



Wortprotokoll der 130. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 27. Januar 2021, 14:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
WebEx-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum WebEx-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Ulla
Jelpke, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.

**Gute Gesundheitsversorgung auch für Menschen
ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschul-
den und Geflüchtete**

BT-Drucksache 19/17543

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur



- b) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Filiz Polat, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherstellen – Rechte marginalisierter Gruppen in Zeiten der COVID-19-Pandemie nachhaltig stärken

BT-Drucksache 19/19538

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:02 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung, die wieder in einer Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting stattfinden wird. Ich darf alle bitten, sich mit Namen bei Webex anzumelden, sodass für uns ersichtlich ist, wer hier an der Sitzung teilnimmt. Bitte schalten Sie Ihr Mikrofon stumm. Wir beschäftigen uns heute mit zwei Anträgen, und zwar mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gute Gesundheitsversorgung auch für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden und Geflüchtete“ und mit dem 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“. Meine sehr verehrten Damen und Herren, der Gegenstand unserer heutigen Anhörung ist der Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung für alle Menschen, für Geflüchtete genauso wie für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden. Sowohl die Linken als auch die Grünen sind der Auffassung, dass dieser nicht für alle in Deutschland lebenden Personen gewährleistet ist. Die Linke fordert zur Erfüllung dieses Anspruchs in ihrem Antrag beispielsweise einen bundesweiten Härtefallfonds und die Einführung eines anonymen Krankenscheins zur Versorgung von Versicherten oder Illegalisierten im Regelversorgungssystem. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellt in ihrem Antrag fest, dass gerade während der Corona-Pandemie die Ungleichbehandlung bestimmter Personengruppen, beispielsweise von Menschen ohne Krankenversicherung oder von Asylbewerbern, im Gesundheitssystem besonders deutlich wird. In einem umfangreichen Forderungskatalog verlangen sie unter anderem, dass die Kosten für die Testung und die Behandlung von COVID-19 für Personen ohne Krankenversicherung übernommen werden. Das sind nur drei von mehreren Forderungen, deren Umsetzung die beiden Oppositionsfraktionen fordern. Bevor wir beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf machen. Für die Anhörung stehen uns 60 Minuten zur Verfügung. Die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an

die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortmeldungen möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich weise auch darauf hin, dass insgesamt drei Minuten für Frage und Antwort zur Verfügung stehen. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage ihre Mikrofone einzuschalten und sich mit Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung, zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen besser den jeweiligen Verbänden und Institutionen zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, danke ich an dieser Stelle ganz besonders. Die Mobiltelefone sollten ausgeschaltet sein. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages aufrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Einführungen. Wir beginnen mit der ersten Frage.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Ich möchte gerne eine Frage an den Deutschen Caritasverband richten. Mit dem Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wurde geregelt, dass die obligatorische Anschlussversicherung nicht mehr für Personen gilt, bei denen weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthaltsstatus festgestellt werden kann. Für welche Personengruppe ist diese Regelung folgenswer? Was wäre zu tun, um diese Folgen zu lösen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (DCV)): Mit dem GKV-VEG ist eine etwas folgenschwere Regelung zur obligatorischen Anschlussversorgung erfolgt. Sie betrifft Personen, EU-Sozialbürger, die sich in unserem Land aufhalten, die auf Arbeitssuche sind und waren, den Arbeitnehmerstatus aber verloren haben und jetzt als wirtschaft-



lich nicht aktiv gelten und daraus das Freizügigkeitsrecht sich ableitet. Diese Personengruppe ist eine solche, für die der Aufenthaltsort oder der Wohnsitz nicht ermittelt werden kann. Das GKV-VEG hat in § 188 geregelt, dass wenn die Krankenkassen trotz erheblicher Bemühungen den Wohnsitz nicht ermitteln können, die Versicherungsmöglichkeit endet. Das hat jetzt für diese Personen, da häufig eben der Aufenthaltsort nicht ermittelt werden kann und sie den Arbeitnehmerstatus verloren haben, die Folge, dass sie dann auch nicht mehr im Aufnahmeetatbestand, in der Auffangregelung des SGB V versichert werden können. Sie fallen dann damit durch alle Maschen, wenn wir hier keine ergänzende Regelung finden. Caritasverband und BAGFW hatten vorgeschlagen, in § 191a SGB V eine solche Regelung zu schaffen, die ermöglicht, dass, sofern die obligatorische Anschlussversicherung im Moment nicht greift, die Versicherungspflicht nicht aufgehoben wird, sondern ruht, also als ruhend gestellt wird und bei Bedarf wieder aufleben kann. Das würde dem Personenkreis ermöglichen, auch weiter grundsätzlich sich in der GKV versichern zu können.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Hunderttausende Menschen haben in Deutschland keinen Zugang zu der von ihnen dringend benötigten medizinischen Versorgung. Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Dr. Johanna Offe. Welche bundesgesetzlichen Stellschrauben sind aus Ihrer Sicht nötig, um ein Recht auf Gesundheitsversorgung von Nichtversicherten auch nachhaltig und über die Pandemie hinaus zu gewährleisten?

ESVe Dr. Johanna Offe: Deutschland hat sich bei dem UN-Pakt völkerrechtlich verbindlich verpflichtet, einen diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen im Bundesgebiet sicherzustellen. Derzeit gibt es aber im Gegenteil gesetzliche Regelungen, die bestimmte Bevölkerungsgruppen vom Zugang ausschließen. Ich möchte hier vier wesentliche bundesgesetzliche Änderungen nennen, die auch in den vorliegenden Anträgen genannt werden. Erstens, die Abschaffung der Einschränkungen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Asylsuchende können in den ersten 18 Monaten weniger

