

BREMISCHE BÜRGERSCHAFT
Landtag
18. Wahlperiode

Drucksache 18/1534
(zu Drs. 18/1515)
02.09.14

Antwort des Senats auf die Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE

Gesundheitsversorgung von Eingewanderten in Bremen

**Mitteilung des Senats
an die Bremische Bürgerschaft (Landtag)
vom 2. September 2014**

**" Gesundheitsversorgung von Eingewanderten in Bremen "
(Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE)**

Die Fraktion DIE LINKE hat folgende Große Anfrage an den Senat gerichtet:

„Die ärztliche, medizinische und therapeutische Behandlung muss für jeden Menschen im Bedarfsfall gewährleistet werden. Dennoch haben einige Personengruppen einen erschwerten oder überhaupt keinen Zugang zum Gesundheitssystem.

Papierlose Menschen sind von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. Sie können die Angebote der Humanitären Sprechstunde und des Medi-Netzes in Bremen wahrnehmen. Diese verweisen bei Bedarf zu FachärztInnen und –Ärzten. Da hierfür jedoch keine Entschädigung gezahlt wird, sind die Humanitäre Sprechstunde und das Medi-Netz bzw. die Patient_innen darauf angewiesen, dass Fachärzt_innen der entsprechenden Fachrichtung bereit sind, kostenlos zu behandeln. Dies kann nicht flächendeckend gewährleistet werden. So fehlen beispielsweise Zahnärzt_innen, Orthopäd_innen und Urolog_innen zur Behandlung von papierlosen Personen.

Asylsuchende und Menschen mit Duldungsstatus fallen unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), welches nach § 4 nur eine Akutversorgung vorsieht. In Bremen und Bremerhaven erhalten sie allerdings eine Krankenversichertenkarte der AOK, welche die Inanspruchnahme regulärer Versicherungsleistungen ermöglicht. Doch auch für diesen Personenkreis gibt es Zeiträume mit unzureichender Gesundheitsversorgung. So berichten Beratungsstellen über Fälle, in denen Frauen trotz fortgeschrittener Schwangerschaft Termine beim Sozialzentrum erst rund acht Wochen später bekommen haben. Von diesem Termin hängt nicht nur die Meldung bei der Krankenversicherung ab, sondern beispielsweise auch die Gewährung der Säuglings-Erstausrüstung, des Transports vom Krankenhaus in die Unterkunft etc.

Auch Unionsbürger_innen können mitunter unversichert sein, wenn ihnen beispielsweise bei Selbständigkeit die Vorversicherungszeit im Herkunftsland fehlt und damit die Aufnahme in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verweigert wird. Die Versicherungsbeiträge sowohl in der GKV als auch in der Privaten Krankenversicherung sind zudem für viele finanziell nicht leistbar. Die Humanitären Sprechstunden in Bremen und Bremerhaven haben daher in der Praxis ihren Patient_innenkreis bereits auf Unionsbürger_innen ausgeweitet, eine befristete Erweiterung der Clearingstellen Bremen und Bremerhaven wird derzeit beraten.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

PAPIERLOSE

1. Wie viele Patient_innen hatten die Humanitären Sprechstunden in Bremen und Bremerhaven in den vergangenen drei Jahren (bitte nach Stadt und Jahr differenzieren)?

2. Konnten die Humanitären Sprechstunden den Bedarf in Bremen und Bremerhaven decken? Wenn nein, warum nicht?
3. Bei wie vielen der Patient_innen der Humanitären Sprechstunden war eine Überweisung an eine/n Facharzt/Fachärztin bzw. Therapeut_in notwendig?
4. Konnten diese immer problemlos akquiriert werden? Wenn nein: Ärzt_innen und Therapeut_innen welcher Fachrichtung fehlten?
5. Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten der Humanitären Sprechstunden notwendige Behandlungen, zum Beispiel durch Fachärzt_innen, auch erhalten können? Wie wird dabei sichergestellt, dass die erbringenden Gesundheitsdienstleister_innen ihre Kosten abrechnen können?
6. Wäre es möglich, dass die Humanitären Sprechstunden Krankenscheine ausstellen analog zur Praxis der ärztlichen Sprechstunde des Gesundheitsamtes in der ZASSt? Wenn nein: Warum nicht?
7. Wie sehen die Pläne zur Erweiterung des Angebotes der Humanitären Sprechstunden konkret aus bezüglich des Klient_innenkreises, der personellen Ausstattung, konzeptuell etc.?
8. Aus welchen Gründen ist die Erweiterung der Humanitären Sprechstunden und Clearingstellen nur befristet geplant?

ASYLSUCHENDE UND MENSCHEN MIT DULDUNGSSTATUS

9. Wie viele Patient_innen hatte die ärztliche Sprechstunde in der ZASSt in den vergangenen drei Jahren (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?
10. Sind die Kapazitäten der ärztlichen Sprechstunde in der ZASSt bedarfsgerecht? Wenn nein, was wird dagegen unternommen?
11. Welche Art von Versorgung wird dort angeboten?
12. Wie viele Patient_innen benötigten einen Krankenschein, um eine/n Facharzt/Fachärztin aufsuchen zu können?
13. Wie lange waren der minimale und der maximale Zeitraum, der zwischen der Meldung in der Zentralen Aufnahmestelle (ZASSt) und dem Termin im Sozialzentrum Süd verging (bitte monatsweise seit Mitte 2013 angeben)?
14. Wie lange waren der minimale und der maximale Zeitraum nach der Meldung bei der Krankenversicherung durch das Sozialzentrum Süd bis zur Erteilung der Krankenkassenkarte?
15. Gibt es aus der Kumulation der Zeiträume aus den Fragen 13 und 14 Fälle, in denen Berechtigte nach dem Ersatzverfahren gemäß § 264 SGB V mehrere Monate auf ihre Krankenkassenkarte warten mussten? Wenn ja, um wie viele Personen handelt es sich in den letzten drei Jahren (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?
16. Sind dem Senat Fälle bekannt, in denen das Sozialzentrum Asylsuchende nicht gleich bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet hat? Wenn ja, welche Gründe gab es dafür?
17. Wie verhält sich die personelle Ausstattung der Sozialdienste Erwachsene der Sozialzentren (bitte nach Sozialzentrum und Stadtteil, Personalvolumina und Stellen sowie Kunden pro Mitarbeiter/in monatsweise seit Mitte 2013 aufschlüsseln)?

18. Erhalten Asylsuchende Unterstützung dabei, bei Bedarf eine Versicherungsbestätigung von der AOK ausgestellt zu bekommen, so lange die Versichertenkarte noch nicht ausgestellt ist? Wenn ja, von welcher Stelle?
19. Wie lange betragen derzeit die minimale und die maximale Dauer der Erteilung einer Duldung in den Ausländerbehörden Bremen und Bremerhaven?
20. Personen, die eine Duldung bei der Ausländerbehörde beantragen und nicht in der ZASt wohnen, warten teilweise mehrere Wochen auf die Erteilung der Duldung und haben in diesem Zeitraum Anspruch auf Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Wie verfahren Sozialzentren in diesen Fällen? Unter welchen Voraussetzungen werden die Leistungsanträge bearbeitet, welche Unterlagen müssen dafür eingereicht werden? Gibt es hierzu Anweisungen aus der Sozialbehörde?
21. Sind die Kapazitäten von REFUGIO bedarfsgerecht? Wenn nein, wie gedenkt der Senat Abhilfe zu schaffen?
22. Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz bei REFUGIO?
23. Die Ausländerbehörde verlangt bei PTBS-Diagnose zur Anerkennung von Abschiebehindernissen ein ärztliches/therapeutisches Gutachten. Wer übernimmt die Kosten dafür?

UNIONSBÜRGER_INNEN:

24. Wie viele Unionsbürger_innen sind nach Kenntnis des Senat im Land Bremen ohne Krankenversicherungsschutz?
25. Wie viele Versicherte in Bremen waren in den vergangenen drei Jahren mit den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung im Rückstand (bitte nach Jahr differenzieren)? Darunter wie viele Angehörige von EU-Mitgliedstaaten?
26. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Beitragsrückstände, die beispielsweise durch Versicherungslücken entstanden sind, bei sehr niedrigem Einkommen zu stunden oder befristet oder unbefristet niederschlagen oder ganz zu erlassen. Wie oft wurden diese Regelungen in den vergangenen drei Jahren angewendet (bitte nach Krankenkasse und Jahr differenzieren)?
27. In wie vielen Fällen wurde trotz hoher Nachzahlungsraten durch Nichtversicherungszeiten bei geringem Einkommen trotzdem nicht von der Niederschlagung der Schulden Gebrauch gemacht? Mit welcher Begründung erfolgte dies?
28. Die Gesetzesgrundlage für Stundung oder Niederschlagung von Krankenkassenbeiträgen aus § 256a SGB V war bis zum 31.12.2013 befristet. Welche Anschlussregelungen gibt es/sind geplant?
29. Wenn keine Anschlussregelungen geplant sind, wird sich der Senat dafür einsetzen? Wenn ja, wie?
30. Konnte der Senat über seine Aufsichtsfunktion bei der Ortskrankenkasse AOK Bremen/Bremerhaven Einfluss auf die Anwendung von Stundung/Niederschlagung/Erlass von Beitragsrückständen nehmen? Wenn ja, hat er davon Gebrauch gemacht?

31. Die Möglichkeit von Stundung, Niederschlagung und Erlass von Beitragsrückständen konnten nur auf Antrag bewilligt werden. Wie erfolgte die Informationsvermittlung für Betroffene?
32. Ist dem Senat bekannt, dass Arztpraxen im Land Bremen Unionsbürger_innen, die eine EU- Krankenversicherungskarte haben, die Behandlung verwehrt haben, weil die Kostenübernahme der Behandlung durch das Versicherungsland nicht sichergestellt ist? Wenn ja, in wie vielen Fällen? In welcher Form wird der Senat sich dafür einsetzen, dass Ärzt_innen ihrer Behandlungspflicht nachkommen und die ausländischen Krankenkassen ihrer Zahlungspflicht?“

Der Senat beantwortet die Große Anfrage wie folgt:

PAPIERLOSE

1. **Wie viele Patient_innen hatten die Humanitären Sprechstunden in Bremen und Bremerhaven in den vergangenen drei Jahren (bitte nach Stadt und Jahr differenzieren)?**

Antwort zu Frage 1:

In der Stadtgemeinde Bremen wurden in 2011 insgesamt 118, in 2012 163 und in 2013: 161 Patientinnen und Patienten in der Humanitären Sprechstunde versorgt.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven wurde in 2011 insgesamt 114, in 2012 207 und in 2013: 321 Patientinnen und Patienten versorgt.

2. **Konnten die Humanitären Sprechstunden den Bedarf in Bremen und Bremerhaven decken? Wenn nein, warum nicht?**

Antwort zu Frage 2:

Aus der Sicht des Gesundheitsamtes Bremen (GAB) ist eine belastbare Aussage über den Bedarf nicht möglich, da die Größe der Zielgruppe nicht bekannt und auch kaum einschätzbar ist. Parallel zur Humanitären Sprechstunde versorgen niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und Krankenhäuser ebenfalls Menschen ohne Aufenthaltsdokumente.

3. **Bei wie vielen der Patient_innen der Humanitären Sprechstunden war eine Überweisung an eine/n Facharzt/Fachärztin bzw. Therapeut_in notwendig?**

Antwort zu Frage 3:

In der Stadtgemeinde Bremen erfolgten 83 Überweisungen in 2013 (Daten zu den Vorjahren liegen nicht vor). In Bremerhaven waren 2011 71 Überweisungen, in 2012 189 und in 2013 328 Überweisungen notwendig. Hierbei handelt es sich teilweise um mehrere Überweisungen bei einzelnen Patientinnen und Patienten.

4. **Konnten diese immer problemlos akquiriert werden? Wenn nein: Ärzt_innen und Therapeut_innen welcher Fachrichtung fehlten?**

Antwort zu Frage 4:

In der Stadtgemeinde Bremen konnte bislang in allen Fällen die benötigte fachmedizinische Diagnose bzw. Weiterbehandlung eingeleitet werden.

Auch in Bremerhaven konnten im Laufe der vergangenen Jahre zunehmend Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen gewonnen werden. In Einzelfällen kommt es jedoch immer wieder zu Engpässen, auch auf Grund der oftmals geringen Sprachkenntnisse der Patientinnen und Patienten, was eine Anbindung erschwert.

