

Verletzt das Erfassen säumiger Prämienzahlender auf «schwarzen Listen» Grundrechte?

SANDRA ACHERMANN

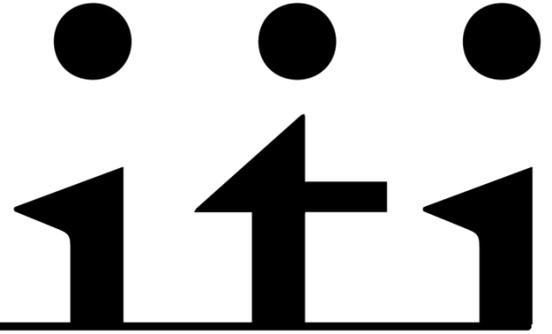
Zitiervorschlag

ACHERMANN, Verletzt das Erfassen säumiger Prämienzahlender auf «schwarzen Listen» Grundrechte?, in: cognitio 2018/1.

URL: cognitio-zeitschrift.ch/2018-1/Achermann

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.2592399>

ISSN: 2624-8417



Verletzt das Erfassen säumiger Prämienzahlender auf «schwarzen Listen» Grundrechte?

SANDRA ACHERMANN

Krankenversicherungen können Versicherte, die ihre Krankenkassenprämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen, auf «schwarze Listen» setzen (Art. 64a Abs. 7 KVG). Versicherte, die auf einer «schwarzen Liste» erfasst sind, erhalten damit faktisch nur noch medizinische Notfallbehandlungen. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit der Frage, ob diese Regelung grundrechtskonform ist. Des Weiteren analysiert die Autorin den Notfallbegriff und fordert eine neue Definition in Art. 64a KVG, die sich am Leistungskatalog der obligatorischen Krankenkasse orientieren soll.

Inhaltsübersicht

I. Einleitung	1
II. Einführung von Listen säumiger Prämienzahlender	2
A. Entstehung und Zielsetzung	2
B. Umsetzung in den Kantonen	3

1. Kanton Luzern	3
2. Kanton Schwyz	4
III. Das Recht auf Gesundheitsversorgung	4
A. Das Recht auf Leben (Art. 10 BV)	5
B. Die Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV)	5
C. Zwischenfazit	6
IV. Problemstellungen bei Listen säumiger Prämienzahlender	7
A. Die Definition des «Notfalls»	7
B. Die Interessenabwägung	8
C. Zwischenfazit	10
V. Ausblick: Nationalrätliche Beratung zum Notfallbegriff	10
VI. Schlussfolgerungen	10

I. Einleitung

Die obligatorische Krankenversicherung hat das Ziel eine gute Gesundheitsversorgung für sämtliche EinwohnerInnen der Schweiz sicherzustellen.¹ In den letzten Jahren sind die Krankenkassenprämien stetig gestiegen.² Dieser Anstieg bringt vor allem Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen

¹ AMSTUTZ KATHRIN, Das Grundrecht auf Existenzsicherung, Diss. Bern 2002, S. 240.

² Seit 1999 stiegen die Krankenkassenprämien in der Grundversicherung auf 221.8 Prozent der

damaligen Höhe. Bundesamt für Statistik, [Krankenversicherungsprämien-Index 2018 vom 23. November 2018](#) (besucht am 18. Februar 2019).

in Zahlungsschwierigkeiten.³ In der Folge sammelten sich unbezahlte Prämien bei den Leistungserbringern an.⁴

Um unbezahlte Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen zu vermeiden, strebte der Gesetzgeber 2010 eine Änderung des KVG an.⁵ In Art. 64a Abs. 4 KVG wurden die Kantone verpflichtet, jeweils 85 % der unbezahlten Prämien zu übernehmen. Die Änderung des KVG ermöglichte es gleichzeitig, sog. «schwarze Listen» einzuführen. Auf diesen Listen können die Kantone nach Art. 64a Abs. 7 KVG die erfolglos betriebenen Versicherten aufführen. Die Betroffenen bleiben solange auf der Liste, bis sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen bezahlt haben.

Wenn eine versicherte Person auf einer «schwarzen Liste» aufgeführt ist, übernehmen Krankenversicherungen für diese Person lediglich die Kosten einer Notfallbehandlung. Diese eingeschränkte Kostenübernahme führt faktisch zu einer Leistungssistierung, da Leistungserbringer nur noch die bezahlten Notfallbehandlungen durchführen.

Acht Jahre nach der Änderung des Art. 64a KVG erhielten die «schwarzen Listen» unerwartete mediale Aufmerksamkeit: Im April 2018 berichtete die Sonntagszeitung, dass in Graubünden ein Mann an den Folgen seiner AIDS-Erkrankung starb, weil die Krankenkasse sich weigerte, die Kosten seiner Medikamente zu übernehmen.⁶ Die Krankenkasse stütze diese Weigerung auf die Tatsache, dass der Name des Mannes auf der kantonalen «schwarzen Liste» aufgeführt war.⁷ Als Folge dieser Berichterstattung gerieten die

«schwarzen Listen» in der Öffentlichkeit stark unter Beschuss.⁸

Aus juristischer Sicht stellt sich die Frage, ob eine Sistierung der Vergütung von medizinischen Leistungen mit dem Recht auf Leben nach Art. 10 BV bzw. dem Recht auf Hilfe in Notlagen nach Art. 12 BV vereinbar ist. Dieser Artikel geht im Folgenden auf diese Fragen ein und sucht nach möglichen Lösungen für diese Problematik.

II. Einführung von Listen säumiger Prämienzahlender

Für das Verständnis der Schwarzen-Listen-Regelung in Art. 64a Abs. 7 KVG ist es sinnvoll und erforderlich, die im Parlament diskutierte Zielsetzung der Regelung zu erläutern. Nachfolgend wird deshalb zunächst auf die Ausgangslage und Debatte im Parlament und sodann auf die konkrete Umsetzung in den Kantonen eingegangen.

A. Entstehung und Zielsetzung

Die Diskussion im Parlament basierte auf dem Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (GSK-NR).⁹ Dieser sah vor, dass der Kanton nach der Ausstellung eines Verlustscheins jeweils 85 % des ausstehenden Betrags (Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen) übernehmen soll.¹⁰ Die medizinischen Leistungen sollen jedoch weiterhin erbracht werden.¹¹ Der Stände- und später auch der Nationalrat beschlossen aber eine Verschärfung, indem die Versicherten mit einer Leistungssistierung sanktioniert wer-

³ SCHUWEY CLAUDIA/KNÖPFEL CARLO, Neues Handbuch Armut in der Schweiz, Luzern 2014, S. 116.

⁴ Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (GSK-NR) zur parlamentarischen Initiative Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien vom 28. August 2009, BBl 2009 6618 ff., S. 6618.

⁵ Ders., a.a.O.

⁶ DOMINIK BALMER, Kantone nehmen mit schwarzen Listen Todesfälle in Kauf, in: Sonntagszeitung vom 29. April 2018 (Nr. 17), S. 1.

⁷ DERS., a.a.O.

⁸ Beispielsweise: Bezugnahme auf diesen Fall in [Motion Reusser Christina und Mit. über die Abschaffung der Liste säumiger Prämienzahlender M 62 vom 3. November 2015](#), S. 1 f. (besucht am 18. Februar 2019).

⁹ Bericht GSK-NR (Fn. 4), S. 6618.

¹⁰ Ders., S. 6621.

¹¹ Ders., S. 6618.

den, wenn der jeweilige Kanton dies im entsprechenden kantonalen Gesetz festlegt.¹² Bereits in der parlamentarischen Diskussion wurde von verschiedenen Votanten darauf hingewiesen, dass hiermit das Recht auf Gesundheitsversorgung – und damit ein Grundrecht¹³ – verletzt werden könnte und das Versicherungsobligatorium in Frage gestellt wird.¹⁴

Der Grund für die gesetzliche Einführung der «schwarzen Listen» war der Umstand, dass immer mehr Personen ihre Prämien nicht bezahlen, obwohl sie faktisch in der Lage wären.¹⁵ So definiert Ständerat Philipp Stähelin die säumigen Prämienzahlenden als Personen, die «ihrer Zahlungspflicht wirtschaftlich zwar tatsächlich nachkommen [könnten], ihr aber aus anderen Gründen nicht [nachkommen]». ¹⁶ Genau genommen, meinte er damit Versicherte, welche nicht von der Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen leben und damit ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung haben, um die Krankenkassenprämien zu bezahlen.¹⁷ Das Ziel der Gesetzesänderung war, die Möglichkeit zu schaffen, Druck auf die säumigen Prämienzahlenden auszuüben.¹⁸

B. Umsetzung in den Kantonen

Seit der Ermöglichung der Listen säumiger Prämienzahlenden im Jahre 2010 haben neun Kantone davon Gebrauch gemacht.¹⁹

Einige Kantone haben die Führung «schwarzer Listen» hingegen explizit abgelehnt.²⁰

Nachfolgend werden zwei Fallbeispiele herausgegriffen, um die Argumente für und gegen eine solche Liste zu analysieren. Das Beispiel Luzern wurde gewählt, da eine Motion die Abschaffung verlangte, die Regierung aber dennoch eine Begründung zur Beibehaltung der Liste abgab.²¹ Als Vergleichskanton wurde der Kanton Schwyz herangezogen, da dieser eine umfassende parlamentarische Diskussion über die Liste geführt hat, darin auf die Entscheidungen anderer Kantone abstellt und dadurch auf Erfahrungswerte zurückgreifen konnte.²²

1. Kanton Luzern

Die Liste von säumigen Prämienzahlenden wurde im Kanton Luzern aufgrund einer Motion²³ im Oktober 2012 eingeführt.²⁴ Nach einer erfolglosen Betreuung der säumigen Versicherten²⁵ melden die Versicherer nach § 5 EG-KVG-LU die Namen der Betroffenen an den Kanton. Der Kanton wird nach Art. 64a Abs. 4 KVG verpflichtet, 85 % der offenen Prämienforderung zu übernehmen. Der Kanton erfasst die säumigen Prämienzahlenden auf einer Liste, und die Versicherer verfügen in der Folge einen

¹² Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, Amtl. Bull. NR 2009, S. 1239 f.

¹³ Siehe [III. Das Recht auf Gesundheitsversorgung](#), S. 4 f.

¹⁴ Votum Prelicz-Huber Katharina, Amtl. Bull. NR 2009 S. 1785; Votum Rechsteiner Paul, Amtl. Bull. NR 2009, S. 1786.

¹⁵ Votum Bortoluzzi Toni, Amtl. Bull. NR 2009, S. 1786.

¹⁶ Votum Stähelin, Amtl. Bull. SR 2009, S. 1238.

¹⁷ DERS., a.a.O.

¹⁸ Votum Cassis Ignazio, Amtl. Bull. NR 2010, S. 48.

¹⁹ Die Kantone Aargau, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Thurgau und Zug haben eine solche Liste eingeführt. Vgl. ASCHWANDEN ERICH, Krankenkassenprämien: Schwarze Listen lassen schwarze

Schafe kalt, Neue Zürcher Zeitung, (Nr. 68), 22. März 2018, S. 15.

²⁰ Bspw. der Kanton Schwyz hat von einer Liste säumiger Prämienzahlender abgesehen. Vgl. DERS., a.a.O.; siehe auch: [II.B.2. Kanton Schwyz](#), S. 4.

²¹ Motion Reusser (Fn. 8), S. 1 ff.

²² Verhandlungsprotokoll Kantonsrat Schwyz vom 28. März 2012, S. 1680 ff.