Leistungen in Anspruch nehmen als GKV-Versicherte, obwohl im SGB V der Leistungskatalog der GKV bereits als das medizinisch notwendige definiert ist. Sie bekommen also weniger als das medizinisch notwendige. Zweitens, die Abschaffung des Sozialleistungsausschlusses und des Ausschlusses von der GKV-Auffangversicherung für erwerbslose EU-Bürgerinnen und -Bürger. Das haben wir eben schon gehört, dass es auch gerade mit dem GKV-VEG jetzt ein großes Problem gibt. Derzeit haben erwerbstätige EU-Bürgerinnen und -Bürger oftmals keine vom Gesetzgeber vorgesehene Möglichkeit, medizinische Versorgung zu bekommen. Sie können einmal innerhalb von zwei Jahren für einen Monat sogenannte Überbrückungsleistungen bekommen. Danach haben sie keinen Anspruch mehr auf jegliche medizinische Versorgung, nicht im Notfall, auch nicht bei Geburten. Hier muss unbedingt eine Änderung her. Drittens, die Aufnahme des Gesundheitsbereichs von der Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Dies betrifft Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, die zwar eigentlich Leistungsanspruch nach AsylbLG haben, diesen aber de facto nicht wahrnehmen können, weil das Sozialamt, zu dem sie zunächst gehen müssten, verpflichtet ist, sie sofort bei der Ausländerbehörde zu melden. Damit droht dann die Abschiebung. Viertens, die volle Wiedereinführung der obligatorischen Anschlussversicherung, die mit dem GKV-VEG 2019 eingeschränkt wurde. Die Krankenkassen sind durch dieses Gesetz verpflichtet, Mitgliedern zu kündigen, die Beitragsschulden haben und nicht erreichbar sind. Wir sehen viele Menschen in der Praxis, die dadurch ihren KV-Schutz verlieren.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich würde meine Frage an die BÄK richten. Aus Thüringen ist der sogenannte anonyme Krankenschein beziehungsweise Behandlungsschein bekannt. Können Sie bitte kurz auf dieses Projekt eingehen? Wäre ein solches Projekt aus Ihrer Sicht grundsätzlich für eine bundesweite Umsetzung geeignet?

SV Dr. Peter Bobbert (Bundesärztekammer (BÄK)): Ja, in Thüringen gibt es das Modell des anonymen Krankenscheins, finanziert durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit. Das bedeutet, dass Menschen anonym einen Krankenschein ab-



holen können in 30 Anlaufstellen im Land Thüringen. Mit diesem Krankenschein können sie eine ambulante oder stationäre Behandlung im Wert von bis zu 500 Euro in Anspruch nehmen. Was darüber hinausgeht, muss gegebenenfalls nachgeregelt werden. Wir bewerten das als ein gutes Projekt auf Grund der Tatsache, dass wenn wir medizinisch Menschen versorgen wollen und ärztlich betreuen wollen, wir eine gute Arzt-Patienten-Beziehung brauchen, die Vertrauen schafft. Bei uns leben Menschen in der Anonymität. Wenn sie diese Anonymität aufgeben müssen, wenn sie ärztlich betreut werden wollen, dann werden sie diese ärztliche Betreuung gegebenenfalls gar nicht oder zu spät in Anspruch nehmen. Deswegen ist es wichtig, Menschen in der Anonymität durch einen solchen anonymen Krankenschein die Möglichkeit zu geben, rechtzeitig ärztlich betreut zu werden. Somit ist es ein Projekt, das auch bundesweit Nachahmer finden sollte. Wichtig dabei ist, dass es gut finanziert ist, dass es strukturell ausbalanciert ist, und dass es entsprechend auch nachhaltig ist. Wichtig ist aber auch, dass es nur eine Lösung für das Problem ist, dass Menschen, die in der Anonymität leben, denen dann geholfen werden kann. Es ist aber nicht die Lösung des Problems, dass wir Menschen in der Anonymität in Deutschland haben.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich darf da gleich anschließen. Meine Frage richtet sich an die Caritas. Sie begrüßen in Ihrer Stellungnahme, dass Berlin und Thüringen zum Beispiel dieses Verfahren des anonymisierten KV-Scheins praktizieren. Insbesondere hat die Caritas viele Erfahrungen. Wie beurteilen Sie das bisher? Wie kann der Bund ein solches Verfahren besser unterstützen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (DCV)): Wie eben von Herrn Dr. Bobbert ausgeführt, ist der anonyme Krankenschein, den es in Berlin und in Thüringen gibt, ein unheimlich wertvolles Instrument für die Menschen, die in aufenthaltsrechtlicher Illegalität leben müssen. Das ist im Übrigen keine kleine Zahl. Es sind mindestens 180 000 Menschen in Deutschland. Schätzungen gehen auch von bis zu einer halben Million Menschen aus. Wir sprechen hier tatsächlich schon über einen größeren Personenkreis. Der hat die doppelte Hürde, dass er einerseits keinen KV-Schutz hat. Und das andere wesentliche Problem,

die Riesenhürde ist, dass er, wenn er Krankenbehandlung in Anspruch nehmen möchte, und das Sozialamt diese Leistungen bezahlen würde, dann aber die Übermittlungspflicht besteht gemäß der Mitteilungspflichten der Sozialämter an die Ausländerbehörde. Das schafft die Problematik. Dem schafft dann der anonymisierte KV-Schein Abhilfe, in dem die Daten anonym übermittelt werden und somit die Meldepflichten entfallen. Grundsätzlich sollte aber natürlich dringend geregelt werden, dass § 87 AufenthG, der diese Meldepflichten betrifft, abgeschafft wird, weil der anonyme Krankenschein natürlich nur die zweitbeste Lösung sein kann. Herr Dr. Bobbert hat es ausgeführt, er kann nicht alles regeln. So sind beispielsweise, ich weiß es aus Thüringen, die Budgets begrenzt. Das heißt, wenn wir viele Patienten mit intensiver Pflege im Krankenhaus haben, kann es sein, dass das Budget des Sozialamts gar nicht mehr ausreicht. Es kann also immer nur eine Auffanglösung sein. Im Grunde müssen alle Menschen Zugang zur GKV haben. Nun zu Ihrer Frage, Frau Mattheis, was der Bund an dieser Stelle tun kann. Da kann ich nur sagen, was den anonymen Krankenschein angeht, leider nichts. Es ist Sache der Länder. Wir bedauern, dass nur zwei Bundesländer das bisher so geregelt haben. Wir würden uns schon freuen, wenn alle Bundesländer, insbesondere in dieser Pandemiesituation, dem Beispiel Berlins und Thüringens folgen würden.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die ESVe Caroline Zöllner. Im Antrag der Grünen wird auf der Seite 2 Absatz 3 gefordert, dass auch die Menschen eine anonyme medizinische Hilfe bekommen, die illegal hier sind, weil man eben nicht möchte, dass sie sich, wenn sie sich offiziell melden, bei der Ausländerbehörde erfasst werden. Nun ist es ja so, dass wir in Deutschland über 14 Prozent des Bruttoeinkommens als KV abführen müssen. Alle Menschen müssen sich diesen Krankheitsschutz erarbeiten. Wäre es da nicht wirklich das Mindeste, dass die Menschen, die das ohne Leistungen aus welchen Gründen auch immer bekommen, sich wenigstens an Recht und Gesetz halten und sich ordnungsgemäß bei den Behörden melden?



