

Antrag

der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Ulla Jelpke, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Dr. André Hahn, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Niema Movassat, Petra Pau, Martina Renner, Friedrich Straetmanns, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.

Gute Gesundheitsversorgung auch für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden und Geflüchtete

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bundesrepublik Deutschland ist durch den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte als Unterzeichnerstaat verpflichtet, das Recht auf Gesundheit frei von jeder Diskriminierung zu garantieren (vgl. Nummer 30 in www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf). Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist hierzu das wichtigste Instrument und gewährleistet, dass die erforderlichen Leistungen übernommen werden. Dennoch erhalten hunderttausende Menschen in Deutschland nur Leistungen, die unterhalb des Notwendigen liegen oder haben gar keinen Anspruch auf medizinische Versorgung. Dies trifft vor allem Obdachlose, Wohnungslose, Illegalisierte, Geflüchtete, Asylsuchende sowie erwerbslose Menschen aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Sie verfügen häufig entweder über gar keine Krankenversicherung oder haben lediglich Anspruch auf Leistungen bei akuten Krankheiten, Schmerzen und Schwangerschaft. Diese weitreichende Beschränkung der Gesundheitsversorgung verletzt das Menschenrecht auf Gesundheit, das über die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und andere internationale Abkommen garantiert ist. Sie widerspricht auch dem Grundrecht der Menschenwürde sowie dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes. Denn diese Grundsätze gelten für alle hier lebenden Menschen, ungeachtet der Nationalität oder des Aufenthaltsstatus.

Trotz bestehender Versicherung werden auch diejenigen nur unzureichend versorgt, die in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (PKV) Beitragsschulden von mehr als zwei Monatsbeiträgen haben. Sie erhalten nur Versorgung bei akuten Krankheiten, zur Früherkennung, Schmerzen und Schwangerschaft. Selbst diese minimalen Leistungen werden jedoch häufig nicht erbracht, weil die Leistungserbringenden befürchten, auf den Kosten der Behandlung sitzen zu bleiben. Da nicht eindeutig bestimmt ist, welche Leistungen mit dem unbestimmten Rechtsbegriff „akute Krankheiten“ gemeint sind, kann es passieren, dass die Sozialämter in ihrem Ermessensspielraum die erbrachten Leistungen im Nachhinein als „zu großzügig“ erachten und die Erstattung verweigern.

Die Leistungsverweigerung trifft nach zahlreichen Fallberichten selbst auf Leistungen zu, auf die ein Anspruch besteht. Mit der Nichtbehandlung von Patientinnen und Patienten können sich allerdings medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser und Arztpraxen nach § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) strafbar machen. Selbst wenn es Behandlungsmöglichkeiten gibt, werden diese nach Berichten von Behandlungszentren für Nichtversicherte im Ausschuss für Gesundheit oft nicht wahrgenommen, weil das Geld für ein Nahverkehrsticket fehlt und Sanktionen für fahrscheinloses Fahren bis hin zu Freiheitsstrafen gehen.

Diese Zustände sind unhaltbar und müssen schnellstmöglich beendet werden. Bis zur Einführung einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung, in die alle in Deutschland lebenden Menschen einbezogen werden, müssen sowohl Regelungen gefunden und Maßnahmen getroffen werden für diejenigen, die trotz Versicherung nur unzureichend versorgt sind, wie auch für die Personengruppe, die über keinerlei Krankenversicherungsschutz verfügt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der unter Beachtung der folgenden Punkte eine gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen garantiert. Dazu sind

