

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)265(6)**  
gel. VB zur öffentlichen Anh. am  
27.01.2021 -  
18.01.2021



## Stellungnahme

zum

Antrag der Fraktion Die Linke  
**Gute Gesundheitsversorgung auch für Menschen ohne Krankenversicherung  
oder mit Beitragsschulden und Geflüchtete**

Drucksache [19/17543](#)

anlässlich der öffentlichen Anhörung  
vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 13. Januar 2021



## I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die Fraktion DIE LINKE fordert eine gute Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden und Geflüchtete. Als Unterzeichnerstaat des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sei Deutschland verpflichtet, das Recht auf Gesundheit frei von Diskriminierung zu garantieren.

Die Absicherung im Krankheitsfall für die im Antrag hervorgehobenen Personengruppen kann wie folgt zusammengefasst werden:

- In Deutschland gibt es grundsätzlich eine Pflicht zur Versicherung. Alle Einwohner, die nicht krankenversichert sind und über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (wie bspw. über die Sozialhilfe oder die freie Heilfürsorge), sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, sich entweder gesetzlich oder privat zu versichern. Bei welchem der beiden Versicherungssysteme sie sich versichern müssen, hängt davon ab, ob sie zuletzt gesetzlich oder privat versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), § 193 Abs. 3 Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)).

Diese Regelung gilt auch für **Menschen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union** oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums, die keine Krankenversicherung mitbringen. Bestand bislang noch keine gesetzliche oder private Krankenversicherung, so besteht grundsätzlich Versicherungspflicht in der GKV (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b) SGB V). Eine Pflicht zur Versicherung in der PKV besteht nur, falls der Nichtversicherte zu einem der in § 5 Abs. 5 und § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personenkreise gehört. Dies sind in erster Linie hauptberuflich Selbständige, Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze und Beamte.

- Auch für **hilfebedürftige Menschen** gilt, dass sie im Krankheitsfall abgesichert sind. Für erwerbsfähige Wohnungslose, die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen, muss geklärt werden, ob die Personen der GKV oder der PKV zuzuordnen sind. Nicht erwerbsfähige Wohnungslose haben in der Regel entweder Anspruch auf Krankenhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) oder sind im Rahmen der nachrangigen Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall in der GKV abgesichert oder unterliegen der Versicherungspflicht in der PKV.

Die Absicherung von hilfebedürftigen Leistungsbeziehern, die der PKV zugeordnet sind, erfolgt in der Regel im Basistarif, dessen Leistungsspektrum auf GKV-Niveau liegt (§ 152 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)). Der Höchstbeitrag im Basistarif entspricht dem jeweiligen Höchstbeitrag in der GKV plus dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen. Für Hilfebedürftige im Sinne des SGB II oder SGB XII wird der Beitrag im Basistarif auf die Hälfte des

Höchstbeitrags halbiert und durch den zuständigen Träger nach SGB II oder SGB XII übernommen. Somit wird Hilfebedürftigen ein Versicherungsschutz in der PKV ohne eigene Beitragslast ermöglicht.

- Für **Versicherte, die in finanzielle Schwierigkeiten geraten**, gibt es mehrere Optionen innerhalb der PKV:
  - (1) Der Versicherte kann mit seinem Versicherer **individuelle Zahlungsvereinbarungen** treffen.
  - (2) Ist die Beitragsüberforderung über einen längeren Zeitraum absehbar, kann ein **Tarifwechsel**, ein höherer **Selbstbehalt** oder der **Verzicht auf Leistungen** weiterhelfen.
  - (3) Für in Not geratene, langjährig Versicherte bietet sich häufig der **Standardtarif** an. Er ist neben dem Basistarif ein Sozialtarif der PKV. Der Beitrag zum Standardtarif ist limitiert auf den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV, in der Regel liegt der Beitrag durch die beitragsmäßige Anrechnung der Alterungsrückstellungen deutlich darunter. Das Leistungsspektrum des Standardtarifs ist mit dem der GKV vergleichbar.
  - (4) Besteht Hilfebedürftigkeit und sind keine finanziellen Mittel zur Beitragszahlung vorhanden, dürfte der **Basistarif** erste Wahl sein. Durch einen Wechsel in diesen kann der zu zahlende Beitrag reduziert werden, um das Entstehen von Hilfebedürftigkeit zu vermeiden, bzw. übernehmen Versichertengemeinschaft und Grundsicherungsträger den Beitrag vollständig, wenn die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Beitragszahlung besteht. Der Basistarif garantiert damit jedem hilfebedürftigen Menschen einen Krankenversicherungsschutz auf GKV-Niveau.
  - (5) Selbst wenn der Versicherte seine Versicherungsbeiträge aus persönlichen Gründen nicht begleichen kann, verliert er nicht seine Krankenversicherung. Eine Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Der Versicherer stuft ihn nach Erreichen einer gewissen Beitragsschuld in den **Notlagentarif** um, die medizinische Akutversorgung ist weiterhin sichergestellt. Als Versicherungsfälle des Notlagentarifs gelten darüber hinaus Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, notwendige Heilbehandlungen und Vorsorgeleistungen bei Kindern oder auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Sobald alle ausstehenden Zahlungen beglichen sind, wird der Versicherte wieder im ursprünglichen Tarif versichert.
  
