

Ständerat  
Kommission für soziale Sicherheit und  
Gesundheit  
3003 Bern

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Bern, 4. September 2020

## **Vernehmlassung zur Standesinitiative 16.312 Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident Rechsteiner, lieber Paul

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB nimmt dazu im Folgenden gerne Stellung.

### **Einleitung**

Gemäss Bundesverfassung (Art. 41) haben sich Bund und Kantone dafür einzusetzen, dass "jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält". Mit der Änderung der Regelung betreffend nichtbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 64a KVG) im Jahr 2010 hat der Bund jedoch die Voraussetzung für eine bis heute andauernde, gravierende Verletzung ebendieses Verfassungsartikels geschaffen. Denn seit Inkraftsetzung der genannten KVG-Revision sind die Kantone ermächtigt, Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen und ihren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen auf nicht weiter definierte Notfallbehandlungen zu beschränken. Was die ganz konkreten Auswirkungen dieser Neuregelung sind, ist allseits bekannt. Der gravierendste Fall, über den auch medial breit berichtet wurde, betraf einen fünfzigjährigen HIV-positiven Patienten, welchem im Jahr 2018 im Kanton Graubünden von der Krankenkasse die Finanzierung der notwendigen Medikamente verweigert wurde, weil er mit der Zahlung seiner Prämien im Verzug war. Die zuständigen ÄrztInnen haben die Krankenkasse auf die schwerwiegenden Konsequenzen dieses Entscheids hingewiesen, doch die Kasse änderte ihre Meinung nicht, denn eine Notfallsituation war ihrer Meinung nach nicht gegeben. Der Mann verstarb daraufhin an Begleiterkrankungen von AIDS. Sein Todesurteil war nicht das HI-Virus – dieses ist heute zum Glück längst kein Todesurteil mehr – sondern letztlich die schwarze Liste.

Bei der Einführung der schwarzen Listen gingen deren VerfechterInnen von der abwegigen Idee aus, die betroffenen Versicherten seien zahlungsunwillig und könnten mit dieser Massnahme zur Begleichung ihrer Rechnungen gebracht werden. Dass das Problem allerdings nicht die Zahlungsunwilligkeit, sondern vielmehr die immer weiter verbreitete Zahlungsunfähigkeit der Versicherten ist, dürfte heute hinreichend klar geworden sein: Gesamtschweizerisch wurden im Jahr 2019 421'000 Versicherte aufgrund von Zahlungsausständen für OKP-Prämien betrieben. Und

gemäss einer Studie der Zürcher Stadtammänner sind gesamthaft bereits ein Drittel (!) aller Beitreibungen den Krankenkassenprämien geschuldet.

**Es ist eine traurige Tatsache, dass in den Eidgenössischen Räten letztlich erst nach Bekanntwerden des oben beschriebenen schwerwiegenden Falles ein Umdenken stattgefunden hat (bzw. sich die Mehrheitsverhältnisse entsprechend verschoben haben), was in der Eröffnung der vorliegenden Vernehmlassung mündete. Umso dringender ist das Hauptanliegen der vorgeschlagenen KVG-Revision, nämlich die Abschaffung der schwarzen Listen und damit der Leistungssperren für die betroffenen Versicherten. Nachdem zwei Kantone (Graubünden und Solothurn) im Zuge der schockierenden, von den Medien aufgegriffenen Fällen ihre schwarze Liste abgeschafft haben, gibt es heute immer noch sieben unbelehrbare Kantone, die scheinbar nur mit einer Bundeslösung genau dazu gebracht werden können. Dass dies wohl auf Basis einer Standesinitiative genau jenes Kantons geschehen wird, der – in krasser Verletzung der UNO-Kinderrechtskonvention – als einziger (und noch bis Ende 2020) sogar Kinder auf der schwarzen Liste aufführt, ist die nicht ganz überraschende Ironie der Geschichte.**

### **Ausgangslage und beantragte Neuregelung**

Das Schweizer Gesundheitswesen ist falsch und unsolidarisch finanziert. Während im europäischen Umland die Grundversicherung grösstenteils über einkommensabhängige Beiträge (Steuern oder Lohnbeiträge) finanziert ist, wird die Schweizer OKP zu über 80% durch Kopfprämien getragen. Darüber hinaus müssen die Haushalte weitere knapp 30% oder 22 Milliarden der gesamten Gesundheitsausgaben über Selbstzahlungen bzw. Kostenbeteiligungen direkt aus der eigenen Tasche bezahlen. Dieses System schafft somit beste Voraussetzungen dafür, dass Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen in die Zahlungsunfähigkeit getrieben werden. Und diese Feststellung gilt leider explizit trotz der parallel existierenden Prämienverbilligungen. Denn die Prämienverbilligungen werden erstens von den Kantonen seit Jahren fast überall gekürzt, sie werden zweitens immer mehr – und dies wider die gesetzliche Absicht – für Prämiererstattungen im Rahmen der Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe verwendet, und aus den Prämienverbilligungskrediten werden drittens immer mehr Mittel zur Finanzierung ebendieser Zahlungsausstände zweckentfremdet. Letzteres ist besonders paradox: Denn kürzt ein Kanton die individuellen Prämienverbilligungen, um aus dem gesamten, unveränderten Budgetposten die zunehmenden Aufwände für Zahlungsausstände zu finanzieren (so mehrfach geschehen), so schafft er damit ganz einfach die Voraussetzung für noch mehr Zahlungsausstände, d.h. er heizt einen Teufelskreis an, unter dem die betroffenen Versicherten entsprechend leiden.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass sich die Zahlungen der Kantone für ausstehende Forderungen innert sechs Jahren fast verdoppelt haben. Während diese im Jahr 2013 kumuliert 223 Millionen betragen, waren es gemäss neuester OKP-Statistik im Jahr 2019 bereits 392 Millionen. Stossend dabei ist auch die ungleiche Verteilung der finanziellen Last zwischen den Kantonen und den Versicherern. Denn wenn nach einem Betreibungsverfahren ein Verlustschein ausgestellt wird, erstattet der Kanton den Versicherern umgehend 85% der ausstehenden Forderungen. Treffen aber später noch Zahlungen ein, vergütet der Versicherer dem Kanton davon dennoch nur 50%. Die Versicherer profitieren heute finanziell also nicht nur von ihrer moralisch äusserst fragwürdigen Kompetenz, den Notfallbegriff nach ihrem eigenen Gutdünken auszulegen, sondern sie werden zusätzlich von den Kantonen für fast sämtliche Einkommensverluste bei Zahlungsausständen entschädigt. Darüber hinaus betreiben etliche Versicherer regelrecht ein Ge-

schäft mit den Zahlungsausständen ihrer Versicherten. Dies beispielsweise, indem sie jede verschickte Prämienrechnung einzeln in Betreuung setzen – was bei den Betreibungsämtern jeweils Kosten von zwischen 150 und 200 Franken verursacht – und darauf jeweils teure Gebühren "wegen Verzugsschaden" erheben. Bei einer durchschnittlichen Betreuungsdauer von zwei Jahren, sind dies viel gravierendere Probleme als die von der – dieser Vernehmlassung zugrunde liegenden – Thurgauer Standesinitiative aufgeworfene Frage der Inkassobewirtschaftung bei Ausstellung des Verlustscheins. Nach zwei Jahren ist bei diesen Versicherten in der Regel wirklich "nichts mehr zu holen", weshalb die betroffenen Personen vom Kanton vielmehr unterstützt und begleitet werden müssen und nicht durch eine Übertragung der Forderungen vom Versicherer an den Kanton weiter administrativ und finanziell drangsaliert werden sollen. **Der SGB lehnt deshalb die Forderung der Standesinitiative bzw. die von der Kommission vorgeschlagene Änderung von Art. 64a Abs. 5 (Inkassobewirtschaftung) ab. Richtig ist allerdings die von der Kommission in Art. 64a Abs. 2 vorgeschlagene Begrenzung der Anzahl Betreibungen pro Jahr. Der SGB fordert jedoch eine Begrenzung auf höchstens zwei Mal pro Jahr (und nicht, wie von der Kommission vorgeschlagen, höchstens vier Mal pro Jahr). Darüber hinaus – und dafür sind die Kantone zuständig – muss bei Lohnpfändungen die Krankenkassenprämie (sowie die Kostenbeteiligung) endlich überall ins Existenzminimum miteinbezogen werden. Heute ist dies vielerorts nicht der Fall, was die entsprechenden Prämienausstände praktisch automatisch herbeiführt.**

#### **Abschliessende Beurteilung**

- Die mit dieser Revision vorgeschlagene **Abschaffung der schwarzen Listen ist dringend nötig und wird vom SGB vehement unterstützt**. Der Minderheitsantrag, welcher lediglich eine einheitliche Definition des Begriffs der Notfallbehandlung vorsieht, ist hingegen absolut unzureichend und daher abzulehnen.
- Ebenfalls **unterstützt wird vom SGB die von der Kommission vorgeschlagenen Korrektur der Situation, dass Minderjährige für in der Vergangenheit akkumulierte Prämien-schulden aufkommen müssen**, sobald sie erwachsen werden. Diese unhaltbare Situation muss schnellstmöglich der Vergangenheit angehören.
- **Der SGB erachtet es jedoch nicht als zielführend, dass Verlustscheine bei entsprechend erhöhter Forderungsübernahme von den Versicherern an die Kantone übergeben können. Viel wichtiger ist eine Begrenzung der Anzahl Betreibungen auf höchstens zwei Mal pro Jahr, eine gesetzliche Deckelung der "Gebühren bei Verzugsschaden" auf ein Minimum sowie, seitens der Kantone bzw. Betreibungsämter, ein Einbezug der Krankenkassenprämien ins betreibungsrechtliche Existenzminimum.**
- **Sehr kritisch sieht der SGB auch die mit Art. 64a Abs. 7bis geplante Pflicht der Versicherer, Personen mit Zahlungsausständen in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu versichern**. Denn damit werden gegenüber den Versicherern neue Anreize geschaffen, die Leistungsäquivalenz dieser Modelle trotz gesetzlich identischer Pflichtleistungen de facto weiter abzubauen (analoge Verhaltensmuster waren bzw. sind bei der Jagd nach guten Risiken zu beobachten). Auch ist nicht ausgeschlossen, dass grosse Versicherer eigens für Versicherte mit Zahlungsausständen spezifische neue "Alternativmodelle" schaffen, in denen solche Fehlanreize noch stärker Wirkung entfalten könnten.

**Langfristig entscheidender und über die vorliegende Revision hinausgehend wäre aber,** dass die bürgerlichen Parteien endlich die gravierenden, und letztlich der öffentlichen Gesundheit abträglichen Auswirkungen der unsozialen Finanzierung der Schweizer Gesundheitsversorgung anerkennen und entsprechend mithelfen, diese Probleme an der Wurzel anzugehen. Die unmittelbar wirksamste Massnahme wäre eine Begrenzung der **Prämienlast auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens** eines Haushalts. Genau dies fordert die vom SGB mitgetragene Prämientlastungsinitiative, welche demnächst in die parlamentarische Beratung kommen wird.

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND**



Pierre-Yves Maillard  
Präsident  
Präsident



Reto Wyss  
Zentralsekretär  
Zentralsekretär