

Lösen Kassen Probleme zu Lasten der Sozialhilfe? : KVG-Revision : Meldung an Sozialhilfe nach erfolgloser Mahnung

Autor(en): **Alfirev, Charlotte**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zeitschrift für Sozialhilfe : ZESO**

Band (Jahr): **98 (2001)**

Heft 3

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-840699>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Lösen Kassen Probleme zu Lasten der Sozialhilfe?

KVG-Revision: Meldung an Sozialhilfe nach erfolgloser Mahnung

Wird die Sozialhilfe auch beim Krankenversicherungsgesetz (KVG) zum Auffangbecken der ungelösten Probleme? Der Bundesrat schlägt eine Änderung des Gesetzes vor, wonach die Krankenkassen erfolglos gemahnte Versicherte der Sozialhilfe melden. Die Sozialbehörden befürchten eine gewaltige Papierflut mit Daten zu Personen, für die sie mehrheitlich nicht zuständig sind.

Im Sommer 2000 schickte das Departement des Innern die Teilrevision des KVG in die Vernehmlassung. Die Fristen waren kurz angesetzt, denn es geht um einen grossen Brocken: Die Beteiligung der Kantone an den Spitalkosten von Privat- und Halbprivatversicherten. Die Kostenfolgen für die Kantone sind gewaltig und werden auf 1,6 Milliarden Franken geschätzt. Einhellig stiegen die Kantone gegen diesen Revisionsvorschlag auf die Barrikaden. Ausgelöst wurde die KVG-Revision durch ein Urteil des Bundesgerichtes, das eine Unterscheidung zwischen der Kostenbeteiligung der Kantone an inner- oder ausserkantonalen Spitälern als unzulässig erachtete.

Die Teilrevision des KVG wurde von den Medien breit aufgenommen. Dabei ging aber vorerst ein weiterer Revisionspunkt völlig unter, der ebenfalls auf ein Bundesgerichtsurteil zurückgeht. Im Sommer 1999 entschied das Bundesgericht¹, dass ein Wechsel der Krankenkasse auch dann zulässig ist, wenn bei der alten Kasse noch Prämienrückstände offen sind. Art. 9 Abs. 3 der Krankenversicherungsverordnung (KVV) widerspreche dem im Gesetz statuierten Recht, die Kas-

se frei zu wählen. Wäre ein Kassenwechsel erst nach Bezahlung aller Prämien und Selbstbehalte möglich, würden Versicherte, die sich «in guten Treuen über ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherer stritten», auf unabsehbar lange Zeit an eine Kasse gebunden.

Mit der anstehenden KVG-Teilrevision soll nun auf Gesetzesstufe im neuen Artikel 61a geregelt werden, dass die Kassen ihre Leistungen einstellen können, bis alle Prämien und Selbstbehalte bezahlt sind (siehe Kasten auf Seite 34). Zwei Punkte stossen bei den Sozialhilfeverantwortlichen der Kantone auf besondere Kritik:

- Die Krankenkassen können bereits nach erfolgloser Mahnung, vor Abschluss eines Betreibungsverfahrens, eine Meldung an die Sozialhilfe machen.
- Durch den Leistungsaufschub bereits nach erfolgloser Mahnung wird faktisch das Versicherungsobligatorium ausgehöhlt.

Nicht in allen Kantonen wurde die Tragweite des neuen Artikels 61a erkannt. Einige Kantone haben die neue Gesetzesregelung sogar begrüsst, da die nicht bezahlten Krankenkassenprämien zu einem wachsenden Problem für die Kassen, die Kantone und die Gesamtheit aller Versicherten werden. Wo die Bereiche Gesundheit und Soziales nicht im selben Departement vereint sind, vernahmen die Verantwortlichen der Sozialhilfe zum Teil erst nach Ende der Vernehmlassungsfrist von dem «Kuckucksei», das im Bundesamt für Sozialversicherung «ausgebrütet» worden war.

¹ Urteil vom 29. Juni 1999, BGE 125 V 266.