5. **Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten der Humanitären Sprechstunden notwendige Behandlungen, zum Beispiel durch Fachärzt_innen, auch erhalten können? Wie wird dabei sichergestellt, dass die erbringenden Gesundheitsdienstleister_innen ihre Kosten abrechnen können?**

Antwort zu Frage 5:

Ziel der Humanitären Sprechstunde ist – falls möglich - die Eingliederung in das reguläre medizinische Versorgungssystem. Die aus diesem Grund vorgeschaltete Clearingstelle unterstützt z.B. auch Hilfesuchende aus EU-Ländern bei der Erlangung einer Krankenversicherung. Ziel ist nicht die dauerhafte Schaffung von Parallelstrukturen.

Im Falle einer möglichen Klärung des Aufenthaltsstatus erfolgt die Kostenübernahme der Behandlung von Papierlosen über das Sozialamt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Handelt es sich um nicht aufschiebbare Diagnostik und Behandlung wird eine Lösungsmöglichkeit gesucht, ggf. auch Kostenübernahme durch das Gesundheitsamt.

6. **Wäre es möglich, dass die Humanitären Sprechstunden Krankenscheine ausstellen analog zur Praxis der ärztlichen Sprechstunde des Gesundheitsamtes in der ZAst? Wenn nein: Warum nicht?**

Antwort zu Frage 6:

Nein, da die Patientinnen und Patienten der Humanitären Sprechstunde (ohne Unionsbürgerinnen und -bürger) keinen Aufenthaltsstatus haben.

7. **Wie sehen die Pläne zur Erweiterung des Angebotes der Humanitären Sprechstunden konkret aus bezüglich des Klient_innenkreises, der personellen Ausstattung, konzeptuell etc.?**

Antwort zu Frage 7:

Bereits vor einigen Jahren wurde eine Humanitäre Sprechstunde für den Personenkreis der „Papierlosen“ eingerichtet. Das Gesundheitsamt Bremen und der Verein für Innerer Mission in Bremen haben hierzu eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Die Ärztinnen/Ärzte des Gesundheitsamtes bieten gesundheitliche Beratung, medizinische Grunddiagnostik und beschränkte medizinische Erstversorgung im Rahmen ihrer Möglichkeiten an. Die vorgeschaltete Clearingstelle wird durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des Vereins für Innere Mission in Bremen geleistet. Die Aufgaben der Clearingstelle liegen u. a. in der Abklärung des aufenthaltsrechtlichen Status der Patientin/des Patienten, in der Abklärung des Ausmaßes der sozialen Bedürftigkeit des Patienten und in der Beratung und ggf. Vermittlung der Patienten hinsichtlich ihres Zugangs zur regulären Gesundheitsversorgung, soweit im Einzelfall möglich.

Es ist nun beabsichtigt, die Clearingstelle und die humanitäre Sprechstunde für den Personenkreis der EU-Bürgerinnen und EU-Bürger ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz zu erweitern. Die bereits existierende Kooperationsvereinbarung zwischen dem Gesundheitsamt Bremen und dem Verein für Innere Mission in Bremen soll entsprechend ergänzt werden.

- 8. Aus welchen Gründen ist die Erweiterung der Humanitären Sprechstunden und Clearingstellen nur befristet geplant?**

Antwort zu Frage 8:

In Erwartung einer veränderten EU-Rechtsprechung zur Krankenversicherung der Bürgerinnen und Bürger in den Mitgliedsländern könnte die Aufgabenstellung der Humanitären Sprechstunde und Clearingstelle für EU-Bürgerinnen Bürger in absehbarer Zeit entfallen, insofern erfolgt eine Befristung.

ASYLSUCHENDE UND MENSCHEN MIT DULDUNGSSTATUS

- 9. Wie viele Patient_innen hatte die ärztliche Sprechstunde in der ZASt in den vergangenen drei Jahren (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?**

Antwort zu Frage 9:

Die ZASt hat in 2011 575, in 2012 726 und in 2013 1.296 Patientinnen und Patienten versorgt.

- 10. Sind die Kapazitäten der ärztlichen Sprechstunde in der ZASt bedarfsgerecht? Wenn nein, was wird dagegen unternommen?**

Antwort zu Frage 10:

Angesichts der weiter steigenden Flüchtlingszahlen werden die Kapazitäten der ärztlichen Sprechstunde bedarfsgerecht erweitert.

