

Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge,
Dr. Dagmar Enkelmann, Diana Golze, Dr. Barbara Höll, Katja Kipping, Elke Reinke,
Volker Schneider (Saarbrücken), Dr. Ilja Seifert, Jörn Wunderlich und der Fraktion
DIE LINKE.**

Ruhen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei säumigen Beitragszahlern und deren mitversicherten Angehörigen

Zum 1. April 2007 wurde die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt und mit vollmundigen steuerfinanzierten Werbeversprechen („Ganz Deutschland wird krankenversichert“) begleitet. Mit einem Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde eine „Folgeänderung“ zu der Versicherungspflicht geschaffen. Diese Regelung (§ 16 Absatz 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) besagt, dass „Versicherte [...], die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen“ nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch haben, den man als Ruhen der Leistungen bezeichnet. Gezahlt werden dann nur noch „Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.“ Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits am 13. März 2007, also vor Inkrafttreten der Regelung beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgefragt, wie diese Regelung zu verstehen sei und ob auch die mitversicherten Angehörigen des Mitglieds nur eingeschränkte Leistungen erhalten sollten. Am 11. April 2007 antwortete das BMG, dass „sich die Ruhenswirkung bei einem Beitragsverzug des Mitglieds auch auf die familienversicherten Angehörigen erstreckt.“

Die Krankenkassen haben – zumindest zum Teil – daraus die Konsequenz gezogen und beispielsweise mitversicherten Kindern nicht die Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U11 und J1) finanziert. Nachdem Medien diese vom Ministerium getragene Praxis Anfang 2009 kritisierten und einzelne Bundestagsabgeordnete bei der Bundesregierung nachfragten, änderte diese ihre Rechtsauffassung: „Bezüglich der angesprochenen Präventionsuntersuchungen (U1 bis U11 und J1) ist klargestellt, dass diese durch die Krankenkassen zu finanzieren sind“ (Antwort der Bundesregierung vom 21. Januar 2009 auf eine schriftliche Frage von Frank Spieth). Es wurde nicht aufgeführt, weshalb und wodurch dies klargestellt ist. In der Begründung des o. g. Änderungsantrags zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Leistungsumfang für säumige Versicherte beschrieben. Dabei wird auf § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Bezug genommen, jedoch nur auf Absatz 1 (akute Erkrankungen und Schmerzzustände) und Absatz 2 (Schwangerschaft und Mutterschaft), jedoch nicht auf Absatz 3 (Prävention und Vorsorgeuntersuchungen). Am 2. Februar 2009 teilte die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, den Abgeordneten der

CDU/CSU und der SPD mit: „Seither habe ich mich weiter bemüht, das Thema zum Wohle der Kinder zu lösen“. Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Justiz sei der Fall erneut geprüft worden und man sei nun „abschließend“ zu einem anderen Ergebnis gekommen: „Eine Einschränkung der Leistungen beschränkt sich allein auf den Beitragszahler, seine mitversicherten Angehörigen sind ausgenommen.“ Diese neue Rechtsauffassung hat die Bundesregierung mittlerweile auch an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mitgeteilt.

Diese im Sinne der Betroffenen zu begrüßende Rechtsauffassung der Bundesregierung steht aber auf tönernen Füßen. Das Gesetz ist in § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V unklar formuliert. Im Sinne der Rechtssicherheit für die Betroffenen wäre eine gesetzliche Klarstellung deshalb angezeigt und recht einfach zu bewerkstelligen, indem „Versicherte“ gestrichen und durch „Mitglieder“ ersetzt wird. Unklar ist weiterhin der Leistungsumfang für die säumigen Beitragszahler. Die Bundesregierung hat bereits vor ihrer Feststellung, dass bei den mitversicherten Kindern die Leistungen nicht ruhen, diesen dennoch die Präventionsuntersuchungen zugestanden. Wenn die mitversicherten Kinder trotz des Ruhens der Leistungen nach bisheriger Rechtsauffassung jedoch Präventionsleistungen erhalten, legt dies nahe, dass dies auch während des Ruhens der Leistungen für die säumigen Beitragszahler selbst gilt. Würde dies nicht gelten, erhielten diese eine noch schlechtere Gesundheitsversorgung als Asylbewerber.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Auf welcher Rechtsgrundlage kommt die Bundesregierung zu dem beschriebenen Sinneswandel, dass sich eine Einschränkung des Leistungsanspruchs alleine auf säumige Beitragszahler, nicht aber auf mitversicherte Angehörige erstreckt?
2. Ist die aktuelle Interpretation der Bundesregierung rechtsverbindlich für alle Krankenkassen, und in welchem Gesetz ist dies geregelt?
3. Gilt die neue Regelung gleichermaßen für mitversicherte Kinder und Ehepartner?
4. Wie viele säumige Beitragszahler gibt es?
Wie viele betroffene Angehörige gibt es?
5. Was war die Grundlage der Gesetzesinterpretation der Bundesregierung vom 11. April 2007?
6. Welche Krankenkassen haben sich an diese Interpretation der Bundesregierung vom 11. April 2007 gehalten und die Leistungen für Kinder und Eheleute eingeschränkt, und welche Kassen haben sich nicht daran gehalten?
7. Ist nach Auffassung der Bundesregierung eine Gesetzesänderung nötig und sinnvoll, und sollte es in § 16 Absatz 3a SGB V statt „Versicherte“ „Mitglieder“ heißen?
8. Haben säumige Beitragszahler/Mitglieder selbst Anspruch auf Präventionsuntersuchungen entsprechend § 4 Absatz 3 AsylbLG?
Wo ist dies geregelt?
9. Werden säumige Beitragszahler/Mitglieder durch die geltende Gesetzeslage in ihrer Gesundheitsversorgung schlechter gestellt als Asylbewerber, da Asylbewerber Präventionsleistungen nach § 4 Absatz 3 AsylbLG erhalten, säumige Beitragszahler jedoch nicht?
10. Werden tatsächlich, wie von der Bundesregierung in der Antwort zu der schriftlichen Frage von Frank Spieth vom 21. Januar 2009 angegeben, Kin-

dem säumiger Beitragszahler die Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 und damit umfangreichere Leistungen gewährt als üblicherweise den Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen, es sei denn die Kassen sehen U10 und U11 als Satzungsleistung vor?

11. Was genau ist der Inhalt des jüngsten Schreibens der Bundesregierung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu dieser Thematik?

Berlin, den 16. Februar 2009

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion

