

**Anfrage Meile Katharina und Mit. über Verweigerung von medizinischen Leistungen (A 237)****Eröffnet: 17. Juni 2008 Gesundheits- und Sozialdepartement****Antwort Regierungsrat:**

## Einleitung

Gemäss Artikel 64a Absätze 2 und 3 KVG schiebt die Krankenkasse, sofern sie auf Grund nicht bezahlter Krankenkassenprämien und erfolgloser Mahnung im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt hat, die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betriebskosten vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt sie die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub. Bei uns ist dies die Ausgleichskasse Luzern. Zudem hat die Krankenkasse auch die zuständige Gemeinde zu informieren. Massgebend sind die ausstehenden Prämien, nicht die fehlende oder vorhandene Zahlungswilligkeit des Versicherten. Der Beweis der Zahlungsunfähigkeit ist erst erbracht, wenn nach erfolgter Betreuung ein Verlustschein vorliegt.

Das Gesundheits- und Sozialdepartement prüft zurzeit die Frage der Schaffung einer Liste, welche den Leistungserbringern über Personen Auskunft geben soll, bei welchen die Krankenkassen einen Leistungsaufschub verfügt haben. Damit sollen sie vor einer Behandlung feststellen können, ob bei der zu behandelnden Person Versicherungsschutz besteht oder nicht.

1. Wo liegt die Grenze zwischen zahlungsunwilligen Personen und Personen, denen keine Zahlungsunwilligkeit vorgeworfen wird?  
Weil die Frage der Zahlungswilligkeit zum Zeitpunkt des Verhängens des Leistungsaufschubs auf Grund der Bestimmungen des KVG noch ungeklärt ist, kann nicht zwischen Zahlungswilligen und Zahlungsunwilligen unterschieden werden. Im genannten Zusammenhang interessiert nur die Tatsache des Leistungsaufschubs.
2. Gemäss Zeitungsartikel werden Arztpraxen und Spitäler im Zusammenhang mit nichteinbezahlten Prämien „um Millionenbeträge“ betrogen. Worin besteht der Betrug?  
Der Betrug besteht darin, dass Leistungen bezogen werden, welche weder durch die Leistungsbezüger noch durch die Versicherungen bezahlt werden.
3. Wer wird auf diese schwarze Liste gesetzt? Wird diese nach den im KVG und der KVV definierten Kriterien für eine Leistungsstrierung geführt?  
Vorgesehen ist eine Liste, auf welcher Personen aufgeführt sind, bei denen die Versicherer einen Leistungsaufschub gemäss KVG verhängt haben.
4. Welche Behandlungen werden Personen, die auf dieser Liste figurieren, noch gewährt, und welche werden verweigert?  
Notfallbehandlungen müssen vorgenommen werden. Weitergehende Leistungen müssen nicht erbracht werden.
5. Wie beurteilt der Regierungsrat die Gesundheitsversorgung für diese Personen? Wie werden Auswirkungen der Unterversorgung eines Bevölkerungsanteils auf die Volksgesundheit beurteilt (ansteckende Krankheiten, Pandemien)? Wie wird verhindert, dass bei Per-

sonen in laufenden Therapien durch den Behandlungsstopp Folgekosten oder gar irreversible gesundheitliche Schäden entstehen?

Wir befürchten von einer solchen Massnahme keine namhaften Nachteile für die Gesellschaft. Im Individualbereich kann es durchaus unangenehme Situationen geben. Dabei ist zu beachten, dass jedem Leistungsaufschub ein relativ langer Prozess vorausgeht und dass jedermann Möglichkeiten hat, einem Leistungsaufschub auszuweichen, wenn er die Verantwortung für seine Gesundheit und für die Erfüllung seiner Pflichten als Versicherter, Patient und Bürger rechtzeitig wahrnimmt. Dazu zählen auch das Bezahlen der Krankenkassenprämien und / oder das Geltendmachen allfälliger Prämienverbilligungsbeiträge und nötigenfalls der rechtzeitige Gang zum Sozialamt.

6. Wer alles wird Einblick in diese Liste erhalten?  
Die Leistungserbringer sollen Einsicht in die Liste erhalten. Die datenschutzrechtlichen Fragen werden zurzeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialdepartement und dem Datenschutzbeauftragten geklärt.
7. Auf welcher rechtlichen Grundlage wird diese Liste erstellt?  
Auch diese Frage wird zurzeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialdepartement und dem Datenschutzbeauftragten geklärt
8. Das KVG kennt keine „schwarze Listen“ für Leistungserbringer, sondern lediglich das Recht der Versicherer, nach Stellen des Fortsetzungsbegehrens im Betreibungsverfahren die Leistungen aufzuschieben. Wäre es nicht Sache der Leistungserbringer, via Kostengutsprache gesuch beim Versicherer in Erfahrung zu bringen, ob ein Aufschub besteht? Die Variante des Einholens von Kostengutsprachen haben wir geprüft. Dabei mussten wir feststellen, dass dies ein relativ aufwändiges Verfahren ist.
9. Wer trägt die Verantwortung für die korrekte Führung der Liste? Wie kann garantiert werden, dass Personen nach Begleichung ihrer Prämien schulden sofort wieder von der Liste gestrichen werden? Wie können sich Personen rechtzeitig und wirksam wehren, die zu unrecht auf der Liste geführt werden? Wer haftet für Mängel in der Führung der Liste? Zwar sind im Moment noch nicht alle Detailfragen zur Führung der Liste geklärt. Allerdings kann bereits heute gesagt werden, dass gestützt auf § 17 Absatz 1 Datenschutzgesetz (SRL Nr. 38) jede Person vom Inhaber einer Datensammlung verlangen kann, dass unrichtige Personendaten über sie berichtigt werden. Wird also jemandem eine Behandlung verweigert, weil er auf der Liste steht, wird er die Möglichkeit haben, durch eine Kostengutsprache darzulegen, dass er zu unrecht auf die Liste gesetzt wurde und gleichzeitig wird er die Berichtigung der Liste verlangen können. Da Notfälle immer zu behandeln sind, dürfte es auch bei allfälligen Fehlern nicht zu haftungsrelevanten Fragestellungen kommen.
10. Wäre es statt einer „schwarzen Liste“ für die effektive Deckung der Krankheits- und Unfallkosten für die gesamte Bevölkerung nicht ratsamer, zu jener Regelung zurückzukehren, die bis Ende 2005 Gültigkeit hatte, wie dies die Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) fordert? Ist der Regierungsrat bereit, sich dafür einzusetzen? Unser Gesundheitsdirektor hat sich an vorderster Front beim Bund für die gesetzliche Lösung des Problems eingesetzt. Die „schwarze Liste“ ist eine Notlösung bis zur Umsetzung dieser Forderung. Personen, welche ihre Krankenkassenprämien zum wiederholten Male und trotz erfolglosen Mahnungen nicht bezahlen oder sich nicht um deren Bezahlung bemühen, verlieren den Anspruch auf Leistungen unseres Gesundheitssystems, ausgenommen Notfallbehandlungen.