- 11. Welche Art von Versorgung wird dort angeboten?**

Antwort zu Frage 11:

In Bremen wird seit 1993 der Auftrag nach § 62 Asylverfahrensgesetz durch ein Gesundheitsprogramm mit freiwilliger ärztlicher Untersuchung, Erst- und Sofortbehandlung und Weiterbetreuung in Sprechstunden in den Unterkünften umgesetzt. Es wird eine medizinische Grundversorgung nach ausführlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung angeboten.

Zum Ausschluss von Tuberkulose erfolgt eine Überweisung an einen Röntgenarzt, ausgenommen bei unter 16-Jährigen und schwangeren Frauen. Bei leichten Beschwerden und Symptomen wird eine Behandlung in der Sprechstunde angeboten. In ernsteren Fällen wird an den niedergelassenen Bereich bzw. an Krankenhäuser überwiesen. In der Regel ist die ärztliche Sprechstunde der erste Kontakt der Asylsuchenden mit dem Gesundheitssystem und vermittelt und erleichtert den Zugang zu den Angeboten der Früherkennung, Versorgung von Kindern und Schwangeren und Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf.

- 12. Wie viele Patient_innen benötigten einen Krankenschein, um eine/n Facharzt/Fachärztin aufsuchen zu können?**

Antwort zu Frage 12:

Im Jahr 2013 wurden 407 Krankenscheine ausgestellt.

- 13. Wie lange waren der minimale und der maximale Zeitraum, der zwischen der Meldung in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) und dem Termin im Sozialzentrum Süd verging (bitte monatsweise seit Mitte 2013 angeben)?**

Antwort zu Frage 13:

Eine statistische Erfassung der Terminvergaben erfolgt nicht. Der Zeitraum nach Meldung in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) und dem Termin im Sozialzentrum Süd lag zwischen einer und, in Einzelfällen, bis zu sechs Wochen. Nachdem aufgrund der hohen Zugangszahlen im Bereich der Flüchtlingsaufnahme eine personelle Aufstockung im Sozialzentrum Süd erfolgte, sind Terminvergaben jetzt zeitnah gewährleistet.

- 14. Wie lange waren der minimale und der maximale Zeitraum nach der Meldung bei der Krankenversicherung durch das Sozialzentrum Süd bis zur Erteilung der Krankenkassenkarte?**

Antwort zu Frage 14:

Auch zu dieser Fragestellung liegen keine statistischen Daten vor. Im Regelfall ist von einem 14-tägigen Zeitraum bis zum Erhalt des Krankenversicherungsnachweises auszugehen.

- 15. Gibt es aus der Kumulation der Zeiträume aus den Fragen 13 und 14 Fälle, in denen Berechtigte nach dem Ersatzverfahren gemäß § 264 SGB V mehrere Monate auf ihre Krankenkassenkarte warten mussten? Wenn ja, um wie viele Personen handelt es sich in den letzten drei Jahren (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?**

Antwort zu Frage 15:

Statistische Daten liegen dazu nicht vor.

- 16. Sind dem Senat Fälle bekannt, in denen das Sozialzentrum Asylsuchende nicht gleich bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet hat? Wenn ja, welche Gründe gab es dafür?**

Antwort zu Frage 16:

Solche Fälle sind dem Senat nicht bekannt. Nach Auskunft der Sozialzentren erfolgt die Anmeldung bei der AOK Bremen/Bremerhaven zeitnah.

17. Wie verhält sich die personelle Ausstattung der Sozialdienste Erwachsene der Sozialzentren (bitte nach Sozialzentrum und Stadtteil, Personalvolumina und Stellen sowie Kunden pro Mitarbeiter/in monatsweise seit Mitte 2013 aufschlüsseln)?