1. ein bundesweiter Härtefallfonds für die Behandlung von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall einzurichten, aus dem ohne Zugangshürde für die betroffenen Nichtversicherten die Leistungserbringenden ihre Leistungen refinanzieren können. Hieraus können Praxen für Nichtversicherte ebenso finanziert werden wie auch konkrete Honorare von Seiten der Leistungserbringenden in Anspruch genommen werden, wenn alle anderen Leistungssysteme (GKV, PKV, Sozialamt, ...) die gesundheitlich erforderlichen Behandlungen nicht auf GKV-Niveau übernehmen. Der Fonds kann sich auf Mittel des Gesundheitsfonds, der privaten Krankenversicherung und von Bund und Ländern stützen. In den Entscheidungen, welche konkreten, aufsuchenden, bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Angebote finanziert werden, sind die GKV, PKV, Bund, Länder und Kommunen sowie die einschlägigen Hilfsorganisationen zu beteiligen. Der Härtefallfonds soll zu Unrecht verweigerte Zahlungen von den eigentlich zuständigen Leistungsträgern zurückfordern;
2. unter Berücksichtigung der in Berlin und Thüringen bereits gewonnenen Erfahrungen und unter Einbeziehung fachkundiger Personen und Organisationen bundeseinheitliche Regelungen zur Einführung eines anonymen Krankenscheins zur Versorgung von Unversicherten oder Illegalisierten im Regelversorgungssystem zu schaffen;
3. ein bundesweit einheitlicher und diskriminierungsfreier Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung auf GKV-Niveau für Leistungsberechtigte nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes zu schaffen; hierzu ist auch die Ausnahme von der Versicherungspflicht aufzuheben;
4. auf Länder und Kommunen einzuwirken und sie dabei zu unterstützen, durch aufsuchende Sozialarbeit und Clearingstellen besonders betroffene Gruppen bei der Erlangung von Krankenversicherungsschutz zu helfen;
5. die aufenthaltsrechtliche Mitteilungspflicht in Bezug auf illegalisierte Personen abzuschaffen und die Weitergabe von im Zusammenhang mit der Erlangung und Erbringung von gesundheitlichen Leistungen anvertrauten oder sonst gewonnenen persönlichen Daten an Ausländerbehörden zu verbieten;
6. ausreichender Zugang zu Dolmetscherdiensten und die Übernahme der daraus entstehenden Kosten insbesondere bei psychischen Erkrankungen sicherzustellen;

7. der Besuch von Gesundheitseinrichtungen, in denen nichtversicherte Patientinnen und Patienten behandelt werden, durch die unverzügliche Entkriminalisierung der sogenannten Beförderungerschleichung (vgl. BT-Drs. 19/1115) sowie schnellstmöglich durch Bereitstellung eines kostenlosen ÖPNV (vgl. BT-Drs. 19/1359) zu erleichtern und somit drohende Haftstrafen wegen Fahrens ohne gültigen Fahrausweis abzuwenden;
8. die Regelung in § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V ersatzlos zu streichen, wonach Arbeitssuchende aus anderen EU-Staaten von der Krankenversicherungspflicht derzeit ausgenommen werden und jeder von der obligatorischen Anschlussversicherung aufgrund der „Karteileichen“-Regelung ausgeschlossenen Person eine einfache Rückkehrmöglichkeit in die GKV zu ermöglichen;
9. allen mittellosen Personen mit Beitragsschulden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung einen dauerhaften Erlass der Schulden gegenüber der Krankenkasse/Krankenversicherung zu gewähren;
10. säumige Beitragszahlende sowohl in der GKV als auch in der PKV nicht mehr wie bisher analog § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes, sondern nach dem Leistungskatalog der GKV zu behandeln; das gilt auch für im Notlagentarif versicherte Kinder;
11. in einem ersten Schritt die Mindestbemessung bei allen freiwillig Kranken- und Pflegeversicherten, auch Selbstständigen, auf 450 Euro abzusenken; hierbei ist auch der Beitrag in der Studentischen Krankenversicherung geringfügig auf diesen Betrag zu senken. In einem zweiten Schritt Regelungen zu schaffen, die sicherstellen, dass Beitragsschulden auch bei freiwillig Kranken- und Pflegeversicherten nach Möglichkeit gar nicht erst entstehen können. Dazu zählt insbesondere ein Auftraggeberbeitrag bei Selbstständigen, der die Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung in angemessener Gesamthöhe als Quellenabzug sicherstellt;
12. bei der Versicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung in einem ersten Schritt unverzüglich die Ermächtigung zur selbstständigen Festlegung der Vergütungshöhe im ambulanten ärztlichen Bereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherung zu entziehen, die Steigerungsfaktoren gesetzlich festzulegen sowie den Basistarif auf eine Direktabrechnung zwischen den Versicherungsunternehmen und den Leistungserbringenden umzustellen; in einem zweiten Schritt die im Basistarif Versicherten umfassend in das System der kassenärztlichen Versorgung zu integrieren.