²³ [Motion Odoni Romy und Mit. über die Einführung einer Liste von säumigen Prämienzahlenden M 717 vom 13. September 2010](#), S. 1 ff. (beseht am 18. Februar 2019).

²⁴ § 5a EG-KVG-LU, SRL Nr. 865a; Luzerner Kantonsblatt 2012, S. 1606.

²⁵ Entgegen dem Titel von §5a EG-KVG-LU «säumige Prämienzahler» unterliegen auch Personen der Regelung, welche Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreuungskosten ausstehend haben.

Leistungsaufschub.²⁶ Ist ein Prämienzahler auf einer Liste aufgeführt und besteht eine Leistungssistierung, so können die Leistungserbringer nach § 6 Abs. 6 EG-KVG-LU ihre Leistungen auf Notfallbehandlungen beschränken. Damit soll nach dem Wortlaut der Motion ein Ausnutzen der öffentlichen Hand verhindert werden sowie die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt und eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen erreicht werden.²⁷

Die Luzerner Liste säumiger Prämienzahler wurde 2015 durch eine weitere Motion²⁸ erneut in Frage gestellt, da der administrative Aufwand sehr gross sowie die gesundheitlichen und finanziellen Folgeschäden kostspielig seien.²⁹ Der Regierungsrat von Luzern hielt in seiner Antwort jedoch an dieser Listenlösung fest und verneinte negative Auswirkungen auf die Bevölkerung.³⁰ Zudem betonte die Kantonsregierung die Präventivwirkung der Liste.³¹

2. Kanton Schwyz

Im Kanton Schwyz wurde die Listenlösung am 28. März 2012 im Kantonsrat beraten und – wie von der kantonalen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit beantragt – abgelehnt.³² Die Gründe dafür waren in erster Linie die fehlende Ersparnis für die Staatskasse³³ sowie Bedenken über die Wirkung in der Praxis; namentlich wurde erwähnt, dass nach erfolglosen Massnahmen gemäss SchKG nicht mehr von simpler Zahlungsunwilligkeit gesprochen werden kann, da der Verlustschein erst nach der Pfändung von Vermögen oder Einkommen ausgestellt

wird.³⁴ Weiter bemängelten Redner die faktische Schwierigkeit für Ärztinnen und Ärzte, in jedem Fall zu wissen, ob ein Leistungsstopp verfügt wurde oder nicht und diese somit dennoch auf den Kosten für die Behandlung «sitzenbleiben»,³⁵ während die Krankenkassen durch die öffentliche Hand entschädigt werden.³⁶ Die Seite der Befürworter führte die Argumente der sinkenden Gesundheitskosten (sowohl für die Bevölkerung als auch die Kantonsfinanzen) durch Leistungssistierung³⁷ und des wirkungslosen Betreibungsverfahrens³⁸ ins Feld. Auch der ökonomische und emotionale Druck auf die Personen, welche eine Leistungssistierung erhalten, war ein Thema in der Beratung.³⁹ Dieses Argument konnte das Parlament aber nicht überzeugen. Die Bedenken zu der Kostendeckung durch die Leistungserbringer waren m. E. ausschlaggebend für den Entscheid des Kantonsrates.

III. Das Recht auf Gesundheitsversorgung

In Hinblick auf die «schwarzen Listen» säumiger Prämienzahler stellt sich die Frage, ob ein Recht auf Gesundheitsversorgung in der Schweiz überhaupt besteht und wenn ja, in welchem Rahmen ein solches verstanden werden kann. Aufgrund der vielseitigen Krankheitsbilder und der Folgen bei Nichtbehandlung können verschiedene Artikel der Bundesverfassung zum Tragen kommen.

In der Bundesverfassung kommt das Anrecht auf Gesundheitsversorgung in Art. 41 Abs. 1 lit. b BV explizit zum Ausdruck. Da es sich bei diesem Artikel jedoch um einen

²⁶ § 5a Abs. 3 EG-KVG-LU i.V.m. Art. 64a Abs. 7 KVG.

²⁷ Motion Odoni Romy (Fn. 23), S. 1 f.

²⁸ Motion Reusser (Fn. 8), S. 1 ff.

²⁹ Dies., S. 1.

³⁰ Stellungnahme des Regierungsrats Luzern zu Motion Reusser Christina (M 62) (https://www.lu.ch/downloads/lu/kr/vorstoesse/2007-2011/m_717_antwort.pdf, besucht am 26. September 2018), S. 4.

³¹ Stellungnahme RR-LU (Fn. 30), S. 5.

³² Protokoll KR-SZ (Fn. 22), S. 1688.

³³ Votum Rast Hanspeter, Protokoll KR-SZ, S. 1681.

³⁴ DERS., Protokoll KR-SZ, S. 1686.

³⁵ Votum Räber Christoph, Protokoll KR-SZ, S. 1687; Votum Rast Hanspeter (Fn. 33), S. 1681.

³⁶ Votum Schuler Pius, Protokoll KR-SZ, S. 1685.

³⁷ Votum Moser Monika, Protokoll KR-SZ, S. 1686.

³⁸ Votum André Rügsegger, Protokoll KR-SZ, S. 1687.

³⁹ Votum Moser Monika (Fn. 37), S. 1686; Votum Räber Christoph (Fn. 35), S. 1681.

Programmartikel ohne eigene Justiziabilität handelt, kann der Einzelne daraus keinen Rechtsanspruch auf medizinische Behandlung ableiten.⁴⁰ Es handelt sich dabei um eine rein an den Gesetzgeber gerichtete moralische Verpflichtung, diesen Punkt beim Erlass neuer Gesetze zu beachten.⁴¹ Dieser Artikel erörtert zwei justiziable Artikel der Bundesverfassung: Art. 10 BV in Bezug auf die körperlichen Auswirkungen und Art. 12 BV in Bezug auf die finanziellen Fragen des Themas.