ESVe **Caroline Zöllner**: Wir sprechen hier über die Realität, also von 100 000 Menschen, die in Deutschland leben und die durch ihren Status als Illegalisierte keinen Zugang zu medizinischer Regelversorgung haben. Wir reden hier über ein Menschenrecht, das Recht auf medizinische Versorgung. Bei dem Recht auf medizinische Versorgung muss auch gesagt werden, dass Deutschland verschiedene internationale Verträge unterschrieben und ratifiziert hat und so das Recht für alle Menschen gesichert hat. In der Praxis wissen wir, es funktioniert nicht gut. Es ist dennoch so, dass dieses Recht für alle Menschen, die in Deutschland leben, unabhängig von ihrem Status existiert, sodass man sagen muss, das Recht auf medizinische Versorgung darf nicht Opfer sein von der Agenda der Migrationspolitik. Man muss es unabhängig voneinander sehen. Da sehen wir die Bundesrepublik in der Pflicht. Da sehen wir den Bundestag in der Pflicht, der Gesetze ändern kann und insbesondere § 87 AufenthG abschaffen sollte.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie den Vorschlag, die Regelung in § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V im Hinblick auf die Versicherungspflicht ersatzlos zu streichen? Gehen Sie dabei bitte auch auf Arbeitsuchende aus anderen EU-Staaten ein.

SV **Klaus Meesters** (GKV-Spitzenverband): Wie Sie unserer schriftlichen Stellungnahme entnehmen konnten, halten wir die Streichung der genannten Regelung nicht für sachgerecht. Sie würde letztlich dazu führen, dass weitere Aufgaben, die gegenwärtig primär im Bereich der staatlichen Fürsorgeleistungen verortet sind und über Steuern finanziert werden, dann künftig von den Krankenkassen und damit von den gesetzlich Versicherten und nur von den gesetzlich Versicherten finanziert werden müssten. Die angesprochene Regelung bewirkt, dass die nicht erwerbstätigen Bürgerinnen und Bürger, die die gesetzlichen Vorgaben für das Aufenthaltsrecht in Deutschland nicht erfüllen, auch nicht unter die Auffangversicherungspflicht der GKV fallen. Für diese Bürger verlangt das Aufenthaltsrecht, dass sie ihre Existenz selbst sicherstellen können und auch bereits über einen ausreichenden KV-Schutz verfügen. Das ist hier die angesprochene Norm im § 4 Freizügigkeitsgesetz. Diese

Voraussetzungen gelten aber dezidiert nicht für Arbeitsuchende in Deutschland. Arbeitsuchende sind nach dem Freizügigkeitsgesetz zum Aufenthalt ohne weiteres entsprechend berechtigt und entsprechend auch nicht von der KV-Pflicht, dieser Auffangversicherungspflicht, ausgenommen. Der Ausschluss der nachrangigen Versicherungspflicht für den Nichterwerbstätigen knüpft also unmittelbar an die aufsichtsrechtlichen Vorgaben an, die gewissermaßen entsprechend der für den EU-Binnenmarkt vor allem der angestrebten Arbeitnehmerfreizügigkeit und den Aufenthalt zur Arbeitssuche und zur Erwerbstätigkeit privilegieren. Diese Bezugnahme auf die aufenthaltsrechtlichen Regelungen im Bereich der GKV halten wir an dieser Stelle für nachvollziehbar. Sie schützt letztlich die GKV vor deutlicher Überforderung. Mir ist aber wichtig, dass das nicht zugleich heißt, dass wir die Kritik an bestehenden, relevanten Defiziten für einzelne vulnerable Gruppen und auch jetzt für diese Gruppe der Nichterwerbstätigen EU-Bürger hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen ignorieren. Hier gibt es sicherlich, und das sehen wir auch, Verbesserungsbedarf. Wir sind allein der Auffassung, dass man die Versorgung weiterer hilfebedürftiger Personengruppen nicht den Sozialversicherten überantworten sollte, sondern dass diese Aufgaben weiterhin über Steuern, von allen Bürgerinnen und allen Bürgern getragen werden sollten.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch diese Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Welche finanziellen Ausmaße hätte aktuell ein Beitragsschuldenerlass für mittellose Personen in der GKV nach Ihrer Schätzung? Wie würde das auch in Zukunft aussehen vor dem Hintergrund der Corona-Krise?

SV **Klaus Meesters** (GKV-Spitzenverband (GKV)): Die Frage kann ich leider ad hoc ohne entsprechende Datenlagen nicht beantworten. Ich müsste das Ihrem Büro oder dem Ausschuss nachliefern.

Der **Vorsitzende**: Das ist von der Fragestellerin, von der FDP so akzeptiert. Ihre Antwort würden wir dann allen Ausschussmitgliedern weiterleiten.



Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die ESVe Dr. Johanna Offe. Wie sind Ihre Praxiserfahrungen mit Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland? Können Sie etwas aus der Praxis schildern?

ESVe **Dr. Johanna Offe**: Corona macht hier ein Problem sichtbar, das schon seit langem existiert. Dass 100 000 Menschen in Deutschland nicht zum Arzt gehen können, wenn sie medizinische Hilfe benötigen, ist kein neues Problem. Der Verein Ärzte der Welt bietet an vier Standorten in Deutschland medizinische Grundversorgung und Sozialberatung für Menschen an, die keinen oder eben nur eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Die medizinische Versorgung erfolgt durch ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte. Die Sozialberatung hat immer das Ziel, die Menschen wieder in das Regelsystem zu integrieren oder zu re-integrieren. Dabei stoßen wir dann an die gesetzlich vorgegebenen Grenzen, über die wir hier sprechen. Im Rahmen dieses Projektes erheben wir auch Daten über unsere Patienten und veröffentlichen diese im jährlichen Gesundheitsreport. Da wird deutlich, dass wir Patientinnen und Patienten jeder Altersstufe sehen. Im letzten Jahr hatten wir elf Prozent Kinder unter fünf Jahren. Das Krankheitsspektrum ähnelt im Großen und Ganzen dem einer Allgemeinarztpraxis. Es gibt viele chronisch Kranke. Wir impfen Kleinkinder, machen Schwangerschaftsvorsorgen. Wir sehen auch viele psychische Erkrankungen. Allgemein lässt sich aber sagen, dass viele Nichtversicherte einfach zu spät medizinische Versorgung aufsuchen, wenn Krankheiten sich bereits stark verschlechtert oder chronifiziert haben. Das führt natürlich zu erheblichem, individuellem Leid. Dreiviertel unserer Klientinnen und Klienten hatte im Jahr 2019 keinen Versicherungsschutz. Der Rest hatte nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen. 95 Prozent leben unter der Armutsgrenze. 88 Prozent waren wohnungslos. Fast ein Viertel der Gesamtheit war obdachlos. Ein ganz wichtiger Punkt zu unserer Arbeit, der durch die Pandemie auch noch einmal sehr deutlich wurde, ist, dass die oftmals ehrenamtlich betriebenen Strukturen der humanitären Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht geeignet sind, eine adäquate Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppen sicherzustellen. In der Pandemie fielen dann viele ältere Ehrenamtliche auch aus, weil sie selbst Risiko-

