

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)265(4)
zur öffent. Anh am 13.01.2021 -
Zugang Gesundheitsversorgung
08.01.2021



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.01.2021

zur Öffentlichen Anhörung
des Ausschusses für Gesundheit
zum Thema „Zugang zur Gesundheitsversorgung“
am 13.01.2021

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Gegenstand der Anhörung.....	3
II. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.....	5

I. Gegenstand der Anhörung

1 Antrag der Fraktion DIE LINKE "Gute Gesundheitsversorgung auch für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden und Geflüchtete" (Drucksache 19/17543)

Ausgehend von der Feststellung, dass sich sowohl aus internationalem Recht (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte) als auch aus dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (Artikel 1, Sozialstaatsprinzip) die grundsätzliche staatliche Verpflichtung zur Schaffung der Voraussetzungen für einen diskriminierungsfreien Zugang zu einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen ergebe, kritisiert die Fraktion DIE LINKE, dass dieser Zugang für eine Vielzahl vulnerabler Gruppen nicht oder nicht in hinreichender Weise sichergestellt sei.

Aus Sicht der Fraktion DIE LINKE gilt dies für Obdachlose, Wohnungslose, Personen ohne Aufenthaltsberechtigung, Geflüchtete, Asylsuchende sowie für erwerbslose Personen aus EU-Mitgliedstaaten. Sie verfügten häufig entweder über gar keine Krankenversicherung oder hätten allein Anspruch auf Leistungen bei akuten Krankheiten, Schmerzen und Schwangerschaft. Für diese Gruppen fordert DIE LINKE die Schaffung einer guten und bezahlbaren Gesundheitsversorgung, perspektivisch durch die Einführung einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung, in die alle in Deutschland lebenden Menschen einbezogen werden, übergangsweise durch diverse gesetzliche Maßnahmen, u. a. durch

- die Einrichtung eines bundesweiten Härtefallfonds für die Behandlung von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall,
- die Schaffung bundeseinheitlicher Regelungen zur Einführung eines anonymen Krankenscheins zur Versorgung von Nichtversicherten sowie zur gesundheitlichen Versorgung aller Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf GKV-Niveau,
- die Öffnung der Auffangversicherungspflicht für nicht erwerbstätige Personen aus EU-Mitgliedstaaten (Streichung § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V),
- den dauerhaften Erlass von Beitragsschulden bei mittellosen Personen,
- die Aufhebung der Regelung des Leistungsruhens bei säumigen Beitragszahlern (§ 16 Abs. 3a SGB V),
- die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte nach § 240 Abs. 4 SGB V auf monatlich 450 Euro

sowie durch weitergehende Regelungen zur Verbesserung der Versorgung wie

- die Schaffung eines ausreichenden Zugangs zu Dolmetscherdiensten und die Übernahme der daraus entstehenden Kosten insbesondere bei psychischen Erkrankungen.

2 Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN "Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherstellen – Rechte marginalisierter Gruppen in Zeiten der COVID-19-Pandemie nachhaltig stärken" (Drucksache 19/19538)

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN konstatiert ebenfalls, dass zahlreiche Menschen in Deutschland auf Grund rechtlicher und praktischer Hürden von einer angemessenen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind oder nur einen sehr begrenzten Zugang haben, obwohl der Zugang zur Gesundheitsversorgung ein von der Bundesrepublik Deutschland anerkanntes Menschenrecht sei. Zu diesen Gruppen gehören nach Darlegung der GRÜNEN insbesondere Menschen ohne Papiere und/oder Wohnsitz, Menschen ohne Krankenversicherungsschutz oder Menschen, die durch Beitragsschulden nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch haben, Menschen die zwar einen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch haben, diesen aber aus strukturellen oder lebenslagebedingten Gründen nicht geltend machen können und bisher auf ehrenamtliches Engagement angewiesen sind, EU-Bürgerinnen und -Bürger ohne Freizügigkeitsrecht sowie Menschen, die nur eingeschränkte Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten.

Nach Auffassung der GRÜNEN muss sich die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern dafür einsetzen, dass diese Gruppen in der COVID-19-Pandemie einen erleichterten Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Konkret fordert die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN u. a., dass

- Kosten für Testungen auf das Coronavirus und Behandlungen von COVID-19 auch bei fehlendem Versicherungsschutz übernommen werden,
- allen Personen aus EU-Mitgliedstaaten, die sich in Deutschland aufhalten, die notwendigen Sozialleistungen gewährt werden,
- alle Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz medizinische Leistungen entsprechend des GKV-Niveaus erhalten.

II. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband erkennt ausdrücklich die grundlegende Zielsetzung der zur Anhörung gestellten Anträge an, den Zugang zu einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen möglichst diskriminierungs- und barrierefrei sicherzustellen. Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dies eine essentielle, sich aus der Verfassung ergebende staatliche Verpflichtung. Entsprechend ist den Antragstellern grundsätzlich zuzustimmen, dass es auch Aufgabe des Gesetzgebers ist, gesetzgeberische Lösungen für festzustellende relevante Defizite anzustreben, die für einzelne vulnerable Gruppen hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen noch bestehen. Vor diesem Hintergrund nimmt der GKV-Spitzenverband zu wesentlichen die gesetzliche Krankenversicherung, respektive die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, betreffenden Forderungen der Antragsteller wie folgt Stellung.

1 Kostenübernahme für Testungen auf das Coronavirus und Behandlungen von COVID-19 auch bei fehlendem Versicherungsschutz (DIE GRÜNEN, Forderung 1)

Aus Sicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist für Menschen ohne Krankenversicherung der Zugang zur Gesundheitsversorgung massiv erschwert. Sie fordern daher, die Kostenübernahme für die Testung und Behandlung von COVID-19 für alle Menschen ohne Krankenversicherung sowie eindeutige Informationen darüber an alle testenden und behandelnden Einrichtungen sowie an die Personengruppen sicherzustellen.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist hierzu festzustellen, dass nach der Coronavirus-Testverordnung - TestV - 30.11.12.2020 neben den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung dezidiert auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, den gleichen Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 haben (§ 1 Abs. 2 TestV). Der Anspruch ist nur dann ausgeschlossen, wenn die zu testende Person bereits einen anderweitigen Anspruch auf Testung hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte. Dies gilt insbesondere für Ansprüche auf Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung oder der Krankenhausbehandlung (Abs. 3). Fehlt also ein anderweitiger Versicherungsschutz, ist ein Anspruch sowohl bei asymptomatischen als auch bei symptomatischen Personen entsprechend den Regelungen der Coronavirus-Testverordnung gegeben. Die Finanzierung der Testungen nach der Coronavirus-Testverordnung erfolgt - als versicherungsfremde Leistung der GKV - einheitlich über den vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwalteten Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Kosten der Behandlung von COVID-19 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich für ihre Versicherten. Eine Kostenübernahme für nicht gesetzlich Versicherte ist ausgeschlossen und liegt in der Zuständigkeitsverantwortung der übrigen Träger.

2 Einheitliche Versorgung aller Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) entsprechend des GKV-Leistungskatalogs (DIE LINKE, Forderung 3; DIE GRÜNEN, Forderung 4)

Zur Frage der gesundheitlichen Absicherung von Asylsuchenden hat sich der GKV-Spitzenverband ausführlich in seiner Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016 zu Anträgen der Fraktionen DIE LINKE („Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“, Drucksache 18/7413) sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN („Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“, Drucksache 18/6067) geäußert. Insofern wird hier auf die entsprechende Ausschussdrucksache 18(14)0180(3) verwiesen. In Kürze gilt das Folgende:

- Asylsuchende sind in Deutschland grundsätzlich nicht gesetzlich krankenversichert. Seit seiner Einführung im Jahr 1993 regelt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Art und Höhe der Sozialleistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie für weitere durch das Ausländerrecht definierte Personengruppen, etwa für Geduldete oder Bürgerkriegsflüchtlinge. Die Leistungen des AsylbLG werden seither anstelle der allgemeinen Leistungen der Sozialhilfe gewährt, wobei in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status in Deutschland unterschiedliche Leistungsniveaus definiert sind. Zu den Sozialleistungen des AsylbLG zählen auch Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG). Der Anspruch nach § 4 AsylbLG umfasst, verkürzt dargestellt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. § 6 AsylbLG sieht ergänzend hierzu vor, dass auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Zuständig für die Umsetzung der Leistungsansprüche sind die Länder bzw. die von ihnen per Landesgesetz bestimmten Behörden.
- Nach einer sogenannten Wartezeit von 18 Monaten, während der sich die Asylsuchenden ohne wesentliche Unterbrechung rechtmäßig im Bundesgebiet aufgehalten haben, werden sie nach § 264 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 2 AsylbLG auftragsweise von den gesetzlichen Krankenkassen betreut. Sie erhalten sodann wie gesetzlich Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie nahezu dieselben Leistungen erhalten wie

GKV-Versicherte. Die Krankenkassen erhalten die Aufwendungen vollständig inklusive eines Verwaltungskostenanteils von den Trägern des AsylbLG erstattet.