- Der gesetzliche Rahmen für **Menschen ohne Papiere** ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Als „vollziehbar Ausreisepflichtige“ haben Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf eingeschränkte medizinische Versorgung (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. §§ 4, 6 AsylbLG). Dies beinhaltet den Anspruch auf die medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der erforderlichen Arznei- und Verbandmittel zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Die Finanzierung der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie wird bis zur Anerkennung der Person als Asylberechtigter oder Flüchtling und dem Erhalt eines entsprechenden Aufenthaltstitels aus Steuermitteln finanziert. Während des Bezugs von Leistungen nach dem AsylbLG entsteht keine Versicherungspflicht in der GKV oder PKV.

## II. BEWERTUNG EINZELNER FORDERUNGEN

### **Einrichtung eines Härtefallfonds (Forderung 1)**

#### Geforderte Regelung:

Die Fraktion Die Linke fordert die Einführung eines bundesweiten Härtefallfonds für Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall, aus dem ohne Zugangshürde für die betreffenden Nichtversicherten die Leistungserbringer ihre Leistungen refinanzieren können. Hieraus sollen Praxen für Nichtversicherte ebenso finanziert werden wie Honorare von Leistungserbringern. Der Fonds soll aus Mitteln des Gesundheitsfonds, der PKV und von Bund und Ländern gespeist werden.

#### Bewertung:

Laut dem Antrag der Fraktion Die Linke soll der einzurichtende Härtefallfonds für die Behandlung von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall zwei Aufgaben haben: Erstens soll er dafür sorgen, dass „bei Behandlung der Betroffenen innerhalb des Regelsystems die Finanzierung der Leistungen auf GKV-Niveau gewährleistet ist und somit keine Benachteiligung mehr besteht.“ Aus dem Härtefallfonds sollen daher Leistungen der Leistungserbringer, die von den vorhandenen Systemen nicht übernommen werden, finanziert werden. Zweitens soll der Fonds die Gründung und Verstetigung von Versorgungsangeboten finanzieren, „die benötigt werden, um besonders betroffene Gruppen zu versorgen, bei denen Schwierigkeiten bei der Integration ins Regelsystem bestehen (z. B. Schwerpunktpraxen für Obdachlose oder für Geflüchtete).“

Der PKV-Verband hält die Einrichtung eines solchen Fonds für nicht notwendig. In der gesellschaftspolitischen Debatte über Allokationsfragen wäre es nicht vermittelbar, wenn Menschen, die – unabhängig aus welchen Gründen – ihrer Pflicht zur Krankenversicherung nicht nachkommen und keine Beiträge entrichten, die gleichen Leistungen wie alle anderen Krankenversicherten erhielten. Der Anspruch auf Leistungen ist mithin mit einer Pflicht zur Beitragszahlung verknüpft.

Dessen ungeachtet ist die Akutversorgung von Versicherten, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können, durch die automatische Umstellung in den Notlagentarif gesichert. Für Versicherte im Notlagentarif erstattet die PKV Aufwendungen zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Darüber hinaus sind auch Leistungen enthalten, die deutlich über eine Notfallbehandlung hinausgehen. Verwiesen wird insbesondere auf die „medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen chronischer Erkrankung, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit zu einer akuten Erkrankung führt“ gem. § 1 Abs. 2 lit. e) AVB/NT. Verwiesen wird weiterhin auf die Leistungen für Kinder und Jugendliche, darunter Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen und die zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung.

Die Einbeziehung der PKV in die Finanzierung eines Härtefallfonds wäre rechtlich problematisch. Die Versorgung von Menschen ohne Absicherung für den Krankheitsfall ist nach dem im Grundgesetz festgeschriebenen Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 Abs. 1 GG) Aufgabe des Staats. Finanziert wird der Sozialstaat durch Beiträge zu den Sozialversicherungssystemen und durch Steuern. Für die PKV handelt es sich bei der Finanzierung eines solchen Härtefallfonds um eine systemfremde Leistung, die ordnungspolitisch Aufgabe des Bundes wäre.