Berlin, den 3. März 2020

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Zu 1.: Um allen in Deutschland lebenden Menschen alle notwendigen gesundheitlichen Leistungen gewähren zu können, ist ein System notwendig, das alle Menschen auffängt, die durch das Raster fallen. Der einzurichtende Härtefallfonds hat hierbei zwei Aufgaben: Erstens sorgt er dafür, dass bei Behandlung der Betroffenen innerhalb des Regelsystems die Finanzierung der Leistungen auf GKV-Niveau gewährleistet ist und somit keine Benachteiligung mehr besteht. Zweitens soll der Härtefallfonds die Finanzierung der Gründung und Verstetigung von Versorgungsangeboten übernehmen, 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).

Zu 2.: Auch wenn – wie mit diesem Antrag beabsichtigt – wesentlich umfassendere Regelungen geschaffen werden, um viele bisher benachteiligte Gruppen in die Gesundheitsversorgung zu integrieren, so ist selbst dann denkbar, dass nicht alle in Deutschland lebenden Menschen dadurch faktisch und sofort erreicht werden. Daher muss auch diese mögliche Lücke geschlossen und die lange erhobene Forderung eines bundesweiten anonymen Krankenscheins erfüllt werden.

Zu 3.: Die derzeitige gesundheitliche Versorgung von Berechtigten nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes ist unzureichend, die ärztliche Therapiefreiheit ist mit diesem Versorgungsniveau nicht gesichert und evidente und notwendige Leistungen werden nicht erbracht. Darüber bestand in der Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 08.06.2016 unter allen Sachverständigen Einigkeit. Nach § 12 SGB V dürfen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Daraus ergibt sich, dass die im Vergleich erheblich eingeschränkten Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes das Maß des Notwendigen deutlich unterschreiten. Zudem war bei dieser Anhörung die Erkenntnis un widersprochen, dass die Gewährung von GKV-ähnlichen Leistungen nach den bisherigen Erfahrungen und Erkenntnissen nicht teurer ist als die Erbringung der eingeschränkten Leistungen. Dies ist wohl auf die Effekte einer Verschlimmerung von Krankheiten sowie auf den verringerten bürokratischen Aufwand bei der Genehmigung von Leistungen im Einzelfall zurückzuführen. Es besteht daher kein Grund, das Grundrecht auf gesundheitliche Versorgung für diese Personengruppe weiterhin einzuschränken. Nach der faktischen Aufhebung dieses AsylbLG-Sonderversorgungssystems zu gesundheitlichen Leistungen besteht weiterhin die Notwendigkeit, auch auf alle anderen leistungskürzenden Sondersysteme durch Abschaffung des AsylbLG hinzuwirken.

Zu 4.: Oft liegt eine fehlende Absicherung im Krankheitsfall nicht an fehlenden gesetzlichen Möglichkeiten, diese Absicherung zu erhalten, sondern daran, dass die Betroffenen wegen ihrer besonderen Lebensumstände nicht in der Lage sind, die notwendigen bürokratischen Schritte zu gehen. Ähnliches gilt auch für die Anhäufung von Beitragsschulden. So laufen auch gute gesetzliche Regelungen ins Leere. Um diesen Zustand zu verbessern haben sich Clearingstellen für Menschen mit unklarem Krankenversicherungsstatus in einigen Bundesländern bewährt. So gibt es einen zentralen Ansprechpartner. Noch besser wäre es allerdings, flächendeckend durch aufsuchende Sozialarbeit auf die Betroffenen zuzugehen, um ihnen das Angebot der Clearingstellen näherzubringen.

Zu 5.: Die drohende Möglichkeit einer Abschiebung oder anderer ausländerrechtlicher Konsequenzen bewirkt, dass Betroffene keine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen. Diese Befürchtungen sind begründet, zumal es für alle öffentlichen Stellen nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes eine Verpflichtung gibt, die Patientinnen und Patienten den Ausländerbehörden zu melden. Für Bildungs- und Erziehungseinrichtungen gibt es hier eine Ausnahme, nicht jedoch für Einrichtungen des Gesundheitssystems. Da der Zugang zum Gesundheitssystem aber unabdingbar möglich sein muss, bedarf es der genannten Änderungen. Eine Abschaffung der Mitteilungspflichten alleine wäre nicht ausreichend, da dann die Weitergabe von Daten weiterhin erlaubt bliebe. Um durch eine klare Regelung die gesundheitlichen Belange der betroffenen Personen zu schützen bedarf es eines sanktionierten Verbotes.