- Neben dieser gesetzlich vorgeschriebenen Betreuung besteht nach § 264 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit einer auftragsweisen Betreuung durch die Krankenkassen auch innerhalb der Wartezeit. Hierfür müssen entsprechende Vereinbarungen zwischen den Ländern und den Krankenkassen getroffen werden. Nach diesseitiger Kenntnis wurden hierzu Landesvereinbarungen geschlossen in den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen.
- Zum Stichtag 1. Dezember 2020 wurden nach der amtlichen Statistik der GKV insgesamt 177.203 Leistungsempfänger nach dem AsylbLG über die gesetzliche Krankenversicherung gegen Kostenerstattung betreut (Betreute nach § 264 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V); im Jahr 2019 waren es im Jahresmittel rd. 197 Tsd. im Monat.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass kein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in Deutschland besteht und in Anbetracht der bestehenden gesetzlichen Vorgaben und der föderalen Rahmenbedingungen auch nicht angestrebt wird.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes haben die nach Deutschland geflüchteten Menschen Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung. Es liegt in gesamtstaatlicher Verantwortung, ihnen bundesweit den gleichen Zugang zu den erforderlichen Leistungen zu gewähren. Entsprechend hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im September 2015 an Bund, Länder und Kommunen appelliert, eine bundesweit geltende Regelung herbeizuführen, die eine einheitliche und angemessene medizinische Versorgung von Asylsuchenden ermöglicht.

Sowohl die Ausweitung der auftragsweise zu betreuenden Personen nach § 264 SGB V als auch die Einbeziehung der Leistungsempfänger nach dem AsylbLG in die Regelungen über die Versicherungspflicht sind mögliche gesetzliche Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Die Schaffung eines Versicherungspflichttatbestandes erforderte aber zwingend die parallele Schaffung einer angemessenen beitragsrechtlichen Regelung, wie diese seitens der GKV auch für die gesetzlich pflichtversicherten ALG II-Beziehenden (bisher leider erfolglos) eingefordert wird.

3 Übernahme von Dolmetscherkosten (DIE LINKE, Forderung 6)

Die Fraktion DIE LINKE fordert, einen ausreichenden Zugang zu Dolmetscherdiensten und die Übernahme der daraus entstehenden Kosten insbesondere bei psychischen Erkrankungen sicherzustellen.

Derzeit kommt eine Kostentragung von Fremdsprachendolmetscherleistungen durch die GKV mangels einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung zur Kostenübernahme nicht in Betracht. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. Bundessozialgericht – BSG, Beschluss vom 19.07.2006 – B 6 KA 33/05 B, sowie Urteile vom 17.10.2007 – B 6 KA 31/07 R, und 06.02.2008 – B 6 KA 40/06 R) wird darauf hingewiesen, dass die Übernahme von entsprechenden Dolmetscherkosten als Nebenleistung nur dann eine GKV-Leistung wäre, wenn eine entsprechende Leistungspflicht der Krankenkassen normiert würde (vgl. hierzu § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X in Verbindung mit § 17 Abs. 2 SGB I in Bezug auf den Anspruch auf Kommunikation in Gebärdensprache). In diesem Zusammenhang hat das Bundessozialgericht zum Ausdruck gebracht, dass es sich insoweit um eine gesamtgesellschaftliche bzw. gesellschaftspolitische Aufgabe und nicht um eine Aufgabe handeln würde, die speziell die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Institutionen trifft und von diesen geleistet werden müsste.

Diese Grundsätze sind bei der Bewertung des Vorschlags der Fraktion DIE LINKE und einer politischen Entscheidung sowohl in der Sache als auch über geeignete Finanzierungsregelungen zu dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu berücksichtigen.

4 Ausweitung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V (DIE LINKE, Forderung 8; DIE GRÜNEN, Forderung 2)

Hinsichtlich der konkreten Forderung der Fraktion DIE LINKE, die Regelung des § 5 Abs. 1 Satz 2 SGB V ersatzlos zu streichen, ist festzustellen, dass der genannte Personenkreis der Arbeitssuchenden aus anderen EU-Staaten von der Krankenversicherungspflicht gerade nicht ausgenommen ist.