Das Beitragssystem der PKV beruht auf dem gesetzlich festgeschriebenen Äquivalenzprinzip, d.h. der Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung. Eine Mitfinanzierung systemfremder Leistungen widerspricht dem und belastet zudem das Versichertenkollektiv in nicht angemessener Weise. Versicherungsrechtlich ist es zudem ausgeschlossen, dass Versicherungsbeiträge der PKV für systemfremde Zwecke eingesetzt werden.

### **Dauerhafter Erlass von Schulden (Forderung 9)**

#### Geforderte Regelung:

Die Fraktion Die Linke fordert, dass allen mittellosen Personen mit Beitragsschulden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung dauerhaft die Schulden gegenüber der Krankenkasse/Krankenversicherung erlassen werden.

#### Bewertung:

Die PKV verfügt über wirkungsvolle Instrumentarien, eine dauerhafte Überschuldung wegen offener Beitragsforderungen zunächst zu vermeiden, so zum Beispiel Stundungsvereinbarungen zwischen Versichertem und Versicherer, Tarifwechsel etc. Versicherte der PKV, die hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII sind, haben zudem die Möglichkeit in den Basistarif zu wechseln. Dort erhalten sie für sie günstigen bzw. ggf. kostenfreien Versicherungsschutz. Denn das Gesetz sieht vor, dass im Falle von Hilfebedürftigkeit der Beitrag durch das Versicherungsunternehmen halbiert wird. Die übrige Hälfte wird durch den Sozialversicherungsträger übernommen. Einer Überschuldung kann mithin rechtzeitig vorgebeugt werden. Ferner schützt die gesetzlich vorgesehene Systematik der Überführung in den Notlagentarif Versicherte vor einer Überschuldung durch Beitragsrückstände in der PKV: Versicherte in der PKV, die mit den Beiträgen über mehrere Monate in Verzug sind, werden automatisch in den Notlagentarif überführt.

Für eine Gewährleistung des Krankenversicherungsschutzes trotz Beitragsschulden bedarf es keines Schuldenerlasses: Dem Versicherungsnehmer bleibt auch im Notlagentarif der Versicherungsschutz erhalten. Eine Kündigung des Versicherungsvertrags ist gem. § 206 Abs. 1 S. 1 VG trotz des Beitragsrückstandes ausgeschlossen. Ist der Versicherungsnehmer wegen seiner finanziellen Verhältnisse nicht in der Lage, die Forderungen der Leistungserbringer selbst zu begleichen, sieht das Gesetz eine Lösung über § 193 Abs. 6 S. 5 VG vor: Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII.

Für Überschuldungssituationen allgemein besteht zudem grundsätzlich die Möglichkeit einer Restschuldbefreiung. Damit soll den Betroffenen die Perspektive eröffnet werden, dass sie ihren Verpflichtungen zeitnah wieder nachkommen können. Für Privatpersonen wurde die Restschuldbefreiungsfrist durch das Gesetz zur Verkürzung des Restschuldbefreiungsverfahrens und zur pandemiebedingten Anpassung von Vorschriften im Gesellschafts-, Miet- und Pachtrecht im Bundesgesetzblatt von sechs auf drei Jahre verkürzt, zusätzlich wurden Hürden der Mindestschuldentilgung verringert.

Der Gesetzgeber ist jedoch gefordert zu prüfen, ob die Sozialhilfeträger oder die Träger der Grundversicherung für hilfebedürftige Personen im Einzelfall auch Beitragsschulden übernehmen können. 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 für die Existenzsicherung Hilfebedürftiger.

### **Basistarif: Entzug der Ermächtigung zur Festlegung der Vergütungshöhe im Basistarif und Integration der Versicherten in das System der KV-Versorgung (Forderung 12)**

#### Geforderte Regelung:

Die Fraktion Die Linke fordert, dass bei der Versicherung im Basistarif die Ermächtigung zur selbständigen Festlegung der Vergütungshöhe im ambulanten ärztlichen Bereich der KBV und dem PKV-Verband entzogen wird. Zudem sollen die Steigerungsfaktoren gesetzlich festgelegt und der Basistarif auf eine Direktabrechnung umgestellt werden. In einem zweiten Schritt sollen die im Basistarif Versicherten umfassend in das System der kassenärztlichen Versorgung integriert werden.

