

Kleine Anfrage

des Abg. Emil Sänze AfD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales, Arbeit und Gesundheit

Mögliche Ausgaben der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK Baden-Württemberg) für Gesundheitsleistungen zugunsten von AOK-Nichtmitgliedern

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Zugunsten welcher Kategorien von Patienten, welche nicht gesetzlich krankenversicherte oder nicht freiwillig krankenversicherte (respektive pflegeversicherte) Mitglieder und damit nicht Beitragszahler der AOK Baden-Württemberg sind, übernehmen/übernahmen die AOK Baden-Württemberg seit dem 1. Januar 2014 bis heute die finanzielle Regulierung von Gesundheitsbehandlungen respektive von Rehabilitationsleistungen/Pflegeleistungen (mit der Bitte um tabellarische Darstellung nach: a) Kalenderjahr; b) deutsche Staatsangehörige/Nichtdeutsche; c) gegebenenfalls [soweit zutreffend] Schutzsuchende/Personen mit Schutzstatus; d) gegebenenfalls [soweit zutreffend] ukrainische Staatsangehörige/ukrainische Staatsangehörige mit einem Schutzstatus/ukrainische Kriegsflüchtlinge/Flüchtlinge gegebenenfalls anderer Nationalität aufgrund des russisch-ukrainischen Krieges; e) gegebenenfalls [soweit zutreffend] Flüchtlinge anderer Kriege [beispielsweise Nahost]; f) gegebenenfalls [soweit zutreffend, bitte Nationalität nennen] Verwundete/Versehrte ausländischer kriegsführender Streitkräfte [möglicherweise Ukraine, Israel, USA, andere]; g) jeweilige Fallzahlen in den genannten Kategorien; h) jeweilige gesetzliche Grundlage der Erbringung von durch die AOK finanziell regulierten Leistungen für die jeweilige erfragte Patientengruppe)?
2. Wurden (oder wurden nicht) seit dem 1. Januar 2014 sowie insbesondere seit dem 24. Februar 2022 bis heute Gesundheitsleistungen oder Rehabilitationsleistungen/Pflegeleistungen für aktive oder ausgeschiedene Angehörige des ukrainischen Militärs (oder des Militärs anderer im russisch-ukrainischen Krieg kämpfender Mächte, sogenannter „Legionäre“ oder „nichtstaatlicher“ Miliz-Kombattanten) durch die AOK Baden-Württemberg finanziell reguliert?

3. Bezugnehmend auf Frage 1 und Frage 2 – welche jeweiligen finanziellen Auslagen für die AOK Baden-Württemberg zur finanziellen Regulierung entfielen dabei seit dem 1. Januar 2014 je Kalenderjahr auf die unter Frage 1 erfragten einzelnen Kategorien [a) bis f)] sowie (zutreffendenfalls) auf die unter Frage 2 erfragten ausländischen (insbesondere ukrainischen) Militärangehörigen/Kombattanten/Kriegsversehrten (mit der Bitte um Nennung der von den AOK Baden-Württemberg regulierten Fallzahlen in den einzelnen Kategorien sowie Nennung der Gesamtkosten je Kalenderjahr und erfragte Kategorie [a) bis f), sowie gegebenenfalls ausländische Militärangehörige)]?
4. Bezugnehmend auf Frage 1 bis Frage 3 – gibt es (oder gibt es nicht) bei den erfragten, nicht als AOK-Mitglieder krankenversicherten Patientengruppen innerhalb der von den AOK Baden-Württemberg regulierten Leistungsarten im Vergleich zum „Bedarfs-Durchschnitt der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung AOK-Versicherten“ „Auffälligkeiten“ bei der „Häufigkeit“ (Fallzahlen, beispielsweise häufigere/seltenere oder aufwändigere/weniger aufwändige Zahnbehandlungen und dergleichen) oder bei den „Fallkosten“ (durchschnittlichen Kosten je Einzelfall)?
5. Bezugnehmend auf Frage 1 bis Frage 4 – falls infolge politischer Entscheidungen seit dem 1. Januar 2014 bis heute den AOK Baden-Württemberg die finanzielle Regulierung von Gesundheitsleistungen anheimfiel, die für nicht bei den AOK Baden-Württemberg krankenversicherte Patientengruppen erbracht wurden (insbesondere wo ausländische Staatsangehörige, Personen mit Schutzstatus oder wo gegebenenfalls ausländische Militärangehörige betroffen gewesen sein sollten), welche öffentliche oder private, inländische oder ausländische (oder EU-) Stelle (oder möglicherweise die Gesamtheit der AOK-Beitragszahler) kam möglicherweise zugunsten welcher jeweiligen erfragten, nicht AOK-krankenversicherten Patientengruppe in jeweils welcher finanziellen Höhe für die möglicherweise entstandene Unterdeckung finanziell auf?
6. Bezugnehmend auf Frage 2, Frage 3 und Frage 5 – falls seit dem 24. Februar 2024 eine finanzielle Regulierung der Gesundheitsversorgung verwundeter/versehrter ukrainischer Militärangehöriger (in Deutschland oder im Ausland) durch die AOK Baden-Württemberg stattgefunden haben sollte: a) um wie viele Fälle [insbesondere Operationen sowie Rehabilitationsleistungen] zu welchen Gesamtkosten handelt es sich; b) welche [mutmaßlich öffentlichen] Stellen haben den mitgliederfinanzierten AOK Baden-Württemberg die „in Vorleistung“ entstandenen Auslagen gegebenenfalls in welcher Höhe teilweise oder ganz rückerstattet?

15.6.2026

Sänze AfD

Begründung

Laut Wikipedia-Eintrag „Allgemeine Ortskrankenkassen“ ist „(...) Jede AOK (...) sowohl Krankenkasse als auch Landesverband im Sinne des SGB V sowie in Personalunion Pflegekasse im Sinne des SGB XI. Sie unterliegen als landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts der Fach- und Rechtsaufsicht der jeweils für die Gesundheitspolitik zuständigen Landesministerien. (...)“ Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist grundsätzlich nach dem durch Mitgliedschaft und Beitrag begründeten Solidarprinzip organisiert; die in ihr Versicherten bilden eine Solidargemeinschaft. Die GKV unterliegt laut Sozialgesetzbuch (SGB V) den Prinzipien: Solidargemeinschaft, Beiträge nach Einkommen, Leistungen nach Bedarf, Wirtschaftlichkeitsgebot, und hat den Anspruch, unabhängig von Einkommen, Alter, Gesundheitszustand oder Risikoprofilen zu agieren. Der Wikipedia-Eintrag „AOK Baden-Württemberg“ beziffert für das Jahr 2020 die Leistungsausgaben auf insgesamt 14 519 Millionen Euro und 3 214 Euro je versicherter Person. Diese Ausgaben (2020) entfielen unter anderem auf die

Leistungsarten: Krankenhausbehandlung (30,8 Prozent), Ärztliche Behandlung (17,8 Prozent), Arzneimittel (15,7 Prozent), Krankengeld (6,1 Prozent), Zahnärztliche Behandlung [ohne Zahnersatz] (4,6 Prozent). Das Dokument „Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027“ stellt bei ausbleibenden Reformen für 2027 eine GKV-Unterdeckung von 15,3 Milliarden Euro in Aussicht. Es interessiert, welche Leistungserbringung den AOK Baden-Württemberg zugunsten von AOK-Nichtmitgliedern und damit Nicht-Beitragszahlern auferlegt ist. Ferner interessiert, ob Verantwortliche relevanter politischer Entscheidungen, die „mitgliedschaftsfremde“ Leistungsgewährung nach sich ziehen, eine finanzielle Kompensation für solche aus dem AOK-Beitragsaufkommen regulierten Gesundheitsleistungen durchführen.