EU-Bürger sind auch zur Arbeitssuche in Deutschland freizügigkeitsberechtigt. Die Freizügigkeitsberechtigung ist dann gegeben, wenn begründete Aussicht besteht, einen Arbeitsplatz zu finden. Diese Personen haben Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung entweder im Rahmen einer freiwilligen Krankenversicherung bei Vorliegen der entsprechenden Versicherungsvoraussetzungen (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V) oder in Form der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Der Ausschlusstatbestand nach § 5

Abs. 11 Satz 2 SGB V greift für diese Personengruppe nicht, da sie nicht vom Anwendungsbereich des § 4 FreizügG/EU erfasst ist.

Die Ausschlussregelung des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V zielt hingegen auf nichterwerbstätige EU-Bürger und ihre Familienangehörigen ab. Für diese Personen sind die eigenständige Existenzsicherung und der ausreichende Krankenversicherungsschutz Voraussetzungen für das Aufenthaltsrecht in Deutschland (vgl. § 4 FreizügG/EU). An diese Werteentscheidung des Gesetzgebers im Freizügigkeitsrecht knüpft der Ausschluss der nachrangigen Versicherungspflicht an. Ohne eine solche Regelung wäre ein missbräuchlicher Anreiz geschaffen, Aufenthalt in der Bundesrepublik allein deshalb zu nehmen, um Krankenversicherungsschutz zu erlangen. Mit der gesetzlichen Regelung soll entsprechend eine Überbeanspruchung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten verhindert werden.

Soweit eine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung für Personen gefordert wird, die von der obligatorischen Anschlussversicherung aufgrund der „Karteileichen“-Regelung, gemeint ist offensichtlich die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz geschaffene Regelung in § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V und § 191 Nr. 4 SGB V, ausgeschlossen wurden, ist dies bereits nach geltendem Recht gegeben. Danach gilt: Konnte die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln und hat sie auf dieser Grundlage eine Feststellung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung getroffen, bleibt diese Feststellung zwar unberührt, selbst wenn nachträglich bekannt wird, dass sich das Mitglied in Deutschland aufgehalten hat; zur Schließung dieser Versicherungslücke kommt jedoch die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum Tragen. Insofern ist die Forderung nach einer „Rückkehrmöglichkeit“ in die GKV als erfüllt anzusehen.

5 Beitragsschuldenerlass für mittellose Personen in der Krankenversicherung (DIE LINKE, Forderung 9)

Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und der damit verbundene Anspruch auf Leistungen ist grundsätzlich auch mit der Pflicht zur Beitragszahlung verbunden. Diesen Grundsatz während, kann die Nichtzahlung von Beiträgen nicht sanktionsfrei bleiben; Beitragsrückstände sind dementsprechend zu verfolgen.

Beiträge können aber schon nach geltender Rechtslage erlassen werden, wenn deren Einziehung nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre (vgl. § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB IV).

Ein dauerhafter Erlass von Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle mittellosen Personen, ohne dass einzelfallbezogen Billigkeitsgründe nachgewiesen werden, ist jedoch abzulehnen. Stattdessen sind Regelungen zu schaffen, die sicherstellen, dass die Sozialhilfeträger oder die Träger der Grundsicherung für Mittellose, d. h. für hilfebedürftige Personen, auch Beitragsschulden übernehmen. Während die Übernahme laufender Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung Bestandteil der Regelungen im SGB II und SGB XII ist und die Beiträge dementsprechend als Bedarfe der hilfebedürftigen Personen anerkannt werden, fehlt es an einer Verpflichtung zur Übernahme von Beitragsschulden. Auch die Übernahme von Beitragsschulden entspricht der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung des Staates, nicht der Sozialversicherung, für die Existenzsicherung hilfebedürftiger Bürgerinnen und Bürger (Fürsorge).

6 Aufhebung der Regelung des Leistungsruhens bei säumigen Beitragszahlern nach § 16 Abs. 3a SGB V (DIE LINKE, Forderung 10)

Mit ihrem Antrag schlägt die Fraktion DIE LINKE dem Deutschen Bundestag vor, säumige Beitragszahlende sowohl in der GKV als auch in der PKV nicht mehr wie bisher analog § 4 Asylbewerberleistungsgesetz, sondern nach dem Leistungskatalog der GKV zu behandeln, wobei im Antrag eine mögliche Lösung nicht näher ausgeführt wird.