Ein echtes Problem

Seit das KVG 1996 in Kraft getreten ist, nehmen die Prämienausstände von Jahr zu Jahr zu. Das Konkordat der Krankenversicherer (KSK) schätzt die Ausstände laut einem Bericht im «Tages-Anzeiger» auf 300 Millionen Franken im Jahr. Die Tendenz ist steigend. Die Versicherten gehen heute ein kleines Risiko ein, wenn sie ihre Prämien nicht pünktlich bezahlen. Die Kassen müssen mahnen und dürfen ihre Leistungen erst nach einem abgeschlossenen Betreibungsverfahren sistieren. Sind die ausstehenden Beträge für Prämien und Selbstbehalte nachbe-

zahlt, muss die Krankenkasse die Arzt- und Spitalkosten vergüten.

Die Verwaltungs- und Mahnkosten der Kassen werden auf rund 40 Mio. Franken pro Jahr geschätzt. Der administrative Aufwand für die Mahnungen und die Betreibungen steht zum Teil in einem Missverhältnis zu der Höhe der nicht bezahlten Prämien oder Selbstbehalte. Seit dem Bundesgerichtsurteil zum Kassenwechsel trotz Prämienausständen können Versicherte zudem einen Leistungsstopp umgehen, indem sie die Kasse wechseln.

Die geschilderten Sachverhalte beziehen sich auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Bei den freiwilligen

Darum geht es: der vorgeschlagene Artikel 61a KVG

Der neue Artikel 61a KVG, wie er vom Bundesrat dem Parlament unterbreitet wird, hat folgenden Wortlaut:

Art. 61 a (neu)

Nichtzahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

¹Werden fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, hat der Versicherer die versicherte Person schriftlich zu mahnen und räumt ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen ein. Der Versicherer weist auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hin.

²Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, schiebt der Versicherer nach Ablauf der Nachfrist die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die zuständige Sozialhilfebehörde am Wohnort der versicherten Person über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften, namentlich solche, welche eine vorhergehende Meldung an die für die Prämienverbilligung zuständige Behörde vorsehen.

³Sind die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.

⁴Wechseln säumige Versicherte den Versicherer, informiert der bisherige Versicherer den neuen Versicherer über die ergangenen Mahnungen und eingeleiteten Betreibungen. Vom bisherigen Versicherer gemahnte oder betriebene Forderungen haben auch beim neuen Versicherer einen Leistungsaufschub zur Folge. Der bisherige Versicherer informiert den neuen Versicherer, sobald die bei ihm ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.

⁵Der Bundesrat regelt die Einzelheiten des Prämieninkassos, des Mahnverfahrens und hinsichtlich der Folgen des Zahlungsverzugs.

Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) machen die Kassen kurzen Prozess und stellen nach erfolglosen Mahnungen ihre Leistungen ein.

Kantone sollen zahlen

Lapidar steht im KVG Art.6: «Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht. Die vom Kanton bezeichnete Behörde weist Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zu.»

Das Krankenkassenkonkordat klagt, dass die Kantone erst mit grosser zeitlicher Verzögerung Ausführungsbestimmungen erliessen, und dies «auf höchst unterschiedliche Weise, z.B. was Fristen, einzureichende Formulare und Beweisurkunden» anbelange. Einige Kantone übernahmen auch die Mahnspesen und Betreuungskosten, andere weigerten sich hingegen kategorisch. «Ist der Wohnsitz des Sozialhilfeberechtigten nicht klar, setzt zudem ein unrühmliches Hin- und Herschieben zwischen den verschiedenen Behörden ein», schreibt Andreas Kummer, Rechtskonsulent des KSK.

Nach der bisherigen Regelung in Artikel 9 KVV mussten die Kassen einen Verlustschein vorweisen, um beim Kanton bzw. der Sozialhilfebehörde der Gemeinde die Nachzahlung der Ausstände zu verlangen. Kann der Wohnsitz der versicherten Person durch die Kassen aber nicht ermittelt werden, so ist eine Betreuung und Leistungsassistierung gar nicht möglich.

Seit dem Urteil zum Kassenwechsel trotz Prämienausständen ist nicht nur bei einigen Versicherten die Zahlungsmoral gesunken, auch die Sozialbehörden warten oft mit der Nachzahlung der Prämien zu. Erst wenn die versicherte Person krank

wird, werden die Ausstände nachgezahlt, um die Leistungssperre aufzuheben.