Antwort

Mit Schreiben vom 8. Juli 2026 Nr. SM61-0141.5-018/105 beantwortet das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Ministerium der Justiz und für Migration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. *Zugunsten welcher Kategorien von Patienten, welche nicht gesetzlich krankenversicherte oder nicht freiwillig krankenversicherte (respektive pflegeversicherte) Mitglieder und damit nicht Beitragszahler der AOK Baden-Württemberg sind, übernehmen/übernahmen die AOK Baden-Württemberg seit dem 1. Januar 2014 bis heute die finanzielle Regulierung von Gesundheitsbehandlungen respektive von Rehabilitationsleistungen/Pflegeleistungen (mit der Bitte um tabellarische Darstellung nach: a) Kalenderjahr; b) deutsche Staatsangehörige/Nichtdeutsche; c) gegebenenfalls [soweit zutreffend] Schutzsuchende/Personen mit Schutzstatus; d) gegebenenfalls [soweit zutreffend] ukrainische Staatsangehörige/ukrainische Staatsangehörige mit einem Schutzstatus/ukrainische Kriegsflüchtlinge/Flüchtlinge gegebenenfalls anderer Nationalität aufgrund des russisch-ukrainischen Krieges; e) gegebenenfalls [soweit zutreffend] Flüchtlinge anderer Kriege [beispielsweise Nahost]; f) gegebenenfalls [soweit zutreffend, bitte Nationalität nennen] Verwundete/Versehrte ausländischer kriegsführender Streitkräfte [möglicherweise Ukraine, Israel, USA, andere]; g) jeweilige Fallzahlen in den genannten Kategorien; h) jeweilige gesetzliche Grundlage der Erbringung von durch die AOK finanziell regulierten Leistungen für die jeweilige erfragte Patientengruppe)?*
2. *Wurden (oder wurden nicht) seit dem 1. Januar 2014 sowie insbesondere seit dem 24. Februar 2022 bis heute Gesundheitsleistungen oder Rehabilitationsleistungen/Pflegeleistungen für aktive oder ausgeschiedene Angehörige des ukrainischen Militärs (oder des Militärs anderer im russisch-ukrainischen Krieg kämpfender Mächte, sogenannter „Legionäre“ oder „nichtstaatlicher“ Miliz-Kombattanten) durch die AOK Baden-Württemberg finanziell reguliert?*
3. *Bezugnehmend auf Frage 1 und Frage 2 – welche jeweiligen finanziellen Auslagen für die AOK Baden-Württemberg zur finanziellen Regulierung entfielen dabei seit dem 1. Januar 2014 je Kalenderjahr auf die unter Frage 1 erfragten einzelnen Kategorien [a) bis f)] sowie (zutreffendenfalls) auf die unter Frage 2 erfragten ausländischen (insbesondere ukrainischen) Militärangehörigen/Kombattanten/Kriegsversehrten (mit der Bitte um Nennung der von den AOK Baden-Württemberg regulierten Fallzahlen in den einzelnen Kategorien sowie Nennung der Gesamtkosten je Kalenderjahr und erfragte Kategorie [a) bis f), sowie gegebenenfalls ausländische Militärangehörige)?*

4. Bezugnehmend auf Frage 1 bis Frage 3 – gibt es (oder gibt es nicht) bei den erfragten, nicht als AOK-Mitglieder krankenversicherten Patientengruppen innerhalb der von den AOK Baden-Württemberg regulierten Leistungsarten im Vergleich zum „Bedarfs-Durchschnitt der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung AOK-Versicherten“ „Auffälligkeiten“ bei der „Häufigkeit“ (Fallzahlen, beispielsweise häufigere/seltenere oder aufwändigere/weniger aufwändige Zahnbehandlungen und dergleichen) oder bei den „Fallkosten“ (durchschnittlichen Kosten je Einzelfall)?

Die Fragen 1 bis 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die AOK Baden-Württemberg hat auf Anfrage des Ministeriums für Soziales, Arbeit und Gesundheit zu den Fragen Stellung genommen und entsprechende Daten in Tabellenform aufbereitet.

Vorab erfolgt eine Klarstellung der Betreuung nach § 264 SGB V „Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung“. Es ist nach Angaben der AOK Baden-Württemberg zu differenzieren nach welchem Absatz des § 264 SGB V die Betreuung erfolgt. Eine Betreuung nach § 264 Absatz 1 SGB V kann nur erfolgen, wenn eine entsprechende Rahmenvereinbarung hierzu abgeschlossen ist. Mit dem Land Baden-Württemberg besteht keine solche Rahmenvereinbarung. Die Betreuung von Personen nach § 264 Absatz 2 SGB V erfolgt über eine Anmeldung des Leistungsträgers (z. B. Sozialamt). Der Personenkreis nach § 264 Absatz 2 SGB V hat im Übrigen gegenüber der AOK Baden-Württemberg keinen Anspruch auf Pflegeleistungen.

Ergänzend führt die AOK Baden-Württemberg aus, dass in Bezug auf den Krankenversicherungsschutz bzw. das Betreuungsverhältnis nach § 264 Absatz 2 SGB V für Geflüchtete aus der Ukraine auf Folgendes hinzuweisen sei: Die aus der Ukraine geflüchteten Menschen, deren Aufenthaltsrecht in Deutschland sich aus § 24 Absatz 1 AufenthG ableitet, gehören ab dem 1. Juni 2022 grundsätzlich nicht mehr zu dem nach AsylbLG leistungsberechtigten Personenkreis. Soweit aber Hilfebedürftigkeit besteht und keine Grundsicherung nach SGB II bezogen wird, werden Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) gewährt. Für eine medizinische Versorgung der Sozialhilfeempfänger werden Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel SGB XII erbracht. Dies bedeutet, dass die Krankenbehandlung für diese Personen, die nicht versichert sind, auftragsweise durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 SGB V zu erbringen ist. Eine Anmeldung des Trägers ist für die Leistungsgewährung notwendig.