Mit der Forderung, die Einschränkungen in der Versorgung säumiger Beitragszahler zu beenden, wird erkennbar auf die Vorschrift § 16 Abs. 3a Satz 2 Halbsatz 1 SGB V abgezielt. Demgemäß ruht der Anspruch auf Leistungen für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; ausgenommen vom Ruhen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) mit Wirkung vom 01.04.2007 eingefügt. Es handelte sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf eine Absicherung im Krankheitsfall haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und der damit zusammenhängenden Aufhebung der Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen (§ 191 Abs. 1 Nr. 3 SGB V a.F.). Die Nichtzahlung von Beiträgen sollte für den Versicherten im Interesse der Versichertengemeinschaft spürbare Konsequenzen haben (vgl. Bericht des Ausschusses für Gesundheit, Bundestagsdrucksache 16/4247 S. 31), welche aber nicht zu einem Verlust jeglicher Leistungsansprüche führen.

In ihrem Antrag führt die Fraktion DIE LINKE eingangs aus, Leistungserbringer würden nach zahlreichen Fallberichten selbst „diese minimalen Leistungen“ nicht erbringen, weil sie befürchteten, auf den Kosten der Behandlung sitzen zu bleiben, nicht zuletzt auch aufgrund des unbestimmten Rechtsbegriffs „Behandlung akuter Erkrankungen“. Daraus wird die Forderung abgeleitet, auch säumigen Beitragszahlern einen vollen Leistungsanspruch einzuräumen. Vor diesem Hintergrund sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Die Begrifflichkeit „Behandlung akuter Erkrankungen“ wird in der GKV weit ausgelegt. So werden nicht nur bei akuten, sondern auch bei chronischen Erkrankungen die notwendigen Leistungen erbracht, ohne die eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes und damit ein akuter Krankheitszustand zu erwarten wäre (z. B. Insulinbehandlung bei Diabetikern, Dialyse bei Nierenversagen), und bei Schmerzzuständen generell eine akute Phase unterstellt.
2. Die Vorschrift gilt für alle Mitglieder der GKV, die – unabhängig von den Gründen – ihre Beiträge nicht zahlen. Von einer Streichung der Regelung würden demnach auch säumige Beitragszahlende profitieren, die aus anderen als wirtschaftlichen Gründen Beitragszahlungen unterlassen.
3. Bereits mit dem Abschluss einer wirksamen Ratenzahlungsvereinbarung kann das Leistungsruhen gemäß § 16 Abs. 3a Satz 3 SGB V beendet werden. Darüber hinaus werden besonders schutzbedürftige Personen vor einer finanziellen Überforderung bewahrt, indem das Leistungsruhen gar nicht erst eintritt, sofern Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII sind oder werden (vgl. § 16 Abs. 3a Satz 4 SGB V).

Mit den vorgenannten Regelungen ist im Rahmen des Solidarprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. §§ 1, 3 SGB V) bereits ein weitgehender Interessenausgleich der Beitragszahlenden einerseits und der Versicherten, die trotz säumiger Beitragszahlungen medizinisch notwendige Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen müssen, andererseits vorgesehen. Sofern weitergehende gesetzliche Regelungen als erforderlich angesehen werden, bedürften diese ergänzender Bestimmungen zum Schutz der solidarischen Finanzierung, die bei der in dem vorliegenden Antrag vorgeschlagenen ersatzlosen Streichung der Regelung des § 16 Abs. 3a SGB V nicht erkennbar sind.

7 Senkung der Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze (DIE LINKE, Forderung 11)

Die vorgeschlagene Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für alle freiwilligen Mitglieder der GKV einheitlich auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 450 Euro monatlich wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Die offenbar zugrundeliegende Anleihe an der unteren Versicherungspflichtgrenze für abhängig Beschäftigte geht fehl. Während es bei der Höhe der Geringfügigkeitsgrenze um die Feststellung der Versicherungspflicht und damit einhergehend um die Frage der Einbeziehung geringfügig Beschäftigter in den Kreis der vom Gesetzgeber als schutzbedürftig im Sinne der Sozialversicherung definierten Arbeitnehmer geht, steht bei der Bestimmung der Höhe der Mindestbemessungsgrenze für freiwillige Mitglieder der GKV primär der Schutz der Solidargemeinschaft, respektive die Sicherstellung versicherungsadäquater Beiträge, im Fokus. Solange die freiwilligen Mitglieder – anders als Pflichtmitglieder – unter anderem auch aus finanziellen Gründen frei wählen können, ob sie dem System der GKV oder der PKV angehören, muss die Höhe des Mindestbeitrages sicherstellen, dass ein vertretbarer Ausgleich von Leistung und Gegenleistung erreicht wird.