Zu 6.: Noch immer gibt es keine Regelung, die in der ambulanten – auch psychotherapeutischen – Versorgung die Übernahme der Kosten für die Übersetzung in eine der Patientin oder dem Patienten verständliche Sprache regelt, falls in der Praxis niemand hinzugezogen werden kann, der/die diese Aufgabe übernehmen könnte. Dies muss aus Gründen der Patientensicherheit erfolgen, zumal es gem. § 630e Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ärztliche Aufgabe ist, über Diagnose und Therapie verständlich aufzuklären. Sinnvoll für die Organisation wäre hier eine Zuständigkeit der Kostenträger.

Zu 7.: In der Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bundestages am 11.12.2019 wurde bei einem Fachgespräch davon berichtet, dass eine wesentliche Hürde für die Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten in der gesundheitlichen Versorgung wie z. B. dem Gesundheitszentrum der Jenny-de-la-Torre-Stiftung in Berlin darin besteht, die Fahrkarte für den öffentlichen Nahverkehr zu bezahlen. Im Hintergrund droht immer auch eine mögliche Haftstrafe im Falle von Beförderungerschleichung. Deshalb würden oft notwendige Behandlungen und Untersuchungen nicht wahrgenommen. Dies ist völlig unverhältnismäßig. Daher muss wenigstens für diese Gruppe die Möglichkeit einer bundesweit kostenlosen ÖPNV-Nutzung eröffnet werden.

Zu 8.: 2013 wurde die „Obligatorische Anschlussversicherung“ eingeführt. Dies war sehr zu begrüßen, denn so konnten Menschen, deren Arbeitsverhältnis endete, in jedem Fall weiterversichert bleiben. Dies hat jedoch auch

zu vielen „Karteileichen“ geführt; beispielsweise im Fall derjenigen, die aus Deutschland weggezogen sind. Deswegen hat die Koalition mit dem GKV-VEG geregelt, dass die Krankenversicherung endet, wenn die Versicherten mindestens sechs Monate keine Beiträge gezahlt, keine Leistungen beansprucht haben und auch sonst für die Kasse nicht auffindbar waren. Diese Regelung trifft jedoch Wohnungslose hart. Denn aufgrund der typischerweise schwierigen Lebensumstände von Wohnungslosen erhalten diese entweder kein Schreiben oder reagieren nicht immer adäquat auf ein Schreiben der Krankenkasse, in dem von wachsenden Beitragsschulden die Rede ist. Sie meiden zudem oft einen Arztbesuch. Gesetzliche Folge ist dann die Beendigung der Krankenversicherung. Zwar lässt sich in einigen Fällen die Mitgliedschaft im Rahmen der nachrangigen Versicherungspflicht wiederherstellen; die Beitragsschulden bleiben dennoch. Zudem ist dieses Verfahren bürokratisch und für viele dieser Menschen kaum leistbar (z. B. sind der Nachweis über die letzte Krankenversicherung, Bewilligungsbescheide vom Sozialamt, eine Bestätigung des letzten Arbeitgebers und eine Meldeadresse notwendig). Für erwerbslose EU-Ausländerinnen und EU-Ausländer ist sogar dieser Weg ausgeschlossen, sie dürfen nicht wieder zurück in die Krankenversicherung. Ihnen stehen seit dem Leistungsausschlussgesetz auch keine „Hilfen zur Gesundheit“ vom Sozialamt mehr zu. Abgesehen davon, kann damit auch noch das Aufenthaltsrecht trotz EU-Freizügigkeit entfallen. Daher ist eine Streichung der Sonderregelung für EU-Ausländerinnen und -Ausländer notwendig und eine einfachere Rückkehrmöglichkeit für alle aus der obligatorischen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Zu 9.: Der Schuldenerlass für mittellose Versicherte ist notwendig, um für Personen ohne Chance auf Schuldentilgung eine realistische Perspektive zu eröffnen und den Krankenversicherungsschutz zu gewähren. Gleichzeitig führt diese Maßnahme die Außenstände der Krankenkassen auf ein realistischeres Maß zurück. Die Erfahrungen mit dem Beitragsschuldengesetz 2013 zeigen, dass eine zeitlich befristete Regelung nicht ausreichend ist.