Vor diesem Hintergrund werden untenstehend

1. die Anzahl der Betreuten,
2. die erstatteten Leistungsausgaben für Nicht-GKV-Mitglieder und
3. die erhaltenen Verwaltungskosten, die im Rahmen der Betreuung nach § 264 SGB V erfolgt sind, anhand der von der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung gestellten komprimierten Daten je Kalenderjahr dargestellt.

Die erbrachten Leistungen für den Personenkreis der Betreuten nach § 264 SGB V werden nach Angaben der AOK Baden-Württemberg zu 100 Prozent (zuzüglich einer Aufwandsentschädigung für die Verwaltung) von den zuständigen Trägern erstattet.

Eine Unterscheidung nimmt die AOK Baden-Württemberg nach folgenden Betreuungengruppen vor:

- Empfänger von Sozialhilfeleistungen (SHE)
- Bezieher von Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (ABLG)
- Bezieher von Leistungen der Jugendhilfe (JUHE)

1. Betreutenzahl (Jahresmittelwert)

Kalenderjahr	Betreute			
	SHE	ABLG	JUHE	Gesamt
2016	5 817	5 619	3 054	14 490
2017	5 609	13 477	4 454	23 540
2018	5 374	15 357	3 246	23 977
2019	5 000	13 909	1 809	20 718
2020	4 692	12 726	943	18 361
2021	4 379	11 519	632	16 530
2022	7 508	9 411	863	17 782
2023	13 397	8 014	1 995	23 406
2024	14 206	7 197	2 810	24 213
2025	14 636	5 451	2 567	22 654

2. Erstattete Leistungsabrechnung

Kalenderjahr	Leistungsabrechnung (in EUR)			
	SHE	ABLG	JUHE	Gesamt
2016	42 290 946	12 011 799	4 850 430	59 153 175
2017	38 266 675	22 427 674	8 935 541	69 629 890
2018	47 818 871	34 455 810	9 185 166	91 459 847
2019	41 607 873	30 810 091	372 627	72 790 591
2020	36 869 505	29 697 059	1 927 521	68 494 085
2021	41 297 305	29 551 288	1 620 504	72 469 097
2022	35 848 602	22 114 181	1 453 291	59 416 074
2023	93 331 836	22 898 616	3 896 303	120 126 755
2024	96 094 099	17 089 584	5.493 484	118 677 167
2025	108 133 667	16 852 797	6 451 425	131 437 889

3. Erstattete Verwaltungskosten

Kalenderjahr	Verwaltungskosten (in EUR)
2016	3 401 952
2017	4 779 000
2018	5 198 348
2019	4 402 777
2020	3 743 104
2021	3 251 568
2022	3 338 424
2023	5 164 403
2024	5 598 673
2025	5 444 425

Ergänzende Hinweise zu den Übersichten: Konsistentes Zahlenmaterial konnte nach Angaben der AOK Baden-Württemberg aufgrund einer technischen Umstellung der Speicherungen der Meldezeiten und Abrechnung erst ab dem Zeitraum 2016 zur Verfügung gestellt werden. Eine differenzierte Aufsplittung zwischen Gesundheitsleistungen und Reha-Leistungen war nach Angaben der AOK Baden-Württemberg aufgrund des ansonsten erheblichen erforderlich werdenden Aufwands kurzfristig in der für die Beantwortung zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich. Eine Differenzierung der erbrachten Leistungen nach Nationalität ist nach Angaben der AOK Baden-Württemberg kurzfristig in der für die Beantwortung zur Verfügung stehenden Zeit und ohne zusätzlichen Kostenaufwand für eine Auswertung über ihren IT-Dienstleister nicht möglich.

5. Bezugnehmend auf Frage 1 bis Frage 4 – falls infolge politischer Entscheidungen seit dem 1. Januar 2014 bis heute den AOK Baden-Württemberg die finanzielle Regulierung von Gesundheitsleistungen anheimfiel, die für nicht bei den AOK Baden-Württemberg krankenversicherte Patientengruppen erbracht wurden (insbesondere wo ausländische Staatsangehörige, Personen mit Schutzstatus oder wo gegebenenfalls ausländische Militärangehörige betroffen gewesen sein sollten), welche öffentliche oder private, inländische oder ausländische (oder EU-)Stelle (oder möglicherweise die Gesamtheit der AOK-Beitragszahler) kam möglicherweise zugunsten welcher jeweiligen erfragten, nicht AOK-krankenversicherten Patientengruppe in jeweils welcher finanziellen Höhe für die möglicherweise entstandene Unterdeckung finanziell auf?

Grundleistungsberechtigte erhalten regelmäßig während der ersten 36 Monate ihres Aufenthalts eine Basisversorgung an Gesundheitsleistungen. Nach Ablauf der 36 Monate erhalten die Personen nach dem AsylbLG regelmäßig Analogleistungen, d. h. Leistungen auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sind in diesem Fall keine Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Aufwendungen, die bei den Krankenkassen entstehen, werden von den für das AsylbLG zuständigen Behörden (Leistungsbehörden) vierteljährlich erstattet. Für Leistungen nach dem AsylbLG gibt es seitens des Landes Baden-Württembergs im Übrigen keine statistische Erfassung. Es wird hierzu auf die Statistik des Statistischen Bundesamts verwiesen (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/_inhalt.html).

Sofern die AOK Baden-Württemberg Leistungen nach § 264 SGB V für die Krankenbehandlung von nicht versicherten Personen im Auftrag der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg als Träger der Sozialhilfe erbracht hat, erfolgte diese gegen vollen Aufwendungsersatz zuzüglich einer pauschalen Abgeltung für die Verwaltungskosten der AOK. Damit ist ausgeschlossen, dass der AOK und damit den Mitgliedern hierdurch finanzielle Nachteile entstehen.

6. Bezugnehmend auf Frage 2, Frage 3 und Frage 5 – falls seit dem 24. Februar 2024 eine finanzielle Regulierung der Gesundheitsversorgung verwundeter/versehrter ukrainischer Militärangehöriger (in Deutschland oder im Ausland) durch die AOK Baden-Württemberg stattgefunden haben sollte: a) um wie viele Fälle [insbesondere Operationen sowie Rehabilitationsleistungen] zu welchen Gesamtkosten handelt es sich; b) welche [mutmaßlich öffentlichen] Stellen haben den mitgliederfinanzierten AOK Baden-Württemberg die „in Vorleistung“ entstandenen Auslagen gegebenenfalls in welcher Höhe teilweise oder ganz rückerstattet?

Nach Ausbruch des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine fand am 1. Juni 2022 der Rechtskreiswechsel für geflüchtete Menschen aus der Ukraine statt. Dies bedeutete, dass hilfebedürftige geflüchtete Menschen Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII erhalten konnten und somit Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung oder zu Krankenbehandlungen für Nichtversicherte gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V hatten. Dieser Personenkreis der Nichtversicherten kann als Sozialhilfeleistung Hilfen zur Gesundheit erhalten. Diese Hilfen nach den §§ 47 bis 51 SGB XII entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII). Die gesetzliche Krankenversicherung, die der Leistungsbezieher gewählt hat, erhält vom zuständigen Sozialhilfeträger den vollen Kostenersatz zuzüglich einer Verwaltungspauschale.

Dies bezieht Rehabilitationsmaßnahmen mit ein. Voraussetzung für den Rechtskreiswechsel ist eine Registrierung im Ausländerzentralregister. Zwischen verletzten Soldatinnen und Soldaten oder Zivilistinnen und Zivilisten wurde nicht unterschieden.

Im Rahmen des SGB XII müssen die Kommunen (Stadt- und Landkreise) sämtliche Kosten der Leistungserbringung – mit Ausnahme derjenigen des 4. Kapitels (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird vollständig vom Bund erstattet) – tragen. Das Land beteiligt sich allenfalls im Rahmen des allgemeinen Finanzausgleichs und ggf. im Rahmen von Vereinbarungen zum Ausgleich entsprechender Lasten.

Laut Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18. September 2024 wurden bis dato „1 173 schwer verwundete und verletzte ukrainische Soldatinnen und Soldaten und Zivilisten evakuiert und in deutschen Kliniken behandelt“ (Deutschland beschließt weitere medizinische Hilfe für die Ukraine | BMG: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/weitere-medizinische-hilfe-fuer-die-ukraine>).

Am 31. März 2025 gab die Bundesregierung die Informationen für militärische Patientinnen und Patienten aus der Ukraine (MedEvac) heraus. Die medizinische Behandlung für diese Menschen wird nun mit dem Bundesverwaltungsamt abgerechnet.

Weitere Fallzahlen und Kostenhöhen (insbesondere Operationen sowie Rehabilitationsleistungen) von verwundeten/versehrten ukrainischen Militärangehörigen aus den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg liegen der Landesregierung nicht vor.

Hildenbrand

Minister für Soziales,
Arbeit und Gesundheit