A. Das Recht auf Leben (Art. 10 BV)

In Art. 10 BV wird der Schutz der körperlichen Integrität und des Lebens verankert. In erster Linie handelt es sich bei Art. 10 BV um ein Abwehrrecht, aber auch positive Leistungsansprüche wurden durch die Lehre daraus abgeleitet.⁴² Die wohl herrschende Lehre geht von einem Anspruch auf medizinische Notfallbehandlung aus.⁴³ Dabei wird vor allem der Gesetzgeber, aber auch die rechtsanwendenden Behörden, in die Verantwortung genommen.⁴⁴ Ein solcher Anspruch kann jedoch nur subsidiär zu anderen Ansprüchen zum Tragen kommen.⁴⁵ Insbesondere überlagert Art. 12 BV diesen Anspruch und wird im Folgenden behandelt.⁴⁶

B. Die Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV)

In Bezug auf die staatliche Leistung kann bei der Gesundheitsversorgung auch Art. 12 BV hinzugezogen werden, da es sich hier – im Gegensatz zu den Programmartikeln von Art. 41 BV – um ein justiziables Grundrecht handelt.⁴⁷

Dieses Anrecht kann in zwei Teilaspekte aufgeschlüsselt werden: zum einen der Anspruch auf grundlegende medizinische Leistungen (im Sinne von Zurverfügungstellung von Infrastruktur, z.B. Spitälern)⁴⁸ und zum anderen der hier interessierende Anspruch auf Finanzierung grundlegender medizinischer Leistungen.⁴⁹ Ohne eine solche finanzielle Unterstützung ergibt sich ein faktischer Ausschluss von der Zugangsgarantie, da die Finanzierung selbst erbracht werden müsste.⁵⁰

Der Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats hielt fest, dass durch Leistungsstärkungen das Versicherungsobligatorium in Frage gestellt wird und die Betroffenen keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr erhalten.⁵¹ Der Art. 64a Abs. 7 KVG garantiert jedoch die medizinische Behandlung bei Notfällen. Dabei stellt sich die Frage, ob die Notfallbehandlung in diesem Sinne dem Schutzbereich von Art. 12 BV entspricht.

⁴⁰ PFIFFNER RAUBER BRIGITTE, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Diss., Zürich/Basel/Genf 2003, S. 6.

⁴¹ DIES., S. 7.

⁴² BIAGGINI GIOVANNI, BV Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2017, S. 177; KIENER REGINA/KÄLIN WALTER/WYTTENBACH JUDITH, Grundrechte, 3. Aufl., Bern 2018, S. 138.

⁴³ GÄCHTER THOMAS/RÜTSCHKE BERNHARD, Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, Basel 2018, Rz 165 i.V.m. Rz 169; SCHWEIZER RAINER J., in: Ehrenzeller Bernhard/Schindler Benjamin/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A. (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung St. Galler Kommentar, (SGK), 3. Aufl., Zürich/St.Gallen/Basel/Genf 2014, N 27 zu Art. 10; PFIFFNER RAUBER (Fn. 40), S. 18; TSCHENTSCHER AXEL, in: Waldmann Bernhard/Belser Eva Maria/Epiney Astrid (Hrsg.), Bundesverfassung, Basler Kommentar, Basel 2015, N 17 zu Art. 10.

⁴⁴ BIAGGINI (Fn. 42), S. 177; KIENER/KÄLIN/WYTTENBACH (Fn. 42), S. 138 f.

⁴⁵ TSCHENTSCHER (Fn. 43), N 17 zu Art. 10.

⁴⁶ DERS., a.a.O.

⁴⁷ KIENER/KÄLIN/WYTTENBACH (Fn. 42), S. 485; MÜLLER LUCIEN, in: Ehrenzeller Bernhard/Schindler Benjamin/Schweizer Rainer J./Vallender Klaus A. (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung St. Galler Kommentar, (SGK), 3. Aufl., Zürich/St.Gallen/Basel/Genf 2014, N 5 zu Art. 12.

⁴⁸ COULLERY PASCAL, Der Grundrechtsanspruch auf medizinische Leistungen: ein verfassungsrechtlicher Diskussionsbeitrag zur Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen, in: Aktuelle Juristische Praxis 2001, S. 632, 634.

⁴⁹ DERS., S. 635.

⁵⁰ DERS., a.a.O.; GÄCHTER/RÜTSCHKE (Fn. 43), Rz. 141.

⁵¹ Bericht GSK-NR (Fn. 4), S. 6619.

Über die genaue Tragweite der Ansprüche, welche nach Art. 12 BV geltend gemacht werden können, ist sich die Lehre nicht einig.

Unbestritten ist hingegen das Recht auf Hilfe in Notlagen, welches eine gewisse Grundsicherung garantiert und nur eine minimale Hilfe gewährleistet.⁵² Am weitesten geht hier COULLERY, welcher beim Begriff der Krankheit selbst ansetzt und sämtliche Behandlungen als Schutzbereich der grundlegenden medizinischen Versorgung ansieht.⁵³ Restriktiver definiert AMSTUTZ den Anspruch, welche es als entscheidend sieht, «ob eine Massnahme für die Erhaltung des Lebens und die Abwehr drohender ernsthafter Gesundheitsschäden sowie die Vermeidung von unzumutbarem Leiden aus medizinischer Sicht als unerlässlich einzustufen ist».⁵⁴ Auch diese Definition unterliegt wiederum der Interpretation. Als Orientierungspunkt dient, «was die jeweilige Gesellschaft für existenznotwendig und menschenwürdig erachtet».⁵⁵ In einem Land, welches ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung und ein Versicherungsobligatorium kennt, stellt wohl der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung diesen Referenzwert dar.⁵⁶ Art. 12 BV verankert in diesem Sinne das unterste Auffangnetz der sozialen Sicherheit, welches subsidiär zur Sozialhilfe und zu den Sozialversicherungen zum Zuge kommt.⁵⁷