Zu 10.: Die Einschränkungen in der Versorgung säumiger Beitragszahlender sind zu beenden. Gesundheitsversorgung – dem Maß des Notwendigen entsprechend – ist erforderlich, um die Menschenwürde zu verwirklichen. Einschränkungen daran ähneln Sanktionierungen bei Hartz-IV-Leistungen, die vom Bundesverfassungsgericht für teilweise verfassungswidrig befunden wurden (vgl. Ur. v. 05.11.2019, Az. 1 BvL 7/16). Damit scheidet diese Art der Sanktionierung nicht bezahlter Beiträge aus. Mitversicherte Familienangehörige in der GKV erhalten auch bei Beitragsschulden des Hauptversicherten volle Leistungen. Im Notlagentarif der PKV sind Leistungen aber selbst für Kinder bei Beitragsschulden eingeschränkt. Dies ist nicht hinnehmbar.

Zu 11.: Um angemessene Beiträge zu erheben, dürfen diese nicht auf ein fiktives Einkommen erhoben werden, das tatsächlich nicht erreicht wird (vgl. BT-Drs. 19/102). Beitragsrückstände entstehen fast ausschließlich bei freiwillig Versicherten, die selbst für die Zahlung der Beiträge verantwortlich sind. Im Gegensatz dazu wird bei Pflichtversicherten der Beitrag über den Arbeitgeber bzw. über den Rentenversicherungsträger an die Krankenkasse abgeführt, ohne dass Versicherte dies veranlassen müssen. Daraus ergibt sich mit dem Ziel der Vermeidung von Beitragsschulden die Forderung, dort wo es möglich ist, einen Quellenabzug der Krankenversicherungsbeiträge umzusetzen. Eine Option hierzu ist, ähnlich der Künstlersozialversicherung einen Auftraggeberanteil einzuführen. Diese Möglichkeiten müssen diskutiert und sofern tauglich, verpflichtend eingeführt werden.

Zu 12.: Für (zahn-)ärztliche Leistungserbringende besteht oft kaum ein Anreiz, Versicherte im Basistarif der PKV zu behandeln. Hintergrund sind die Honorarvereinbarungen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem PKV-Verband über die Steigerungsfaktoren getroffen hat bzw. geringere gesetzlich vorgegebene Steigerungsfaktoren bei der zahnärztlichen Versorgung als für andere Privatpatientinnen und -patienten. Teils werden den Zahnärztinnen und Zahnärzten auch von ihren Landeszahnärztekammern Argumentationen gegeben, wie sie von den im Basistarif versicherten Patientinnen und Patienten zusätzlich zu den gesetzlich vorgegebenen noch privat zu zahlende Honorare erlangen können und es werden ihnen Gründe genannt, wie sie legal die Behandlung von Basistarif-Versicherten verweigern können (vgl. z. B. https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahn%20%C3%A4rzte/70.Geb%20%C3%BChrenrecht/4.01.07-Abrechnung_Basistarif.pdf). Dieses Verfahren nach § 75 Abs. 3a SGB V hat sich also aus der Sicht der Versorgung der Versicherten nicht bewährt. Wille des Gesetzgebers bei der Einführung des Basistarifs war, die dort Versicherten auf GKV-Niveau zu versorgen. Zudem liegt es in der Natur des Basistarifs, dass die Versicherten oft nicht die finanziellen Mittel haben, um in Vorkasse zu treten. Daher wird hier eine Direktabrechnung zwischen Leistungserbringenden und Versicherungsunternehmen benötigt. Um eine tatsächliche Gleichstellung zu gesetzlich Versicherten zu erreichen, ist es mittelfristig notwendig, die Versicherten in die bestehende kassen(-zahn-)ärztliche Versorgung einzubeziehen.

