



Kleine Anfrage

des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP)

und

Antwort

der Landesregierung – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Leistungen der GKV bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach SGB II (sog. ALG II-Empfänger)

1. Wie viele Sozialhilfeempfänger in Schleswig-Holstein waren nach Kenntnis der Landesregierung vor ihrem Statuswechsel zum ALG II-Empfänger gesetzlich krankenversichert oder haben einen Anspruch auf Leistungen der Krankenhilfe erhalten? (Bitte jeweils aufschlüsseln).

Antwort:

Nach Auskunft des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein stehen statistische Informationen zur Beantwortung der Frage nicht zur Verfügung. Die nachgefragten Angaben gehören nicht zu den auf gesetzlicher Grundlage (SGB II, SGB V, SGB XII) zu erhebenden Daten und können auch nicht aus von den Gemeinden, Ämtern, Kreisen und kreisfreien Städten geführten Statistiken und sonstigen Aufzeichnungen hergeleitet werden. Sie sind auch nicht ausreichend aus dem aktuellen Verwaltungsvollzug heraus beantwortbar. Gesetzlich nicht vorgeschriebene Sondererhebungen können nur mit einem erheblichen zusätzlichen und deshalb unvermeidbaren Personalkostenaufwand auf gemeindlicher Ebene und darüber hinaus nicht in der für die Beantwortung verfügbaren Zeit von den Kommunen durchgeführt werden.

2. Wie viele dieser Sozialhilfeempfänger sind nach Kenntnis der Landesregierung mit dem Wechsel zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Familienmitglieder kostenfrei mitversichert worden?

Antwort:

Siehe Antwort zu Frage 1.

3. Wie viele Sozialhilfeempfänger in Schleswig-Holstein haben derzeit einen Anspruch auf Leistungen der Krankenhilfe?

Antwort:

Die Zahl der Sozialhilfebezieher, die derzeit Krankenhilfe bzw. Leistungen gem. § 264 SGB V erhalten, ist der Landesregierung nicht bekannt, da für das Jahr 2005 noch keine Sozialhilfestatistik vorliegt. Auch entsprechende Angaben für den Bestand am Jahresende 2004 sind nach Mitteilung des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein nicht verfügbar.

4. Wie viele der ALG II –Empfänger und/oder Sozialhilfeempfänger haben nach Kenntnis der Landesregierung derzeit keinen Krankenversicherungsschutz?

Antwort:

ALG II-Bezieher sind gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V gesetzlich krankenversichert, sofern sie nicht familienversichert sind. Die Zahl der nicht krankenversicherten Sozialhilfebezieher ist nicht bekannt (vgl. Antwort zu Frage 3). Ihre Krankenbehandlung erfolgt gem. § 264 Abs. 2-7 SGB V durch die Krankenkasse oder gem. § 48 Satz 1 SGB XII durch den Sozialhilfeträger.

5. In welchen Leistungsmerkmalen unterscheiden sich nach Kenntnis der Landesregierung die Leistungen der Krankenhilfe von denen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Antwort:

Die Krankenbehandlung von Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher, die nicht versichert sind, wird von den Krankenkassen gegen Kostenerstattung gem. § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V übernommen. Die Leistungsberechtigten sind nicht Mitglieder bzw. Versicherte der jeweiligen Krankenkasse; sie sind jedoch leistungsrechtlich nach Art, Umfang, Inhalt und Höhe der Leistung gesetzlich krankenversicherten Personen gleichgestellt. Dies gilt auch für die in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse enthaltenen Leistungen. Ausgeschlossen ist für diesen Personenkreis die Wahl der Kostenerstattung anstelle von Sach- und Dienstleistungen sowie die Behandlung bzw. Kostenerstattung von Behandlung im Ausland. Im Rahmen der Krankenhilfe werden gem. § 48 Satz 1

SGB XII Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel SGB V (§§ 27-43 SGB V) erbracht, der die Krankenbehandlung für gesetzlich versicherte Personen regelt. Soweit Krankenkassen in ihrer Satzung Umfang und Inhalt der Leistungen bestimmen können, entscheidet der Träger der Sozialhilfe über Umfang und Inhalt der Hilfen nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII).

6. Wird oder wurde nach dem Wissen der Landesregierung bei ALG II-Empfängern und/oder Sozialhilfeempfängern, die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und anderen Mitgliedern der GKV unterschieden (beispielsweise im Wege einer Statusdefinition)?

Wenn ja,

- a. warum wird bzw. wurde eine solche Unterscheidung vorgenommen?
- b. welche Auswirkungen hat diese Unterscheidung auf die Finanzierung der ambulanten Versorgung?
- c. wurde diese Unterscheidung aufgehoben bzw. bis wann galt diese Unterscheidung?

Antwort:

Zwischen ALG II-Empfänger und/oder Sozialhilfeempfängern, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind (Freiwillige Mitglieder), und anderen Mitgliedern der GKV erfolgt keine Unterscheidung (z. B. keine gesonderte Statusdefinition).

7. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung darüber, dass ehemalige Sozialamtspatienten mit dem Wechsel in die GKV nicht als sog. „Status 4-Patienten“ aufgenommen worden sind, sondern einen anderen Status erhalten haben?

Antwort:

Die nach § 264 SGB V betreuten Sozialhilfeempfängerinnen – und –empfänger erhalten bei den gesetzlichen Krankenkassen den Status 4 gemäß der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen herausgegebenen Vereinbarungen zu den technischen Spezifikationen der Versichertenkarte. Sobald diese Personen als ALG II – Empfängerinnen und –Empfänger Mitglied der GKV werden, erhalten sie das übliche Statuszeichen für Mitglieder.

8. Welche Effekte hat nach Kenntnis der Landesregierung die kostenfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern von ALG II-Empfängern auf die Höhe und den Umfang der so genannten Pauschalen zur Finanzierung der ambulanten Versorgung (Kopfpauschalen) die von den Gesetzlichen Krankenversicherungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden?

Antwort:

Die Kopfpauschalen der Krankenkassen sind nicht versicherten-, sondern mitgliederbezogen. Anders als bei den ALG II-Empfängerinnen und –Empfängern, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht versicherungspflichtig werden, weil sie Anspruch nach § 10 SGB V aus der Familienversicherung geltend machen können, wirkt sich die Mitversicherung von Familienmitgliedern von ALG II-Empfängerinnen und –Empfängern auf die Höhe der Gesamtvergütung nicht aus, da sie auch vor dem ALG-II-Bezug familienversichert waren und bei der Ermittlung der Gesamtvergütung keine Berücksichtigung finden.

9. Welche Auswirkungen erwartet die Landesregierung auf die ambulante Versorgung durch Hausärzte, Kinderärzte und Fachärzte gerade in den Gebieten, in der überproportional viele ALG II-Empfängern leben?

Antwort:

Die Vertragsärztinnen und –ärzte erhalten für die Behandlung von „Status-4-Patienten“ eine Vergütung neben dem Honorar für GKV-Mitglieder. Sofern eine Praxis eine überdurchschnittliche Anzahl von „Status-4-Patienten“ betreut, geht ihr mit dem Wechsel dieser Patientinnen und Patienten in die GKV-Mitgliedschaft als ALG II-Empfängerinnen und –Empfänger diese Sondervergütung verloren. Die erbrachte Leistungen werden im Rahmen der Abrechnung für die GKV-Mitglieder honoriert. Durch das jeweils für den Vertragsarzt festgelegte individuelle Gesamtvolumen, das sich aus den bisherigen Abrechnungen für GKV-Mitglieder bemisst, kann es dadurch zu Honorareinbußen kommen. Nach dem zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen vereinbarten Honorarverteilungsmaßstab haben die betroffenen Vertragsärztinnen und –ärzte die Möglichkeit, einen Härtefallausgleich zu beantragen, durch den die negativen Folgen berücksichtigt werden können. Eine Gefährdung der ambulanten Versorgung in Gebieten mit überproportional vielen ALG II-Empfängerinnen und –Empfängern ist aus Sicht der Landesregierung nicht erkennbar.