Im hier interessierenden Fall der «schwarzen Liste» käme dieser Artikel v.a. bei Personen

zur Anwendung, welche aufgrund des Leistungsaufschubs keinen Anspruch gegenüber der Sozialversicherung haben und die Voraussetzungen des Sozialhilfebezugs nicht erfüllen.⁵⁸

C. Zwischenfazit

Ein eigentlicher Anspruch auf Leistungen der Grundversicherung ist in der BV nicht ausdrücklich enthalten. Jedoch bestehen Grundrechte, welche eine minimale Garantie des Staates begründen, die Gesundheit der Personen auf dem Staatsgebiet zu schützen.⁵⁹ Als Orientierungspunkt für diese Grundversorgung sollte insbesondere der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung dienen, da dieser als Mindeststandard einer Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung konzipiert wurde.⁶⁰ So nannte der Bundesrat in der Botschaft zur Revision der Krankenversicherung die Krankenversicherung «die wichtigste Grundlage für den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen».⁶¹ Als zentraler Beweggrund für die damalige Revision galt die Stärkung der Solidarität.⁶² Die Freiwilligkeit der Versicherungsunterstellung stellte einen Grund für die mangelnde Solidarität dar, insbesondere, da vor allem Personen sich nicht versicherten, welche sich die Prämien nicht leisten konnten.⁶³ Durch das Versicherungsobligatorium sollte daher eine verstärkte Solidarität zwischen Reich und Arm resultieren.⁶⁴ Gleichzeitig besteht ein verbindlicher Katalog an Leistungen, welche die Krankenkassen übernehmen müssen.⁶⁵ Nach der hier vertretenen Auffassung stellt dieser

⁵² GÄCHTER/RÜTSCHKE (Fn. 43), Rz. 169; MÜLLER (Fn. 47), N 27 zu Art. 12.

⁵³ COULLERY (Fn. 48) S. 633.

⁵⁴ AMSTUTZ (Fn. 1), S. 244.

⁵⁵ GÄCHTER THOMAS in: Zäch Roger/Breining-Kaufmann Christine/Breitschmid Peter/Ernst Wolfgang/Oberhammer Paul/Portmann Wolfgang/Thier Andreas (Hrsg.), Individuum und Verband, Festgabe zum Schweizerischen Juristentag 2006, Grenzen der Solidarität? – Individuelle Ansprüche auf medizinische Leistungen gegenüber der Rechts- und Versicherungsgemeinschaft, Zürich/Basel/Genf 2006, S. 482.

⁵⁶ DERS., S. 483.

⁵⁷ GÄCHTER THOMAS/WERDER GREGORI, in: Waldmann Bernhard/Belser Eva Maria/Epiney

Astrid (Hrsg.), Bundesverfassung – Basler Kommentar, Basel 2015, Rz. 8 zu Art. 12 BV.

⁵⁸ Vgl. Votum Prelicz-Huber Katharina, Amtl. Bull. NR 2010 S. 48 f.

⁵⁹ SCHWEIZER (Fn. 43), N 27 zu Art. 10; COULLERY (Fn. 48) S. 632–633.

⁶⁰ GÄCHTER (Fn. 55), S. 483.

⁶¹ Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93, S. 98.

⁶² Dies., S. 95.

⁶³ Dies., S. 104.

⁶⁴ Dies., S. 125 f.

⁶⁵ Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31).

mit einem Obligatorium kombinierte Leistungskatalog einen gesellschaftlichen Mindeststandard an Gesundheitsversorgung dar, da grundsätzlich alle in der Schweiz lebenden Personen versichert sind. Der Charakter der «Volksversicherung», den die obligatorische Krankenversicherung besitzt, rechtfertigt es, dass der Leistungskatalog als Orientierungspunkt für den Grundanspruch auf medizinische Versorgung gilt. Eine Beschränkung auf reine Notfallbehandlungen stellt in diesem Sinne einen faktischen Ausschluss aus der Versicherung dar, die jedoch grundsätzlich alle Personen erfassen soll. Sie ist daher nicht mit einer grundrechtskonformen Auslegung von Art. 10 und 12 BV zu vereinbaren.⁶⁶ Ein Grundrecht auf Gesundheitsversorgung ist somit zu bejahen.

IV. Problemstellungen bei Listen säumiger Prämienzahlender

Einer der Grundpfeiler des schweizerischen Sozialversicherungssystems ist die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken in Form des Versicherungsobligatoriums.⁶⁷ Durch den Leistungsaufschub bei säumigen Zahlern wird dieses Obligatorium in Frage gestellt.⁶⁸ Im Folgenden werden zwei Aspekte genauer beleuchtet, und zwar der Begriff des Notfalls sowie die Interessenabwägung zwischen den relevanten Akteuren.

A. Die Definition des «Notfalls»

Nach Art. 64a KVG werden bei Prämienzahlenden auf einer «schwarzen Liste» nicht sämtliche krankenversicherungsrechtliche Vergütungen ausgeschlossen. Die Kosten für Notfallbehandlungen werden weiterhin

durch die Krankenkassen übernommen. Die medizinische Definition des Notfalls ist ein «akuter, lebensbedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktionen od. Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung inf. Trauma, akuter Erkr. od. Vergiftung»⁶⁹. Wird auf diese Definition abgestellt, werden nicht nur pathologische Zustände ausgeschlossen, welche schmerzhaft, aber nicht lebensbedrohlich sind,⁷⁰ sondern auch Zustände, welche langsam zu bedrohlichen Situationen führen können. Denkbar sind beispielsweise Krebs, HIV oder Schwangerschaft.⁷¹ Hinzu kommt, dass nicht nur die ärztliche Einschätzung des Notfallbegriffs herangezogen wird; auch die Krankenkassen treffen eigene Einschätzungen und können dabei zu anderen Schlussfolgerungen kommen.⁷² Der juristische Notfallbegriff knüpft hingegen in erster Linie an die zeitliche Dringlichkeit eines Eingriffes an und nicht an die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des/der PatientIn.⁷³ Die ärztliche Beistandspflicht des medizinischen Personals stützt sich ebenfalls auf dieses Begriffsverständnis.⁷⁴ Der medizinische und juristische Sprachgebrauch überschneiden sich, benutzen den Begriff des Notfalls aber unterschiedlich.