Kosten unbestritten

Durch die nicht bezahlten Prämien und Selbstbehalte entstehen hohe Kosten. Die Krankenkassen schätzen, dass mittlerweile zwei Prozent der Prämien eingesetzt werden müssen, um die Löcher zu stopfen sowie die Mahn- und Betreuungskosten zu decken. Indirekt bezahlt also die Gesamtheit der Versicherten für die Ausstände. Beträchtlich sind ebenfalls die Administrativkosten der für die Krankenversicherung zuständigen kantonalen Stellen sowie der Betreibungsämter. Einige Versicherte werden mehrmals pro Jahr betrieben.

«Nicht unsere Klientschaft»

Die Verantwortlichen der Sozialhilfepraxis sind beunruhigt und erbost. Es wird befürchtet, dass die Krankenkassen ihre Probleme auf dem Buckel der Sozialhilfe lösen wollen. «Es werden Leute in die Sozialhilfe hineingedrängt, für die wir gar nicht zuständig sind», sagt Peter Ley, Präsident des Verbandes der Sozialhilfe des Kantons Basel-Landschaft. Die Mehrheit der Personen, die der Sozialhilfe mit einem Verlustschein gemeldet würden, verfügten über Einkünfte über dem sozialen Existenzminimum, könnten aber ihr Geld nicht einteilen. Wenn die Krankenkassen bereits vor Abschluss eines Betreibungsverfahrens eine Meldung an die Sozialhilfe machen könnten, führe dies zu einem gewaltigen administrativen Leerlauf.

Das in der KVG-Revision vorgeschlagene Verfahren ähnelt den Gefährdungsmeldungen, die von Städten zu aufgegriffenen Suchtgefährdeten an die So-

zialhilfe der Wohngemeinde verschickt wurden. In den Wohngemeinden wurde mit den Meldungen ganz unterschiedlich umgegangen: Während in einigen Gemeinden der Sozialdienst oder ein Behördemitglied das Gespräch mit der in der Drogenszene angehaltenen Person suchte, wurden die Meldungen andernorts kurzerhand in einem Ordner archiviert.

Droht nun ein gleiches Meldeverfahren, aber mit einer Papierflut in einem ungleich grösseren Ausmass? Wird Frau Müller von nebenan der Sozialhilfebehörde gemeldet, weil ihre eine Prämienrechnung unters Eis geraten ist und sie bei Eintreffen der Mahnung nicht in der Lage ist, innert der gesetzten Frist zu bezahlen. Oder der gut verdienende Herr Meier, der seit Jahren nie krank war und aus Protest gegen die seit 1996 um 28 Prozent gestiegenen Prämien seinen Obolus an die obligatorische Versicherung nicht entrichtet?

Oft Einkommensschwache

Genauere Angaben darüber, welche Personengruppen ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen, fehlen. Es dürften aber weniger von der Sozialhilfe unterstützten Personen oder betagte Menschen sein. Für diese Personengruppen werden in den meisten Kantonen Härtefälle durch die Prämienverbilligung vermieden. Mehrheitlich sind es eher jüngere Menschen, die Krankenkassenprämien oder -selbstbehalte nicht pünktlich bezahlen. Oft sind sie einkommensschwach, haben ein Einkommen knapp über der Grenze zum Existenzminimum, sind vorübergehend arbeitslos geworden, arbeiten auf Abruf oder die Prämienrechnung für mehrere Kinder belastet das Familienbudget schwer.

Die Schuldenberatungsstellen stellen ebenfalls fest, dass die Ausstände bei den Krankenkassen zunehmen. Durchschnittlich seien die Schulden bei Krankenkassen oder Ärzten nicht sehr hoch, Schulden von mehreren Tausend Franken seien die Ausnahme, sagt Hansueli Mesmer von der Schuldenberatungsstelle Bern, aber: «Immer mehr unserer Klientinnen und Klienten haben auch Schulden bei den Krankenkassen, bereits sind dies rund 40 Prozent».