Antwort zu Frage 17:

Die personelle Ausstattung der Sozialdienste Erwachsene der Sozialzentren stellt sich wie folgt dar:

	Stadtteil	Beschäftigungsvolumen	gesamt
Sozialzentrum 1 - Nord	Blumenthal	2,63	6,63
	Veegesack 2 BV	2	
	Burglesum 2 BV	2	
Sozialzentrum 2 - Gröpelingen/Walle	Ohlenhof, In den Wischen	1	4,43
	Lindenhof, Gröpelingen, Blockland	0,65	
	Westend, Gröpelingen, Ohlenhof, Oslebshausen	1	
	Utbremen, Steffensweg, Osterfeuerberg, Hohweg, Überseestadt	1	
	Westend, Walle	0,78	
Sozialzentrum 3 - Mitte/östl. Vorstadt, Findorff	Mitte	1,67	4,31
	Östliche Vorstadt	1	
	Findorff	1,64	
Sozialzentrum 4 - Süd	Neustadt/ Woltmershausen	4,09	4,09
Sozialzentrum 5 - Vahr/Schwachhausen/Horn-Lehe	Vahr	1	4,53
	Radio Bremen, Horn, Lehe, Lehesterdeich, Borgfeld, Oberneuland	1	
	Neue Vahr Südwest, Südost	1	
	Bürgerpark, Barkhof, Schwachhausen, Gete, Radio Bremen	0,83	
	Neu- Schwachhausen, Riensberg, Neue Vahr Nord, Gete	0,7	
Sozialzentrum - 6 Hemelingen/Osterholz	Sebaldsbrück	0,82	5,11
	Hastedt, Arbergen, Mahndorf	0,79	
	Hemelingen	1	
	Osterholz	2,5	
			29,1

Die Anzahl der Kundenkontakte pro Mitarbeiter/in wird nicht erhoben.

18. Erhalten Asylsuchende Unterstützungen dabei, bei Bedarf eine Versicherungsbestätigung von der AOK ausgestellt zu bekommen, so lange die Versichertenkarte noch nicht ausgestellt ist? Wenn ja, von welcher Stelle?

Antwort zu Frage 8:

Asylsuchende erhalten im Sozialzentrum ein Schriftstück, aus welchem die Anmeldung bei der AOK Bremen/Bremerhaven hervorgeht, und das bis zum späteren Erhalt der Versichertenkarte als Nachweis des Versicherungsschutzes dient.

19. Wie lange betragen derzeit die minimale und die maximale Dauer der Erteilung einer Duldung in den Ausländerbehörden Bremen und Bremerhaven?

Antwort zu Frage 19:

Die Geltungsdauer der Duldung ist im Hinblick auf ihren Zweck zu beschränken. Feste Fristen sind nicht vorgeschrieben. Die Ausländerbehörde hat die Duldung entsprechend ihrem Zweck zu erteilen und zu verlängern. In der Stadtgemeinde Bremen wird die Duldung in der Regel für einen Zeitraum von 6 Monaten erteilt, üblich ist aber auch die Erteilung für 1 Jahr, wenn bei Erteilung klar ist, dass das Ausreisehindernis über diesen Zeitraum vorliegen wird. In Bremerhaven werden Duldungen in der Regel für einen Monat bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen auch für kürzere Zeiten erteilt.

20. Personen, die eine Duldung bei der Ausländerbehörde beantragen und nicht in der ZASt wohnen, warten teilweise mehrere Wochen auf die Erteilung der Duldung und haben in diesem Zeitraum Anspruch auf Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Wie verfahren Sozialzentren in diesen Fällen? Unter welchen Voraussetzungen werden die Leistungsanträge bearbeitet, welche Unterlagen müssen dafür eingereicht werden? Gibt es hierzu Anweisungen aus der Sozialbehörde?

Antwort zu Frage 20:

Der Kreis der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ergibt sich aus § 1 AsylbLG. Anwendungshinweise für die Sozialzentren enthält dazu die Verwaltungsanweisung zu § 1 AsylbLG (Stand 05.06.2012). Um eine entsprechende rechtliche Zuordnung vornehmen zu können, bedarf es in der Regel der Vorlage eines aufenthaltsrechtlichen Dokumentes oder eines entsprechenden Nachweises der Ausländerbehörde. In den Fällen, in denen noch keine Duldung erteilt wurde, aber eine Terminbestätigung der Ausländerbehörde vorliegt, erfolgt bei Bedürftigkeit grundsätzlich eine Hilfestellung.