patienten sind. Schutzmaterialien waren nicht vorhanden. Deswegen mussten Anlaufstellen schließen. Viele Menschen blieben in den letzten Monaten dadurch unversorgt. Das zeigt eben erneut, dass die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine genuin staatliche Aufgabe ist und nicht in den Händen Ehrenamtlicher liegen darf. Daher bedarf es dringend dieser gesetzlichen Änderungen, damit Menschen im Regelsystem versorgt werden.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Ich möchte gerne die Clearingstelle der Berliner Stadtmission fragen. Weshalb werden in Deutschland Menschen trotz wirklich großer medizinischer Not nicht behandelt, wenn sie in ein Krankenhaus kommen? Was muss aus Ihrer Sicht politisch getan werden, um das zu ändern?

SVe **Carolin Ochs** (Stadtmission Berlin Clearingstelle): Die Menschen werden abgewiesen, weil die Krankenhäuser Wirtschaftsunternehmen sind und ständig auf ihren Behandlungskosten sitzenbleiben. Grund dafür ist, dass § 25 SGB XII und § 6a AsylbLG nicht praktikierbar sind. Die Anträge werden direkt im Krankenhaus gestellt. Die Klientinnen und Klienten haben aber in der Regel nicht die notwendigen Nachweise. Zum Beispiel haben sie kein Bankkonto und können keine Kontoauszüge vorweisen oder keine Anmeldung. Wenn die Krankenhäuser die Forderung an die Patientinnen und Patienten überstellen, dann können diese die natürlich nicht finanzieren. Voraussetzung ist, dass die Krankenhäuser überhaupt eine Anschrift haben. Die Krankenhäuser müssen sichergehen können, dass ihnen kein finanzieller Nachteil entsteht, wenn sie ihrer Pflicht nachkommen, kranke Menschen zu behandeln. Die Möglichkeit wäre ein entsprechender Fonds oder aber die Anpassung von § 25 SGB XII oder § 6a AsylbLG. Die Beweislast könnte zum Beispiel umgekehrt werden bei der Antragstellung, dass eben nicht die Patientinnen und Patienten nachweisen müssen, dass sie hilfebedürftig sind, sondern dass davon ausgegangen wird, dass sie hilfebedürftig sind. Es ist wichtig, eine praktikable und unbürokratische Lösung zu finden. Auch die Abschaffung des Ausschlusses von EU-Bürgern aus der Auffangpflichtversicherung und auch die Abschaffung von § 87 im Gesund-



heitsbereich sind wichtige Forderungen, die Handlungssicherheit für die Betroffenen und die Krankenhäuser schaffen. Ich möchte aus einer Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung zitieren: „Die Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge, der Gesundheitsbehandlung von hilfebedürftigen Patienten und Asylbewerbern liegt nicht im originären Pflichtenkreis der Krankenhäuser, sondern ist Aufgabe des Staates.“

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die BAG Wohnungslosenhilfe. Welche Barrieren beim Zugang von wohnungslosen Menschen zur Gesundheitsversorgung und zu Hygienemaßnahmen haben sich durch die Pandemie aufgezeigt? Wo sehen Sie die zentralen Stellschrauben, um medizinische Hilfe für Wohnungslose niedrigschwelliger und adressatenorientierter gewährleisten zu können?

Sve Werena Rosenke (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W)): Ich muss vorausschicken, dass Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für wohnungslose Menschen sich nicht erst durch die Pandemie gezeigt haben, sondern wir beklagen sie seit vielen Jahren, um nicht zu sagen seit Jahrzehnten. Es sind in den Anträgen auch diverse Barrieren aufgeführt worden. Dazu kommen Diskriminierungen im Regelsystem für wohnungslose Menschen und das Thema der Zuzahlung bei Heil- und Hilfsmitteln, die von den Menschen nicht finanziert werden können. Auch die Tatsache, dass viele Mittel nicht mehr verschreibungspflichtig sind und direkt privat angeschafft werden müssen. Welche Stellschrauben gibt es? Wir fordern schon sehr lange eine Wiederholung eines Beitragsschuldenerlasses wie 2013, aber dann längerfristig. Wichtig sind die Clearingstellen zur Aufklärung des Versichertenstatus nicht nur für Bürger aus anderen EU-Mitgliedsstaaten, sondern auch für viele wohnungslose Menschen. Dringend geboten ist auch eine Änderung bei den Anmeldungen zur Krankenkasse durch die Jobcenter. Da kommt es immer wieder durch kurzfristige Anmeldungen, also immer nur für einen Monat, dass die Wohnungslosen häufig schon wieder abgemeldet sind, bevor sie überhaupt eine Versichertenkarte erhalten haben. Das müsste man dringend ändern.

Zur Absenkung der Barrieren zum Zugang zur Gesundheitsversorgung: Ich erwähnte, es gibt seit nahezu zwei Jahrzehnten niedrigschwellige Versorgungsangebote für Wohnungslose. Aber, die Kollegin Offe hat es auch schon gesagt, diese Projekte arbeiten zu einem großen Teil auf Spendenbasis und mit ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Das sind vor allen Dingen Ärzte und Pflegende im Ruhestand, was wir schon lange kritisieren. Da hat sich natürlich in der Pandemie als besonders fatal erwiesen, dass gerade diese ehrenamtlichen Mitarbeitenden auf Grund ihres Alters oft selbst zur Risikogruppe gehören. Es hat sich gezeigt, dass die den ehrenamtlichen Dienst gar nicht durchführen konnten beziehungsweise die Träger solcher medizinischen Angebote dies nicht verantworten konnten. In einer Situation, wo die Not am Größten ist, mussten viele den Dienst herunterfahren oder auf das Nötigste beschränken. Es konnte kaum noch behandelt werden, vielleicht wurden noch Medikamente ausgegeben. Von daher fordern wir seit langer Zeit, dass diese medizinischen Versorgungsangebote kontinuierlich und nachhaltig finanziert werden müssen. Wir fordern deswegen einen Fonds auf Bundesebene, der getragen werden sollte aus öffentlichen Mitteln. Es gibt so etwas Ähnliches in Nordrhein-Westfalen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Bitte stellen Sie diese Regelung aus Nordrhein-Westfalen hier kurz vor.