#### Bewertung:

Bei der Begrenzung der Gebühren für die im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV versicherten (zahn)ärztlichen Leistungen handelt es sich um die gesetzliche Regelung, die solange und soweit gilt, bis die Kassen-(zahn) ärztlichen Vereinigungen und der PKV-Verband im Einvernehmen mit den Kostenträgern der Beihilfe zur Vergütung dieser Leistungen Abweichendes vereinbaren. Mit Wirkung ab dem 1. April 2010 wurde mit der KBV und den Kostenträgern der Beihilfe im Rahmen eines Schiedsstellenverfahrens eine solche Vereinbarung für Vergütungen ärztlicher Leistungen nach der GOÄ abgeschlossen.

Für zahnärztliche Vergütungen der Leistungen nach der GOZ wurden weder vom PKV-Verband noch von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verhandlungen für einen abweichenden als den vom Gesetzgeber in § 75 Absatz 3a SGB V festgelegten Steigerungssatz der GOZ (2,0) gefordert. Die Höhe der Vergütung wird weiterhin beidseits als adäquat erachtet.

Der Wille des Gesetzgebers, die im Basistarif Versicherten auf GKV-Niveau zu versorgen, wird im Rahmen der vorgenannten Regelungen zur Vergütung und durch den Sicherstellungsauftrag der K(Z)V gewährleistet. Das geht auch aus der Antwort der Bundesregierung vom 30.10.2019 auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hervor, die zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von PKV-Versicherten im Basistarif Auskunft gibt (BT-Drucksache 19/14605).

Die Forderung, über die Erhöhung der Vergütung einen Leistungsanreiz setzen zu müssen und die Verhandlungsmöglichkeit über die Vergütung den Vertragspartnern zu entziehen, geht fälschlicherweise davon aus, dass die Vergütung im Basistarif nicht leistungsgerecht sei und damit zu Behandlungsverweigerungen „einlade“. Aus dem folgenden Vergleich des Vergütungsniveaus wird ersichtlich, dass die erfolgte Absenkung des GOÄ-Vergütungssatzes dem EBM-Niveau weiterhin entspricht bzw. dieses sogar übersteigt und der unveränderte GOZ-Vergütungssatz weiterhin angemessen ist.

Die vertragsärztliche Versorgung und die Behandlung von Basistarifversicherten unterscheiden sich hinsichtlich des Leistungsumfanges nicht. Dies soll auch für die Höhe der Vergütung der Leistungen gelten. Ausgehend von mehreren wissenschaftlichen Studien wird ein Mehrumsatz um mindestens den Faktor 2,3 bei Ansatz der GOÄ gegenüber dem EBM angeführt, womit klar wird, dass der Vertragsarzt bei einem 1,8fachen Gebührensatz nach der GOÄ deutlich mehr berechnen könnte, als für die Behandlung gesetzlich Versicherter. Der mit der KBV in 2010 vereinbarte 1,2-fache GOÄ-Satz übersteigt somit die aus dem pauschalierten System des EBM resultierenden Vergütungen weiterhin deutlich. Außerdem sind fakultative Leistungsbestandteile in der GOÄ vielfach gesondert berechnungsfähig, während diese im EBM in Pauschalen aufgehen. Zusätzlich erfolgt die Vergütung im kassenärztlichen System weit überwiegend im Rahmen der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, also budgetiert, während die Vergütung für alle Leistungen im Basistarif immer extrabudgetär hinzukommt und es diesbezüglich keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen gibt.

Ein direkter Vergleich der Vergütung einzelner zahnärztlicher Leistungen ist schon aufgrund der beiden nicht deckungsgleichen Gebührenordnungen sowie unter Berücksichtigung der befundbezogenen Festzuschussystematik für Zahnersatz in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht ohne weiteres möglich. Budgetierungen der Gesamtvergütung in der vertragszahnärztlichen Honorierung sowie zeitraumbezogene Pauschalvergütungen des BEMA wirken sich nicht auf Versicherte im Basistarif aus. Die budgetfreie Leistungserbringung und Vergütung aller zahnmedizinisch notwendigen GKV-Regelleistungen erfolgt weiterhin zu einem angemessenen 2,0-fachen GOZ-Steigerungssatz (Regelhöchstsatz der GOZ: 2,3-facher Satz). Insgesamt erachten alle beteiligten Akteure das im Rahmen des Basistarifs anzusetzende Honorar für die Abbildung der Regelleistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung als ausreichend und den gesetzlichen Anforderungen entsprechend.

Die Forderung nach einer Direktabrechnung ist bereits erfüllt bzw. überflüssig, weil die Möglichkeit zur Direktabrechnung seit der Einführung des Basistarifs im Jahr 2009 schon gegeben ist. In § 192 Abs. 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist geregelt, dass der Leistungserbringer seinen Anspruch auch gegen den Versicherer geltend machen kann.