Die Zusammenführung einer Vielzahl von gesetzlich als schutzbedürftig definierten versicherungspflichtigen Personengruppen mit der Gruppe der freiwillig Versicherten in einer Versicherungsgemeinschaft erfordert Vorkehrungen, die verhindern, dass größere individuelle Wahlfreiheiten individuelle strategische Entscheidungen ermöglichen, die im Ergebnis die primär von Pflichtversicherten getragenen Solidargemeinschaften belasten. Entsprechend müssen auch freiwillige Mitglieder im Durchschnitt selbst ausgabendeckend verbeitragt werden. Den freiwillig Versicherten sollen also nicht zu Lasten der Pflichtversicherten unverhältnismäßig niedrige Beitragskonditionen eingeräumt werden, sodass sie in der Folge die Solidargemeinschaft der – primär pflichtversicherten – Beitragszahler belasten. Bereits der aktuell erhobene Mindestbeitrag liegt erheblich unterhalb der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der GKV. Eine weitere Reduzierung der Mindestbemessungsgrundlage wäre mit den dargelegten Grundsätzen zur sachgerechten Lastenverteilung zwischen den pflicht- und freiwillig versicherten Mitgliedern kaum in Einklang zu bringen.

Sofern die Beitragserhebung auf der Grundlage eines fiktiven Mindesteinkommens für ein einzelnes Mitglied eine besondere finanzielle Härte bedeutet, sind im geltenden Sozialrecht rechtliche Mechanismen zur Milderung solcher Sachverhalte vorgesehen. Insbesondere sind die Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für hilfebedürftige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet. Hierdurch wird eine gerechtere Verteilung der Lasten zwischen der Solidargemeinschaft der Beitragszahler

einerseits und der Steuerzahler andererseits im Rahmen der staatlichen Fürsorgeverpflichtung erreicht. Die Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder auf das Geringfügigkeitsniveau würde diese Balance verletzen und in der Konsequenz einen „Verschiebeparkplatz“ zu Lasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahler darstellen.

8 Senkung der Bemessungsgrundlage in der studentischen Krankenversicherung (DIE LINKE, Forderung 11)

Flankierend zur Forderung der Senkung der Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder auf das Niveau der Geringfügigkeitsgrenze soll auch der Beitrag zur studentischen Krankenversicherung gemindert werden. Hierzu wird festgestellt, dass der gegebene Rahmen der Beitragsbemessung für Studierende aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insgesamt angemessen und sozial ausgewogen geregelt ist. Nach geltendem Recht werden die Beiträge in der studentischen Krankenversicherung einheitlich auf der Grundlage des BAföG-Bedarfssatzes für Studierende, die nicht bei ihren Eltern wohnen (2021: 752 Euro monatlich), und einem auf 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes reduzierten Beitragssatz erhoben. Darüber hinaus ist der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz in Ansatz zu bringen.

Der BAföG-Bedarfssatz bildet die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit dieser Mitgliedergruppe angemessen ab. Die Anwendung eines reduzierten Beitragssatzes von nur 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes stellt bereits eine erhebliche Begünstigung der Studierenden in der Beitragsbemessung gegenüber den übrigen Versichertengruppen dar. Darüber hinaus profitieren insbesondere die Studierenden vom System der solidarischen Krankenversicherung, da vor allem Studentinnen und Studenten – soweit die Eltern gesetzlich versichert sind – die beitragsfreie Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres in Anspruch nehmen können.

Die Notwendigkeit einer Absenkung des Beitrags zur studentischen Krankenversicherung wird nicht gesehen. Dabei ist ergänzend zu berücksichtigen, dass für BAföG-Empfänger ein Zuschuss/Zuschlag zur Kranken- und Pflegeversicherung geleistet wird. Soweit also Anspruch auf BAföG-Förderung besteht, wird der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung weitgehend durch den Zuschuss/Zuschlag ausgeglichen.