Sve Werena Rosenke (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W)): In Nordrhein-Westfalen basiert es darauf, dass es einen gemeinsamen Fonds gibt, eben dieser Träger, die Kommunen, aber auch die Kassen und die Kassenärztliche Vereinigung. Da wird ein Fonds unterhalten und daraus können medizinische Versorgungsprojekte fest finanziert werden. Das ist noch ausbaufähig. Ich habe jetzt, das trifft mich so ein bisschen unvorbereitet, keine Zahlen dabei. Das ist ein guter Ansatz, den man auch auf Bundesebene durchführen könnte. Meines Wissens nach gibt es das in anderen Bundesländern nicht. Das wäre wirklich eine sehr große Hilfe, gerade für diese medizinischen Versorgungsangebote. Wenn es die nicht gäbe, wäre, würde ich einmal behaupten, ein großer Teil der wohnungslosen Menschen gänzlich ohne medizinische Versorgung.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Caritas. Wie beurteilen Sie den Vorschlag der Grünen zur vorübergehenden Unterbringung von Wohnungslosen in Hotels? Gibt es funktionierende Beispiele? Halten Sie eine koordinierte Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Kommunen und sozialen Trägern für kurzfristig realisierbar?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (DCV)): Auch der Deutsche Caritasverband hat insbesondere jetzt in der Pandemie dringend gefordert, die Gemeinschaftsunterkünfte zu dezentralisieren, um die Hygieneregulungen einhalten zu können und insbesondere auch den Zugang zu sanitären Anlagen besser zu gewährleisten. Ein Vorschlag ist natürlich, leerstehende Hotels, Pensionen und vergleichbare Unterkünfte zu nutzen. Der Vorschlag wird auch gut angenommen, insbesondere von Frauen, aber nicht nur. Wir haben damit tatsächlich natürlich Erfahrung gemacht, vor allem in Frankfurt. Da gibt es das gemeinsame Projekt der Caritas mit der Diakonie. Es wird unterstützt auch von der Obdachlosenzeitschrift „Hinz und Kunz“ und dem Projekt „Alimaus“. Es hat sich aber herausgestellt, dass man nicht einfach obdachlose oder wohnungslose Menschen allein in die Hotels schicken kann. Sie brauchen eine Begleitung durch Sozialarbeiter. Diese Komponente sollte dabei sein. Sie haben noch die Frage gestellt, ob es ein koordiniertes, gemeinsames Vorgehen von Bund, Ländern und Kommunen braucht. Aus meiner Sicht sind die Kommunen hier in erster Linie zuständig für die Versorgung von Wohnungslosen an dieser Stelle. Somit würde ich auch hier jedenfalls den Bund nicht in der Verantwortung sehen, sondern halte das für eine kommunale Aufgabe, gegebenenfalls auch natürlich unterstützt durch die Länder.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie den Vorschlag, säumigen Beitragszahlenden einen vollen Leistungsanspruch in der GKV einzuräumen? Gehen Sie bitte auch auf die aktuelle Rechtslage und deren Umsetzung ein.

SV **Klaus Meesters** (GKV-Spitzenverband): Wir können dem Vorschlag, wie Sie sich denken können, weniger abgewinnen. Zum einen geht es hier für eine beitragsfinanzierte Sozialversicherung um

eine ganz prinzipielle Frage des Zusammenhangs zwischen Beitragsleistung und Leistungsanspruch. Ähnlich wie bei den Forderungen nach einem generellen oder dauerhaften Erlass von Schulden sollte der Gesetzgeber auch aus Sicht der Krankenkassen bedenken, welche Signalwirkung ein quasi sanktionsfreier Umgang mit Beitragsschulden auf Akzeptanz und Zahlungsbereitschaft der freiwilligen Mitglieder insgesamt hätte. Aber wir sehen natürlich auch das Dilemma. Es ist eine schwierige Interessenabwägung zwischen den Interessen der Versichertengemeinschaft einerseits und den Interessen der sonstigen Versicherten zu treffen, die ja trotz fehlender Beitragszahlungen medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Wir denken aber, dass der Gesetzgeber mit den geltenden Regelungen insgesamt eine vertretbare Lösung gefunden hat und dies aus folgenden Gründen. Zum einen ruht nach geltendem Recht der Anspruch auf Leistungen für die Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von zwei Beitragsmonaten in Rückstand sind, und trotz Mahnung nicht zahlen. Das ist der Grundsatz. Betroffen von dieser Regelung, das zum Hintergrund, sind natürlich ausschließlich freiwillig Versicherte. Für die ganz große Gruppe der Versicherungspflichtigen ist diese Regelung gar nicht relevant, weil eben dort die Arbeitgeber oder andere zur Beitragszahlung verpflichtete Stellen verantwortlich sind für die pünktliche und regelmäßige Beitragszahlung. Darüber hinaus gilt, dass wir kein absolutes Ruhen eines Leistungsanspruchs haben, sondern dass von diesem Ruhen alle Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, alle Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie alle Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ausgenommen sind. Dabei gilt zudem, dass der Begriff „akute Erkrankung“ in der GKV weit ausgelegt wird. Das heißt, es werden Leistungen nicht nur für akute, sondern auch chronische Erkrankungen dann erbracht, wenn ansonsten die Verschlimmerung eines Krankheitszustandes die Folge wäre, also ein akuter Krankheitszustand eintritt. Somit ist ein Großteil chronischer Erkrankungen erfasst. Zum Beispiel wird natürlich die Insulinbehandlung für einen Diabetiker sichergestellt, weil ansonsten Nierenversagen oder Dialysepflicht oder dergleichen die Folge wäre.



Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die PKV. Können Sie uns bitte die aktuellen Möglichkeiten für PKV-Versicherte aufzeigen, die in finanziellen Schwierigkeiten geraten sind, und deshalb ihre Versicherungsbeiträge nicht bezahlen können?