21. Sind die Kapazitäten von REFUGIO bedarfsgerecht? Wenn nein, wie gedenkt der Senat Abhilfe zu schaffen?

Antwort zu Frage 21:

Die Arbeit von REFUGIO wird langjährig im Rahmen einer institutionellen Förderung aus Mitteln des Sozialressorts unterstützt. In diesem Jahr wurde die Fördersumme mit Blick auf die stark zunehmenden Flüchtlingszahlen durch Beschluss des Senats vom 05.11.2013 um 50 Prozent erhöht.

22. Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz bei REFUGIO?

Antwort zu Frage 22:

Die Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt zwischen vier und sechs Monaten.

23. Die Ausländerbehörde verlangt bei PTBS-Diagnose zur Anerkennung von Abschiebehindernissen ein ärztliches/therapeutisches Gutachten. Wer übernimmt die Kosten dafür?

Antwort zu Frage 23:

Gem. § 82 Abs.1 AufenthG haben Antragsteller in aufenthaltsrechtlichen Verfahren ihre Belange und für sie günstige Umstände, soweit sie nicht offenkundig oder

bekannt sind, unter Angabe nachprüfbarer Umstände unverzüglich geltend zu machen und die erforderlichen Nachweise selbst beizubringen. Dies gilt auch für den Nachweis von psychischen Erkrankungen und Traumatisierungen, wofür i.d.R. ärztliche Atteste erforderlich sind. Die Kosten für die Erteilung dieser Atteste sind von den Antragstellern entsprechend § 82 Abs. 1 AufenthG aufzubringen. Gem. Erlass e10-04-01 vom 26.04.2010 sind bestimmte Mindestangaben im Attest erforderlich, um Berücksichtigung im Verfahren zu erlangen, dies gilt auch bei Vorliegen von PTBS. Sofern ein vom Antragsteller vorgelegtes entsprechendes privatärztliches Attest keine abschließende Beurteilung des Sachverhaltes ermöglicht, ist nach dem Erlass ein Gutachten des Gesundheitsamtes einzuholen. Die Kosten für das Gutachten werden dem Antragsteller nicht in Rechnung gestellt.

UNIONSBÜRGER_INNEN:

24. Wie viele Unionsbürger_innen sind nach Kenntnis des Senat im Land Bremen ohne Krankenversicherungsschutz?

Antwort zu Frage 24:

Dem Senat ist die Anzahl der Unionsbürgerinnen und –bürger ohne Krankenversicherungsschutz nicht bekannt. Diesbezügliche Daten werden nicht erfasst.

25. Wie viele Versicherte in Bremen waren in den vergangenen drei Jahren mit den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung im Rückstand (bitte nach Jahr differenzieren)? Darunter wie viele Angehörige von EU-Mitgliedstaaten?

Antwort zu Frage 25:

Eine Feststellung der Staatsangehörigkeit ist für die Generierung der Beiträge unerheblich und erfolgt somit nicht.

26. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Beitragsrückstände, die beispielsweise durch Versicherungslücken entstanden sind, bei sehr niedrigem Einkommen zu stunden oder befristet oder unbefristet niederzuschlagen oder ganz zu erlassen. Wie oft wurden diese Regelungen in den vergangenen drei Jahren angewendet (bitte nach Krankenkasse und Jahr differenzieren)?

Antwort zu Frage 26:

Allgemein lässt sich sagen, dass alle Kassen von der Möglichkeit der Stundung Gebrauch machen, soweit es das Gesetz vorsieht. Die Krankenkassen schöpfen bei Stundung, Niederschlagung und Erlass die vom Gesetzgeber vorgesehenen Rahmenbedingungen gegenüber den Kunden aus.

27. In wie vielen Fällen wurde trotz hoher Nachzahlungsraten durch Nichtversicherungszeiten bei geringem Einkommen trotzdem nicht von der Niederschlagung der Schulden Gebrauch gemacht? Mit welcher Begründung erfolgte dies?

Antwort zu Frage 27:

Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, schlagen die Krankenkassen Forderungen regelmäßig nieder.

Nach Angaben der AOK Bremen / Bremerhaven erfolgt die Niederschlagung von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bei Versicherten gemäß § 9 SGB V auf der Grundlage der „*Einheitlichen Grundsätze zur Erhebung von*

Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen“ (Beitragserhebungsgrundsätze) vom 17.02.2010.