Verschiedene Medienberichte zeigen auf, was für Konsequenzen dadurch entstehen können.⁷⁵ Beispielsweise bestätigte der Sprecher der ÖKK gegenüber der «SonntagsZeitung», dass bei HIV-Erkrankungen die Medikamente nicht mehr übernommen werden, wenn die Betroffenen auf der «schwarzen Liste» landen.⁷⁶ Auch Geburten, Krebserkrankungen oder Nachsorge von Notfällen (z.B. halbseitiger Lähmung nach Hirnschlag)

⁶⁶ COULLERY (Fn. 48), S. 636.

⁶⁷ GÄCHTER/RÜTSCHKE, (Fn. 43), Rz. 977 ff.

⁶⁸ DIES., Rz. 1034; Votum Hassler Hansjörg, Aml. Bull. NR 2009, S. 1785.

⁶⁹ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., Berlin 2007, S. 1361.

⁷⁰ GÄCHTER (Fn. 55), S. 482.

⁷¹ KÜNG MATHIAS, «Aufwand und Nutzen stehen in keinem Verhältnis», Badener Tagblatt, Nr. 045, 23. Februar 2018, S. 24.

⁷² Fallbeispiel Aargau: KÜNG MATHIAS, Spital bleibt auf der Rechnung sitzen, Badener Tagblatt, Nr. 045, 23. Februar 2018, S. 24; Motion Reusser (Fn. 8), S. 1.

⁷³ PICECCHI DARIO, Entscheidbesprechung zu BGE 6B_730/2017, in: Aktuelle Juristische Praxis 6/2018, S. 758.

⁷⁴ Vgl. Urteil des St. Galler Versicherungsgerichts vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5 E. 3.3.2.

⁷⁵ Beispielsweise: BALMER (Fn. 6), S. 1 ff; KÜNG (Fn. 71 und 72), S. 24; ASCHWANDEN (Fn. 19), S. 15.

⁷⁶ BALMER (Fn. 6), S. 1.

gelten nicht mehr als Notfälle und werden demzufolge nicht von den Krankenkassen gedeckt.⁷⁷

Auch das Versicherungsgericht St. Gallen kam im Urteil KSCHG 2017/5 vom 26. April 2018 zum Schluss, dass die Begriffsdefinition zu restriktiv ausgelegt werde und nicht mit dem Begriff des medizinischen Notfalls gleichgesetzt werden dürfe.⁷⁸ Stattdessen sollte an der Beistandspflicht des Medizinalpersonals nach Art. 40 lit. g des Medizinalberufegesetzes (MedBG) vom 23. Juni 2006 angeknüpft werden.⁷⁹ Diese Beistandspflicht geht weiter als der medizinische Notfallbegriff und umfasst alle «dringenden» Fälle, unabhängig von der Lebensgefährdung des Patienten/der Patientin.⁸⁰

B. Die Interessenabwägung

Nach der in [Kapitel III.](#) erfolgten Argumentation lässt sich das Recht auf Gesundheitsversorgung als Grundrecht verstehen.⁸¹ Für einen rechtmässigen Eingriff müssen die Voraussetzungen nach Art. 36 BV geprüft werden.⁸²

Die Leistungssistierung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der Betroffenen dar, welcher einer formell-gesetzlichen Grundlage bedarf.⁸³ Eine gesetzliche Grundlage besteht mit Art. 64a KVG zweifellos, da es sich dabei um ein Bundesgesetz im formellen Sinn handelt.

Im Weiteren muss die gesetzliche Grundlage eine genügende Normdichte aufweisen und somit klar und eindeutig formuliert sein.⁸⁴ Im Bundesgesetz ist zwar keine abschliessende Definition des Notfallbegriffs enthalten, der Gesetzgeber hatte jedoch in der Beratung festgehalten, dass allein der Arzt/die Ärztin über das Vorliegen einer Notfallbehandlung entscheiden soll.⁸⁵ Wie oben unter

[IV.A.](#) aufgezeigt, gibt es erhebliche Unterschiede zwischen der medizinischen und der juristischen Definition eines Notfalls. In der Anwendung führt dies zu Problemen, da auch die Krankenkassen Abklärungen über das Bestehen eines Notfalls vornehmen, welche zu einem anderen Resultat kommen können als die behandelnden Ärztinnen.⁸⁶ Die Normdichte ist damit nicht gegeben, weil unklar bleibt, welche Definition massgebend ist.

Selbst wenn eine genügende Normdichte bejaht wird, stellen sich weitere Probleme bei der Interessenabwägung: Um eine Abwägung der Interessen vorzunehmen müssen zunächst die beteiligten Gruppen eruiert werden. Bei den relevanten Interessengruppen lassen sich im Grunde fünf Gruppen unterscheiden:

- die säumigen Prämienzahlenden (Interesse an fortgesetzter Gesundheitsversorgung),
- die Krankenkassen (Interesse an finanzieller Entlastung und Druckmittel gegen säumige Prämienzahlende),
- die Kantone (finanzielle Interessen, insbes. Verhinderung, dass Personen offene Prämienrechnungen haben),
- die übrigen Prämienzahlenden (finanzielle Interessen an geringen Prämien und guter Zahlungsmoral der anderen Versicherten) und
- die Leistungserbringer (finanzielles Interesse an Deckung ihrer Leistungen).