SV **Dr. Dr. Timm Genett** (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)): Wenn sie in Zahlungsschwierigkeiten kommen, dann können sie mit dem Versicherer eine Stundung oder eine Ratenzahlung vereinbaren, oder aber, wenn sie glauben, dass sie längerfristig in Zahlungsschwierigkeiten bleiben, könnte man über eine Erhöhung des Selbstbehalts nachdenken beziehungsweise auf Leistung auch verzichten. Wir haben Leistungspakete. Sie können aber auch prüfen, ob es nicht einen Alternativtarif gibt, im Rahmen des Tarifwechselrechts, der ihnen vergleichbare Leistungen zu einer attraktiveren Prämie ermöglicht. Sollten Sie hilfebedürftig sein und überhaupt keinen Beitrag zahlen können, dann können Sie in der PKV im Basis-tarif zu null Euro den vollen KV-Schutz auf GKV-Niveau haben. Sollten Sie wiederum in prekären finanziellen Schwierigkeiten sein aber keinen Sozialhilfebezug haben oder kein Anrecht auf Sozialhilfebezug, dann können Sie in den Standardtarif gehen und sich dort ihre Altersrückstellungen anrechnen lassen für einen Versicherungsschutz auf GKV-Niveau. In vielen Fällen senkt das deutlich den Beitrag. Wenn Sie Ihre Beiträge einfach nicht zahlen, werden Sie im System der PKV umgestellt, nach einiger Zeit, nach fünf Monaten, in den Notlagentarif, um eine Überschuldung durch Nichtzahlung von Beiträgen zu vermeiden.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Caritas. Sie lehnen die von den Linken geforderte Einführung eines Härtefallfonds für die Behandlung von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall ab. Können Sie uns diese Haltung bitte kurz erläutern? Welche Vorschläge haben Sie stattdessen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (DCV)): Zunächst einmal ist es nur naheliegend, dass man in verzweifelten Lagen auch verzweifelte Lösungen sucht. Nur halten wir nichts von der

Etablierung einer Parallelstruktur. Ein solcher Härtefallfonds ruft wieder neue Fragen hervor und verhindert vor allem, Sie hatten ja auch gefragt, was schlagen wir stattdessen vor, die zentrale Lösung, nämlich, dass diesen Menschen der Zugang zu GKV ermöglicht werden muss, weil alle Menschen in Deutschland Zugang zur KV haben müssen, insbesondere natürlich zur GKV. Was sind die Probleme im Härtefallfonds? Er hat zwei Probleme. Erstens einmal wird die Frage sein, wer ist ein Härtefall, nach welchen Kriterien wird entschieden, wer der Härtefall ist? Das Zweite ist die Problematik, dass ein Fonds natürlich immer naturgemäß gedekelt ist. Das erleben wir auch beim anonymen Krankenschein, wie in Thüringen. Wenn es überschritten wird, dann bestehen keine weiteren finanziellen Möglichkeiten. Aus diesen Gründen sehen wir im Härtefallfonds keine wirklich gute und geeignete Lösung.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich an die BAG Wohnungslosenhilfe. Sie möchten weitestgehend auf Zwangsräumung wegen Mietschulden verzichten. Jetzt stehen aber dort häufig Bankfinanzierungen dahinter, also die Vermieter sind auch zahlungspflichtig oder sie leben von diesen Mieteinnahmen. Wie wollen Sie diesen Menschen dann die fehlenden Mieteinnahmen ersetzen?

SVe **Werena Rosenke** (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W)): Es gibt im Gesetz zahlreiche Möglichkeiten, in diesen Fällen aktiv zu werden. Es ist vorgesehen, dass die Kommunen zur Aufrechterhaltung eines Mietverhältnisses dann die Mietschulden übernehmen können. Das ist unsere Forderung. Es geht nicht darum, Vermieter in den Bankrott zu treiben, sondern darum, dass Mechanismen tatsächlich auch umgesetzt werden, dass es rechtzeitig, am besten lange bevor es zur Räumungsklage kommt aber mindestens innerhalb der Heilungsfrist, für die Kommunen möglich ist, die Mietschulden zu übernehmen, damit das Mietverhältnis erhalten bleibt und es nicht zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen muss.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Deutschen Landkreistag. Es gibt in zahlreichen Kommunen diese bereits erwähnten Clearingstellen



für nicht krankenversicherte Menschen, die Beratungen anbieten, etwa zu einer möglichen KV, und die auch medizinische Hilfe vermitteln. Wie sind Ihre Erfahrungen damit? Wie bewerten Sie diese Strukturen?

SV Jörg Freese (Deutscher Landkreistag (DLT)): Diese Clearingstellen gibt es tatsächlich vielerorts. Sie werden in der Regel von freien Trägern oft auch mit kommunaler Unterstützung betrieben. Die Erfahrungen sind gut. Es ist eine sehr niedrigschwellige Möglichkeit, um dort Unterstützung zu bekommen für Menschen, die sich nicht immer leicht tun, mit Behörden und mit ähnlichen Geschichten. Dazu muss man natürlich sagen, letztlich muss jedes Sozialamt eine solche Beratung anbieten. Aber natürlich ist sie wesentlich besser und niedrigschwelliger zugänglich, wenn man sie in solchen ausgelagerten Clearingstellen macht. Das ist immer der Vorteil. Aber die Leistung an sich, nämlich Hilfestellung bieten bei Erringung von solchen Leistungen, müssen natürlich auch die offiziellen Stellen bieten.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine Frage geht an die PKV. Der Antrag der Linken möchte die PKV in die Finanzierung des Härtefallfonds mit einbeziehen. Wie ordnen Sie das rechtlich ein?