Sofern also die Voraussetzungen für eine Niederschlagung im Zuge des Vollstreckungsverfahrens vorliegen, hat diese zu erfolgen. Bei Versicherten gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (= Zielgruppe der Großen Anfrage) ist vor der Vollstreckung zunächst der Erlass im Zuge der *„Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“* und damit die Anwendung des § 256a SGB V zu prüfen

28. Die Gesetzesgrundlage für Stundung oder Niederschlagung von Krankenkassenbeiträgen aus § 256a SGB V war bis zum 31.12.2013 befristet. Welche Anschlussregelungen gibt es/sind geplant?

Antwort zu Frage 28:

Die Ausgestaltung des § 256a SGB V– ist entgegen der Formulierung in der Großen Anfrage - nicht bis zum 31. Dezember 2013 befristet. Die Festlegung der näheren Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen sowie des Umfangs der Beitragsermäßigung ist vielmehr nach § 256a Abs. 4 SGB V dem GKV-Spitzenverband übertragen.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat hierzu am 4. September 2013 *„Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“* beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Einheitlichen Grundsätzen am 16. September 2013 zugestimmt. Hiernach sollen für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (= Zielgruppe der Großen Anfrage), die sich erst nach dem Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, die für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht festgestellten Beitragsansprüche ermäßigt werden („Neufallregelung“).

29. Wenn keine Anschlussregelungen geplant sind, wird sich der Senat dafür einsetzen? Wenn ja, wie?

Antwort zu Frage 29:

Zu Anschlussregelungen siehe die Antwort zu Frage 28.

30. Konnte der Senat über seine Aufsichtsfunktion bei der Ortskrankenkasse AOK Bremen/Bremerhaven Einfluss auf die Anwendung von Stundung/Niederschlagung/Erlass von Beitragsrückständen nehmen? Wenn ja, hat er davon Gebrauch gemacht?

Antwort zu Frage 30:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat auf Grundlage des Regelungsauftrages zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§ 76 SGB IV- *Erhebung der Einnahmen*) nach § 217f Abs. 3 SGBV *„Einheitliche Grundsätze zur Erhebung von Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen“ (Beitragserhebungsgrundsätze)* beschlossen.

Eine Einflussnahme des Senats im Rahmen der Aufsichtsfunktion bei der Ortskrankenkasse AOK Bremen / Bremerhaven auf die Anwendung von Stundung / Niederschlagung / Erlass von Beitragsrückständen ist somit nicht erforderlich.

31. Die Möglichkeit von Stundung, Niederschlagung und Erlass von Beitragsrückständen konnten nur auf Antrag bewilligt werden. Wie erfolgte die Informationsvermittlung für Betroffene?

Antwort zu Frage 31:

Die Krankenkassen sind nach Angaben der AOK Bremen / Bremerhaven auf der Grundlage „*Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden*“ verpflichtet, die in Betracht kommenden Fälle, in denen eine laufende Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht, sukzessive aktiv aufzugreifen und den Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen einzelfallbezogen zu prüfen und umzusetzen.

Stundungs- bzw. Ratenzahlungsvereinbarungen über die Beiträge des Nacherhebungszeitraums waren zum 31. Juli 2013 zu beenden. Gleiches gilt für Vollstreckungsaufträge.

32. Ist dem Senat bekannt, dass Arztpraxen im Land Bremen Unionsbürger_innen, die eine EU- Krankenversicherungskarte haben, die Behandlung verwehrt haben, weil die Kostenübernahme der Behandlung durch das Versicherungsland nicht sichergestellt ist? Wenn ja, in wie vielen Fällen? In welcher Form wird der Senat sich dafür einsetzen, dass Ärzt_innen ihrer Behandlungspflicht nachkommen und die ausländischen Krankenkassen ihrer Zahlungspflicht?

Antwort zu Frage 32:

Der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) sind aus dem letzten Jahr 2-3 derartige Fälle bekannt. Diesbezüglich wurden die betroffenen Ärzte von der KV Bremen auf die Sach- und Rechtslage hinsichtlich der Behandlung von EU-Mitbürgern mit gültiger EU-Versichertenkarte hingewiesen. Weitere Fälle sind der KV Bremen nicht bekannt.