Die Interessen der Versicherten auf den «schwarzen Listen» sowie der Krankenkasse können als relevanteste Interessen bezeichnet werden. Die säumigen Prämienzahlenden haben nach der Listenerfassung keinen

⁷⁷ KÜNG (Fn. 71), S. 24.

⁷⁸ Urteil des St. Galler Versicherungsgerichts vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5, E. 3.3.3.

⁷⁹ Dass., a.a.O.

⁸⁰ Dass., E. 3.3.2; so auch PICECCHI (Fn. 73), S. 758.

⁸¹ Siehe oben; [III.C. Zwischenfazit](#), S. 6.

⁸² Anstelle vieler: KIENER/KÄLIN/WYTTENBACH (Fn. 42), S. 88.

⁸³ DIES., S. 96 ff.

⁸⁴ DIES., S. 102.

⁸⁵ Votum Weibel Thomas, Amtl. Bull. NR 2010, S. 47.

⁸⁶ KÜNG (Fn. 71), S. 24.

Anspruch mehr auf weitergehende Leistungen, die nicht als Notfall vorgenommen werden. Gleichzeitig müssen die Krankenkassen keine Leistungsvergütungen mehr sprechen, wenn kein Notfall vorliegt. Sie haben ein grosses finanzielles Interesse. Die Interessen der anderen Versicherten werden nur indirekt von der Listenführung bzw. der Leistungssistierung betroffen. Die Interessen der Leistungserbringer decken sich grundsätzlich mit denen der Versicherten, jedoch sind sie nicht in ihren Grundrechten verletzt und werden daher im Rahmen dieses Artikels nicht separat geprüft. Die Kantone haben ein Interesse an der Listenführung, da sie so ebenfalls indirekt von der Leistungssistierung profitieren. Sie müssen schliesslich die offenen Prämien bzw. Kostenbeteiligungen übernehmen. Das finanzielle Interesse der Kantone an der Listenführung ist daher übereinstimmend mit dem Interesse der Krankenkassen.

Mit Blick auf die Definition des Notfalls zeigt sich eine entgegenstehende Interessenlage. Der Kanton profitiert finanziell von einer breiten Auslegung des Notfallbegriffs, da er dann die Kosten nicht tragen muss. Die Krankenkassen profitieren von einer engen Auslegung, da sie dann nur wenige Behandlungen übernehmen müssen.⁸⁷

Beim Punkt der Eignung des Eingriffs gilt alles als geeignet, was nicht ungeeignet – also ohne Wirkung auf das angestrebte Ziel – ist.⁸⁸ Bei einer Leistungssistierung ist es zumindest denkbar, dass sie in Einzelfällen zum Erreichen einer höheren Zahlungsrate führen kann, da gravierende Konsequenzen durch eine Betreibung entstehen und betroffene Personen eher dazu bereit sind, in

anderen Bereichen keine Ausgaben zu tätigen.

Im Weiteren stellt sich die Frage, ob der Eingriff auch erforderlich ist. Im Ständerat wurde während der Debatte festgehalten, dass der Initiant Stähelin davon ausgeht, dass die Mittel des Betreibungsverfahrens nicht ausreichen würden, um die Prämienzahlenden zum Bezahlen anzuhalten.⁸⁹ Festgehalten werden kann jedoch: Im Falle der Regelung nach Art. 64a KVG wird für eine spezifische Art von Geldforderungen (nämlich Krankenkassenprämien) eine neue Kategorie von Schuldbetreibung erschaffen.⁹⁰ Im Übrigen bleibt offen, ob die heutigen Mittel der Schuldbetreibung tatsächlich nicht ausreichen.⁹¹ Die Schuldbetreibung nach SchKG umfasst verschiedene Massnahmen, um die Gläubigerforderung zu befriedigen. Insbesondere trifft den Schuldner eine Pflicht zur umfassenden Auskunft über sämtliche Vermögensgegenstände, deren Missachtung nach Art. 323 StGB strafbar ist.⁹² Es besteht mit den Instrumenten des SchKG also bereits im geltenden Recht eine Durchsetzungsmöglichkeit, welche ohne eine Leistungssistierung auskommt. Die Erforderlichkeit des Eingriffs in das Grundrecht der Gesundheitsversorgung ist somit zu verneinen.

Die Verhältnismässigkeit im engeren Sinne ist der wichtigste Punkt im Zusammenhang mit der Interessenabwägung. Das Kantonsgericht Luzern hat es in LGVE 2016 III Nr. 3 offengelassen, ob der ausstehende Betrag von 30 CHF für einen Eintrag auf der Liste mit dem Prinzip der Verhältnismässigkeit vereinbar ist.⁹³ Eine allgemein verbindliche Regelung über die genaue Grenzziehung der Verhältnismässigkeit ist schwierig zu er-

⁸⁷ Siehe dazu auch [V. Ausblick: Nationalrätliche Beratung zum Notfallbegriff](#), S. 10.

⁸⁸ KIENER/KÄLIN/WYTTENBACH (Fn. 42), S. 118.

⁸⁹ Votum Stähelin (Fn. 16), S. 1238.

⁹⁰ Votum Couchepin Pascal, Amtl. Bull. NR 2009, S. 1787.

⁹¹ A.M. Votum Rechsteiner (Fn. 14), S. 1786; Votum Räber (Fn. 35), S. 1686.

⁹² KREN KOSTKIEWICZ JOLANTA, Schuldbetreibungs- & Konkursrecht, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2018, S. 190 f.