SV Dr. Dr. Timm Genett (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)): Aufsichtsrechtlich könnten wir uns in der Finanzierung dieses Härtefallfonds gar nicht beteiligen, weil wir aufsichtsrechtlich dazu verpflichtet sind, die Versicherten-gelder natürlich für den Versicherungszweck auszugeben. Dieser sieht nicht vor, dass wir Fonds unterstützen, die dann Krankheitsleistungen für Leute bezahlen, die keine Versicherung haben. Ich möchte aber nicht nur rein rechtlich antworten. Ich möchte auch von der Sache her antworten. Wir haben ja eine Lösung. Da sind wir auch in der Pflicht und in der Verantwortung als PKV gemeinsam mit der GKV, weil der Gesetzgeber ja vor vielen Jahren oder vor 13 Jahren beschlossen hat, das Problem der Nichtversicherung zu lösen, damit alle Menschen oder alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen KV-Schutz bekommen sollen, selbst dann, wenn ihr sozioökonomischer Status es

nicht erlaubt, diesen zu finanzieren. Und diese Pflicht zur Versicherung wird durchgeführt in der Verantwortung von GKV und PKV. Das impliziert natürlich auch eben das Recht auf Aufnahme in eine KV. Der beste Weg, die Probleme, über die wir heute geredet haben, zu lösen, wäre tatsächlich, die Menschen auf die Pflicht zur Versicherung zu verweisen. Ein Härtefallfonds stünde wie ein Fremdkörper zu diesem Lösungsansatz, den es schon gibt, denn er wäre dann eine Alternative zur Solidargemeinschaft der Versichertengemeinschaft. Das wiederum lädt auch zu Vorteils-Hopping ein. Insofern würde ich dem sachlich wie rechtlich widersprechen.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht nochmal an die Berliner Stadtmission Clearingstelle. Im Bildungsbereich wurde die Übermittlungspflicht von persönlichen Daten an die Ausländerbehörden abgeschafft. Was bedeutet das für die Betroffenen, dass das im Bereich der Gesundheitsversorgung bisher nicht geschehen ist. Was schlagen Sie als Alternative vor?

Sve Carolin Ochs (Stadtmission Berlin Clearingstelle): Es bedeutet, dass sich die betroffenen Personen oft auf ehrenamtlich und niedrigschwellig organisierte Angebote verlassen. Wenn sie Glück haben, gibt es dort, wo sie sich auch aufhalten, auch eine Clearingstelle mit Behandlungsfonds. Gerade in der Pandemie fielen viele ehrenamtliche Angebote weg, da die Ärztinnen und Ärzte und Helferinnen und Helfer auch zur Risikogruppe gehören. Es bedeutet, dass die Betroffenen erst zum Arzt gehen, wenn sich ihre Beschwerde oder ihre Erkrankung zum Notfall entwickelt hat, oder wenn sich eine chronische Erkrankung wieder zum Notfall entwickelt hat, obwohl sie gut einstellbar gewesen wäre. Beantragen die Personen dann dennoch einen Krankenschein beim Sozialamt, so wird im Sozialamt oft die Polizei gerufen. Die Betroffenen werden erkennungsdienstlich erfasst und meist nach dem Königsteiner Schlüssel in Deutschland verteilt. Oftmals droht dann wenig später die Abschiebung. Deutschland hat den Sozialpakt ratifiziert. Das haben wir jetzt auch schon öfter gehört. Der Zugang zur medizinischen Versorgung muss eröffnet werden, und zwar nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis, in praktikablen Ansätzen. Wir schlagen deshalb vor, die GKV und Leistungen



nach §§ 4 und 6 AsylbLG barrierefrei auch für Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis zu öffnen, also § 87 AufenthG im Gesundheitsbereich abzuschaffen. Dazu möchte ich ergänzen, dass es in der Tat auch unter den Menschen ohne Aufenthaltspapiere Personen gibt, die sich Beiträge leisten könnten und sich auch gerne in der KV anmelden möchten. Das ist jetzt nicht der Großteil, aber die gibt es. Warum sollte auch dieser Weg verwehrt bleiben?

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Ich beziehe mich auf die zumindest in einem der Anträge enthaltene Forderung nach Kostenübernahme für die Testung auf COVID-19 für alle Menschen ohne KV. Wie bewerten Sie das? Kann das richtig sein, diese Forderung nach der Kostenübernahme dann zu differenzieren nach der Frage Mitgliedschaft oder keine Mitgliedschaft?

SV **Klaus Meesters** (GKV-Spitzenverband): Mit Blick auf die jetzt angesprochene Corona-Virus-Testverordnung müssen wir feststellen, dass dort bereits geregelt ist, dass sowohl gesetzlich Versicherte als auch alle Personen, die dezidiert nicht gesetzlich versichert sind, einen Anspruch auf die Testung auf diesen direkten Erregernachweis haben. Das ist geregelt in § 1 Absatz 2 der Testverordnung, also der Anspruch besteht. Ausgeschlossen ist dieser Anspruch allein, da gibt es auch eine Regelung, für Fälle, in denen ein anderweitiger Anspruch besteht. Das zielt dann primär darauf ab, dass diejenigen, die versichert sind, einen Anspruch im Falle von Symptomen im Rahmen der Krankenbehandlung und damit einen Anspruch auf Tests aus der Krankenbehandlung aus der KV haben. Da ist das dann ausgeschlossen. Wenn aber ein anderweitiger Versicherungsschutz gänzlich fehlt, ist, so lesen wir die Testverordnung, ein Anspruch sowohl für asymptomatische Patienten als auch für symptomatische Patienten durch diese Corona-Virus-Testverordnung gegeben. Die Finanzierung dieser Tests läuft einheitlich über das BAS, das den Gesundheitsfonds verwaltet. Auch da ist die Finanzierung für diese Tests sichergestellt. Jetzt liest man in den Anträgen der Anhörung und auch in einigen Stellungnahmen, dass es in der Praxis aber dann doch Zugangsbarrieren gibt, die sich aus Verwaltungsverfahren oder aus Meldeverpflichtungen und dergleichen ergibt. Wenn das, das können wir

GKV-seitig schwer beurteilen, der Fall ist, dann ist das sicher etwas, was zu hinterfragen ist. Fest steht aber, dass der Ordnungsgeber klargestellt hat, dass auch nicht gesetzlich Versicherte Anspruch auf diese Testungen haben.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die ESve Caroline Zöllner. Sie hatten im letzten Jahr sehr deutlich auf die Schwierigkeiten beim Zugang zu Tests hingewiesen. Aber die gleiche Frage gilt natürlich auch für den Bereich der vulnerablen Personen, bezogen auf Zugang zu Masken, also zu FFP2-Masken beispielsweise, und vor allen Dingen auch die Impfung. Welche Erfahrungen machen Sie da?