Ein Teufelskreis

Die Schuldenberatungsstellen kennen die Abwärtsspiralen, in die Menschen geraten können. Das im System des Tiers payant von der Krankenkasse für die Bezahlung der Arztrechnung überwiesene Geld wird in der Not für einen anderen Zweck verwendet. Schliesslich getrauen sich die Verschuldeten nicht mehr zum Arzt zu gehen, bei dem sie Schulden haben. Die Klienten hätten grosse Widerstände, Schulden beim Arzt in die Schuldensanierung einzubeziehen, weiss Hansueli Mesmer.

Er hält es für bedenklich, wenn die Kassen so rasch ihre Leistungen einstellen könnten. Zudem sei es oft schwierig, von den Kassen genaue Angaben über die Ausstände bei den Prämien und Selbstbehalten zu bekommen. Da einige Kassen auch Betreuungskosten geltend machten oder widerrechtlich fällige mit verfallenen Prämien verrechneten, werde die Leistungssperre manchmal auch bei Nachzahlung der Prämien nicht aufgehoben. Auch die etwa diskutierte Erhebung von Verzugszinsen wäre bei der Klientel der Schuldenberatungsstelle wirkungslos oder kontraproduktiv.

Gemeinsame Haltung der Romandie

Von der Romandie und dem Tessin wird der neue Artikel 61a einhellig abgelehnt. In der Westschweiz sind die Krankenkassenprämien durchschnittlich höher als in der Deutschschweiz. Das System der Prämienverbilligung funktioniert jedoch besser. Die Westschweizer Kantone schöpfen die Beiträge des Bundes aus. Während in der Deutschschweiz das Problem der Prämien nachzahlung häufig an die Gemeinden weiter delegiert wird, regeln dies in der Romandie kantonale Stellen (mit Ausnahme von Freiburg). Die CRASS (Conférence romande des affaires sanitaires et sociales) lehnt eine Aushöhlung des Versicherungsobligatoriums durch eine Leistungssperre bereits nach erfolgloser Mahnung entschieden ab. Es wird daran festgehalten, dass die Kassen ein Betreibungsverfahren bis zu einem Verlustschein durchziehen müssen, bevor sie bei der zuständigen Stelle die Nachzahlung verlangen können. Das Obligatorium soll nicht durch Leistungssperren ausgehöhlt wer-

den. Im KVG soll auch die Verpflichtung für die Versicherten festgeschrieben werden, die Prämien zu bezahlen.

In der Praxis streben die Kantone der Romandie und der Kanton Bern mit den Krankenkassen eine einfache Lösung an, wenn die Versicherten Leistungen von der Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen. In diesen Fällen sollen die Kassen auf Betreibungen verzichten und sie können sechs Monate nach Verfall der ersten unbezahlten Rechnung die Nachzahlung der Ausstände beantragen.

Im Herbst ins Parlament

Der Bundesrat hat die Teilrevision des KVG verabschiedet. Derzeit wird das Geschäft durch die vorberatende Kommission des Ständerates unter dem Präsidium von Ständerätin Christine Beerli beraten. Laut Auskunft aus dem BSV wird die Behandlung durch den Ständerat als Erstrat erst nach den Sommerferien stattfinden.

Charlotte Alfrev

Stimmen aus der Vernehmlassung

«In gewissen Fällen sollte es möglich sein, die Abgabe eines Arzneimittels durch den Apotheker zu verweigern, bis feststeht, dass nicht nur der grundsätzliche Versicherungsschutz besteht, sondern auch die erbrachten Leistungen tatsächlich übernommen werden.»

Apothekerverband

«Die Folge der neuen Regelung besteht darin, dass der Aufwand von den Versicherern zu den Sozialhilfebehörden der Gemeinden verlagert wird.»

Kanton Schaffhausen

«Die Benachrichtigung der Sozialhilfebehörden durch den Versicherer am Wohnort der versicherten Person ist völlig unverhältnismässig. So wie der Versicherer die Rückvergütung von Leistungen an den Versicherten bei ausstehenden Prämienzahlungen aufschieben kann, kann auch der Versicherte Prämienzahlungen zurückbehalten, wenn die Versicherung gesetzlich oder vertraglich geschuldete Leistungen nicht korrekt und fristgerecht rückvergütet.»

Stiftung H+

«Diese Massnahme wird auch Menschen in schwierigen Lebenslagen treffen und deren soziale Ausgrenzung verstärken.»

Gesellschaft für Allgemeinmedizin