50.000 Euro pro Dialysepatient ein gewaltiger Faktor im Solidarsystem der Krankenkassen.

Aktuell verschließt die Bundesregierung jedoch die Augen vor einer zentralen Realität: In einer Zeit, in der die GKV-Beiträge steigen, fehlen valide Daten darüber, in welchem Maße die Inanspruchnahme der nephrologischen Hochleistungsmedizin durch Personen ohne langjährige Beitragsleistung das System belastet. Die ständige Verweigerung einer statistischen Erfassung nach Aufenthaltsstatus ist Ausdruck einer Politik, die das Solidarsystem aus ideologischen Gründen intransparent hält.

Dass dieser Klärungsbedarf dringlich ist, belegen die vorliegenden epidemiologischen Daten: Fachgesellschaften wie die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)[8] und das RKI[9] weisen darauf hin, dass bestimmte Zuwanderergruppen eine überproportionale Prävalenz von Stoffwechselerkrankungen aufweisen, die zu den Hauptursachen für Dialysepflichtigkeit zählen.[10,11] Wenn gleichzeitig Sprach- und Informationsbarrieren den Therapieerfolg nachweislich gefährden, besteht die reale Gefahr überproportionaler Ausgaben im Hochkostenbereich der Nephrologie. Wer vor diesem Hintergrund eine differenzierte statistische Kostenerfassung blockiert, nimmt den Blindflug der GKV sehenden Auges in Kauf.

Gleichzeitig findet ein Paradigmenwechsel statt: Anstatt die Eigenverantwortung der Patienten – insbesondere die Holschuld zur Aneignung der deutschen Sprache für eine korrekte Therapie – zu betonen, setzt das System auf teure Parallelstrukturen. Programme des Gemeinsamen Bundesausschusses wie „NoMiG“ oder die massive Förderung mehrsprachiger Patientenleitlinien suggerieren, dass es Aufgabe des Steuerzahlers sei, Sprach- und Kulturbarrieren durch endlose Finanzspritzen auszugleichen. Die medizinische Realität straft dies Lügen: Wenn aufgrund von Kommunikationshürden bei hochkomplexen Behandlungen lebensgefährliche Anwendungsfehler bei der Dialyse auftreten, wird die gesundheitliche Sicherheit der Patienten gefährdet und die Kosten für Notfallbehandlungen explodieren.

Das System braucht keine weiteren „Inklusionsprogramme“, die den Integrationsdruck mindern, sondern eine Rückkehr zu fiskalischer Transparenz und gesundheitspolitischer Vernunft. Prävention ist in Deutschland ein universelles Angebot (Check-up 35), dessen Nutzung jedoch eine Mitwirkung des Patienten voraussetzt. Wir fordern daher ein Ende der ideologisch motivierten Verschleierung der Kosten und eine klare Priorisierung der deutschen Sprache als Basis für eine erfolgreiche und sichere Gesundheitsversorgung. Transparenz ist die Voraussetzung dafür, dass das solidarische Gesundheitssystem für diejenigen erhalten bleibt, die es durch ihre Lebensarbeitszeit und Beitragszahlungen finanziert haben.

[8] https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2025_final.pdf
[9] https://edoc.rki.de/handle/176904/11752
[10] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12818217/
[11] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8563673/

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.