ESve **Caroline Zöllner**: Bei den Menschen, die sich an uns wenden, handelt es sich um Personen, die in einer extrem prekären Lage leben. Die Corona-Pandemie hat an sich ihre prekäre Lage noch einmal verschärft. Viele hatten vorher Beschäftigung, zum Beispiel als Reinigungskraft in privaten Haushalten oder im Kkehrbereich, die sie dann verloren haben. Das heißt, Personen, die schon am Existenzminimum gelebt haben, haben jetzt noch größere Probleme, über die Runden zu kommen. Dann kommt zum Beispiel die Notwendigkeit, Masken oder Desinfektionsmittel zu kaufen, um sich zu schützen, Das alles stellt noch einmal eine größere Hürde für diese Personengruppen dar. Dafür gibt es aktuell keine Lösung. Was die Testung angeht, hatten wir auch in unserer Stellungnahme erklärt, dass tatsächlich durch die Revision des IfSG die Gesundheitsämter in der Pflicht sind, sich auch um die Testung von Personen ohne Versicherungsschutz zu kümmern. Leider ist es so, dass es bundesweit nicht überall funktioniert und vor allem das Problem der fraglichen Datenweiterleitung immer noch nicht eindeutig geklärt ist, was natürlich für Menschen ohne Papiere ein riesiges Problem darstellt. In Hinblick auf die Impfung haben wir auch hier bisher letzten Endes keine gute Lösung zu berichten. Es wird wohl in München die Möglichkeit geben, dass Personen auch ohne Papiere sich impfen lassen können. Hier in Berlin sind wir in der Diskussion mit dem Gesundheitsamt. Aber auch bis zum heutigen Tag ist die Lage nicht geklärt, sodass die Situation von Menschen, die an



sich schon große Probleme hatten, sich noch einmal verschlechtert hat. Darüber hinaus ist die Angst natürlich groß zu erkranken und mit den schweren Folgen ins Krankenhaus zu müssen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird gefordert, dass der Beitrag zur studentischen KV abgesenkt werden soll. Wie beurteilen Sie die Forderung?

SV **Klaus Meesters** (GKV-Spitzenverband): Im Antrag der Linken wird ergänzend, es gibt die zentrale Forderung, dass die Mindestbemessungsgrundlage deutlich abgesenkt wird, und auch gefordert, dass der Beitrag zur studentischen KV gemindert wird. Wir halten das nicht für angezeigt. Wir halten den gegebenen Rahmen für die studentische KV insgesamt für angemessen und sozial ausgewogen. Nach geltendem Recht werden die Beiträge in der studentischen KV auf der Grundlage des BAföG-Bedarfsatzes der Studierenden, die nicht bei den Eltern wohnen, festgesetzt. Das ist in diesem Jahr ein Monatsbetrag von 752 Euro. Als Beitragssatz wird dann lediglich 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes zugrunde gelegt, also nicht wie bei allen Versicherten der Beitragssatz von 14,6 Prozent, sondern ein Beitragssatz von zurzeit 10,2 Prozent. Die Anwendung dieses reduzierten Satzes stellt bereits aus unserer Sicht eine erhebliche Vergünstigung der Studierenden im Verhältnis zu den anderen Versichertengruppen dar. Wir denken, dass man auch in Betracht ziehen sollte, dass gerade die Gruppe der Studierenden und späteren Akademiker besonders auch vom System der solidarischen KV profitieren, weil ein völlig beitragsfreier Versicherungsschutz über die Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres möglich ist, wenn denn die Eltern gesetzlich versichert sind. Zu guter Letzt, für BAföG-Empfänger wird auch ein Zuschuss zur Krankenpflege geleistet, das heißt, wenn Studierenden Anspruch auf BAföG haben, haben sie auch Anspruch auf einen Zuschuss. Das führt dann dazu, dass der Beitrag zur KV dann wesentlich ausgeglichen wird. Also vor diesem Hintergrund und dem Verhältnis zu anderen Versichertengruppen halten wir eine Absenkung des Beitrags für Studierende nicht für angezeigt.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Deutschen Landkreistag. Wie bewerten Sie den Vorschlag, eine durch den Bund koordinierte Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Kommunen und sozialen Trägern zu organisieren, um eine flächendeckende temporäre Einzelunterbringung von wohnungslosen Menschen in Hotels, Pensionen oder Jugendherbergen zu gewährleisten sowie im Fall einer Infektion mit COVID-19 Quarantänräume zur Verfügung zu stellen?

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag (DLT)): Es gibt eine ganze Reihe von kommunalen Aktivitäten, um das zu nutzen. Es ist dann doch eine Gewinn-situation für verschiedene Bereiche, wenn man so etwas vernünftig organisiert. Insofern wird das auch gemacht. Insofern auch ausdrücklich Zustimmung für solche Aktivitäten. Sie sollten auf jeden Fall verstärkt werden. Was nicht geht, das hatte Frau Dr. Fix auch schon gesagt, was nicht erfreulich ist, ist, dass der Bund eine koordinierende Rolle spielt. Alle Erfahrungen zeigen, sobald der Bund versucht, vor Ort irgendetwas zu tun, dann wird es schwierig, weil er einfach die Kenntnisse nicht hat. Was gibt es an Infrastruktur? Was kann man nutzen? Was ist nicht geeignet für solche Unterbringungsformen? Sowas muss kommunal koordiniert werden, gerne mit Unterstützung freier Träger und anderen Institutionen, gerne auch mit Unterstützung des Landes, da haben wir gar nichts dagegen. Aber das ist letztlich eine örtliche Aufgabe, der wir uns auch stellen wollen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Deutschen Landkreistag beziehungsweise an den Städte- und Gemeindebund. Im Antrag der Grünen wird gefordert, Drogenkonsumräume zu schaffen. Die sollen dann auch ganztägig geöffnet sein. Sehen Sie überhaupt eine Notwendigkeit dafür? Ist das in Ihrem Bereich als Problem erkannt? Wie sehen Sie die Sicherheitslage dabei, wenn so etwas geschaffen wird?

SV **Jörg Freese** (Deutscher Landkreistag (DLT)): Die Bedarfe sind unterschiedlich. Deswegen ist es richtig und wichtig, dass auch kommunal entschieden und verantwortet wird, ob man so etwas macht und wie man es einrichtet. Mir ist aus unserem Bereich,



in den Landkreisen, nicht bekannt, dass es dort besondere oder schwierige Sicherheitslagen oder so etwas gäbe. Insofern würde ich sagen, dass wir da keine besondere Herausforderung haben. Ansonsten ist das eine Entscheidung, die vor Ort getroffen werden muss, ob es Bedarf gibt. Wenn es Bedarf gibt, sollte der sicherlich auch befriedigt werden. Das erscheint mir sinnvoll.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen ganz herzlich bedanken für die Fragen und für die vielen guten Antworten.

Schluss der Sitzung: 15:04 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender