

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, Daniel Bahr (Münster), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 15/498 –**

Krankenversicherung von Sozialhilfeempfängern

Vorbemerkung der Fragesteller

Artikel 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes, das zum 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist, sah vor, dass Sozialhilfeempfänger ab 1. Januar 1997 in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 5 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) einbezogen werden sollten. Ein noch von der CDU/CSU/FDP-Koalition zur Umsetzung dieser Regelung eingebrachter Gesetzentwurf ist im Bundesrat daran gescheitert, dass die Bundesländer nicht bereit waren, kostendeckende Beitragssätze für die Sozialhilfeempfänger an die GKV zu zahlen. Nach wie vor gibt es somit Sozialhilfeempfänger, die nicht GKV-versichert sind, sondern im Rahmen der Krankenhilfe betreut werden. Im Gegensatz zu GKV-Versicherten unterliegen die Behandler dabei nicht der Budgetierung, sodass die in der GKV zunehmend zu beobachtende Rationierung auf diesen Personenkreis keine Anwendung findet. Im Land Hamburg gibt es mittlerweile Überlegungen, eine eigene gesetzliche Krankenkasse für die Sozialhilfeempfänger zu gründen. Es gibt insofern die Notwendigkeit, sich noch einmal eingehend mit der Thematik zu beschäftigen und eine baldige bundeseinheitliche Lösung anzustreben.

1. Wie hoch war jeweils die Zahl und der Anteil der Sozialhilfeempfänger in den Jahren 1992 bis 2002, die nicht krankenversichert waren?

Die amtliche Sozialhilfestatistik erhebt keinerlei Informationen zum Krankenversicherungsschutz von Sozialhilfeempfängern. Daher liegen auch keine Angaben zu der Zahl und dem Anteil der Sozialhilfeempfänger in den Jahren 1992 bis 2002 vor, die nicht krankenversichert waren. Nach einer nicht repräsentativen groben Schätzung im Jahre 1996 sowie einer Umfrage bei 13 Sozialhilfeträgern im gleichen Jahr waren rund 80 % der Sozialhilfeempfänger Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und rund 20 % der Sozialhilfeempfänger hatten Anspruch auf Leistungen der Krankenhilfe. Diese Leistungen orientieren sich an den GKV-Leistungen. Eine systematische Besserstellung gibt es nicht.

2. Wie hoch waren in diesen Jahren die Sozialhilfeausgaben für Krankenhilfe für diesen Personenkreis?

Die amtliche Sozialhilfestatistik erhebt in einer Sammelposition die Angaben zu den Empfängern und Ausgaben für „Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Sterilisation, Hilfe zur Familienplanung“. Daher ist ein gesonderter Ausweis der Ausgaben für „Hilfe bei Krankheit“ nach § 37 Bundessozialhilfegesetz (Krankenhilfe) nicht möglich.

Die nachstehende Tabelle enthält Angaben für „Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Sterilisation, Hilfe zur Familienplanung“ bis zum aktuell verfügbaren Jahr. Hierbei sind jedoch auch versicherte Sozialhilfeempfänger mitumfasst, bei denen ebenfalls finanzielle Eigenleistungen in der Sozialhilfe übernommen werden können.

**Ausgaben für Krankenhilfe, Hilfe bei Sterilisation
und Hilfe bei Familienplanung
Deutschland 1992 bis 2001**

Jahr	Ausgaben in und außerhalb von Einrichtungen
	in Mio. Euro
1992	1 069,9
1993	1 204,7
1994	1 016,0
1995	1 050,2
1996	1 075,5
1997	1 125,3
1998	1 217,6
1999	1 206,5
2000	1 234,3
2001	1 279,1

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2, 1992 ff.

3. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Vereinbarungen der Sozialhilfeträger mit Ärzten/Zahnärzten/Krankenhäusern über eine Begrenzung der Abrechnungen, und wenn ja, in welchem Umfang?

Der Bundesregierung sind Rahmenverträge über die zahnärztliche Versorgung von Sozialhilfeempfängern bekannt, die sicherstellen, dass im Rahmen der Hilfe bei Krankheit nach dem Bundessozialhilfegesetz keine über das Leistungsspektrum der GKV hinausgehenden Leistungen erbracht werden. Über Vereinbarungen mit allgemeinen Ärzten und Krankenhäusern liegen der Bundesregierung keine detaillierten Erkenntnisse vor.

4. Wie hoch wäre der durchschnittliche kostendeckende Krankenversicherungsbeitrag für Sozialhilfeempfänger gegenüber dem Beitrag, der sich bei Anwendung eines durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes von 14 % auf der Beitragsbemessungsgrundlage der gezahlten Sozialhilfebeträge ergäbe?

Über einen durchschnittlichen kostendeckenden Krankenversicherungsbeitrag liegen keine direkten Angaben vor. Ersatzweise sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben ohne Krankengeld der Mitglieder der GKV heranzuziehen. Diese beliefen sich im Jahr 2001 in den alten Ländern auf 2 479 Euro und in den neuen Ländern auf 2 120 Euro.

Bei Zugrundelegung der durchschnittlichen Sozialhilfebedarfe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen für Alleinlebende bzw. Haushaltsvorstände (rd. 641 Euro pro Monat in den alten und rd. 570 Euro in den neuen Ländern) und einem Beitragsatz von 14 % ergäben sich rein rechnerisch in den alten Ländern monatliche Beiträge in Höhe von 90 Euro (jährlich 1 080 Euro) und in den neuen Ländern in Höhe von 80 Euro (jährlich 960 Euro). Dies ist deutlich weniger als der Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder, der sich seit dem 1. Januar 2003 auf durchschnittlich 113 Euro (jährlich 1 356 Euro) beläuft und damit bezogen auf die o. g. durchschnittlichen Leistungsausgaben auch nicht kostendeckend ist.

5. Plant die Bundesregierung einen neuen Vorstoß, Sozialhilfeempfänger in die GKV zu integrieren?
6. Wenn ja, in welchem Zeitrahmen und mit welcher Zielrichtung?

Die Frage einer Einbeziehung der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz in die Versicherungspflicht der GKV ist eine Altlast der Kohl-Regierung, die seit 1993 offen ist. Die rot-grüne Bundesregierung wird diese im Zusammenhang mit den Überlegungen zur Modernisierung des Gesundheitssystems jetzt regeln.

7. Wie steht die Bundesregierung zu dem Plan, eine eigene Krankenkasse für Sozialhilfeempfänger zu gründen?

Neue Krankenkassen können nur als Betriebskrankenkassen für die Betriebe eines Arbeitgebers oder als Innungskrankenkassen für die Handwerksbetriebe der Mitglieder einer Handwerksinnung gegründet werden; Voraussetzung ist, dass in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden. Versicherungspflichtige oder versicherungsberechtigte Sozialhilfeempfänger können Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, wenn die Krankenkasse sich für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte geöffnet hat und sie ihren Wohnsitz oder Beschäftigungsort im Bezirk der Krankenkasse haben. Sozialhilfeempfänger, die weder die Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllen noch versicherungsberechtigt sind, können dagegen nicht Mitglieder einer neu gegründeten Krankenkasse werden. Eine eigene Kasse hält die Bundesregierung nicht für erforderlich.