⁹³ LGVE 2016 III Nr. 3 E. 5.3; in casu lag eine Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Krankenkasse vor, da der Beschwerdeführer bereits eine Einsprache gegen die Kostenbeteiligung eingeleitet hatte. Deshalb wurde die Verhältnismässigkeit nicht geprüft.

arbeiten, da das abstrakte Rechtsgut «Gesundheit» dem konkret bezifferbaren Rechtsgut «Geld» gegenübersteht. Jedenfalls kann festgehalten werden, dass nach dem Gesetzestext keine Einzelfallprüfung vorgesehen ist, mit der eine Eintragung auf die Liste säumiger Prämienzahlender verhindert werden könnte für Fälle, in denen nur kleine Beiträge nicht beglichen wurden. Die nicht vorhandene Einzelfallprüfung stellt m. E. einen unhaltbaren Automatismus dar. Eine Einschränkung der Leistungen müsste nach der hier vertretenen Auffassung auf besonders aussergewöhnlichen Umständen beruhen, um dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu entsprechen.

C. Zwischenfazit

Es zeigt sich, dass in erster Linie die Krankenkassen von der Führung von «schwarzen Listen» profitieren, da sie keine weiteren Leistungen für die säumigen Prämienzahlenden übernehmen müssen.⁹⁴ Die Interessen der säumigen Prämienzahlenden an einer weiterhin guten Gesundheitsversorgung werden weitestgehend ausgeblendet. Da nur noch die Notfalleleistungen vergütet werden, müsste im Sinne einer Verhältnismässigkeitsabwägung im Einzelfall geprüft werden, welche Leistungen gewährt werden. Ausserdem muss der Begriff des Notfalls in einem weiten Sinne ausgelegt werden, um ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, welches sich an der Gesamtgesellschaft orientiert.⁹⁵ Als solches sollte sich die Versorgung nach Art. 12 BV am Leistungskatalog der obligatorischen Krankenkasse orientieren.⁹⁶ Eine automatische Beschränkung der Gesundheitsversorgung auf Notfallbehandlungen ohne Einzelfallprüfung ist (insbesondere aufgrund der Schwierigkeiten in der Praxis, welche sich ergeben haben) nicht mit

dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu vereinbaren.

V. Ausblick: Nationalrätliche Beratung zum Notfallbegriff

Die Problematik des Notfallbegriffs wurde bereits in den Nationalrat getragen: Eine Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates verlangt, dass die Kantone, welche eine «schwarze Liste» führen, gleichzeitig eine Notfalldefinition erarbeiten müssen.⁹⁷

Als Beispiel wird dabei der Entscheid des St. Galler Versicherungsgerichts herangezogen, welches einen Notfall schon dann bejaht, wenn dem medizinischen Personal eine Beistandspflicht zukommt.⁹⁸ Der Nationalrat nahm die Motion an.⁹⁹ Diese Entwicklung ist zu begrüssen, insbesondere wegen der bereits behandelten Gefahr der «eigenwilligen Interpretationen»¹⁰⁰ der Notfälle durch die Krankenkassen.

VI. Schlussfolgerungen

Ein Recht auf Gesundheitsversorgung lässt sich aus Art. 10 BV sowie aus Art. 12 BV ableiten. Meines Erachtens muss das Recht auf Leben auch eine Verpflichtung des Staates zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung enthalten, welche sich nicht in einer Notfallversorgung erschöpft, wie dies heute der Fall ist. Sämtliche Krankheitszustände, welche zu sich weiter verschlimmernden Gesundheitsschäden oder sogar zum Tod führen können, sollten behandelt (und die Behandlung finanziert) werden; unabhängig von der finanziellen Stellung des Grundrechtsträgers.

Im Weiteren soll für den Fall der säumigen Prämienzahlenden Art. 12 BV als Auffangtatbestand anwendbar sein.¹⁰¹ Zweck des

⁹⁴ ASCHWANDEN (Fn. 19), S. 15.

⁹⁵ GÄCHTER, (Fn. 55), S. 483.

⁹⁶ DERS., S. 485 f.

⁹⁷ Motion 18.3708 (besucht am 18. Februar 2019).

⁹⁸ Urteil des St. Galler Versicherungsgerichts vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5 E. 3.3.3.

⁹⁹ Motion 18.3708 (Fn. 97).

¹⁰⁰ KÜNG (Fn. 71), S. 24.

¹⁰¹ Art. 12 BV gilt vor allem dann, wenn ein Notfall vorliegt, aber nicht Nothilfe/Sozialhilfe zum Tragen kommt. Denkbar wären Personen, welche mit ihrem Einkommen ihre laufenden Ausgaben grundsätzlich bezahlen können und daher kein Anrecht auf Sozialhilfe haben, aufgrund ei-

Art. 12 BV ist die Verhinderung einer unwürdigen Betteexistenz – ein Hoffen auf ärztliche Hilfe trotz fehlender Versicherungsdeckung fällt darunter, insbesondere weil die finanziellen Folgen für den Leistungserbringer je nach Krankheitsbild sehr gross sein und daher eher zu einer Ablehnung führen können.¹⁰² Der Begriff des Notfalls muss in jedem Fall weit ausgelegt werden, um die Notfallbehandlung als Grundsicherung der menschlichen Existenz verstehen zu können. Dies entspricht auch dem Solidaritätsgrundsatz zwischen Reich und Arm sowie Gesund und Krank, welcher im Sozialversicherungsrecht herrscht.¹⁰³ Sofern ein Recht auf Leistungen zur Gesundheitserhaltung aus Art. 12 BV abgeleitet werden kann, ist es nicht einschränkbar, da Kernbereich und Schutzbereich zusammenfallen.¹⁰⁴

Die Leistungssistierungen für säumige Prämienzahlende stellen einen schweren Eingriff in deren Recht auf Gesundheitsversorgung dar. Während die gesetzliche Grundlage dafür durchaus gegeben ist, sind die Normdichte, die Erforderlichkeit und insbesondere die Verhältnismässigkeit zumindest fragwürdig. Die Regelung schafft eine Spezial-Kategorie für eine spezifische Form von Geldforderung und eine stossende Konstellation, bei welcher ein Obligatorium nur noch auf eine Seite (zu Lasten des Versicherten, welcher weiterhin die monatlichen Prämien bezahlen muss) wirkt.

Sofern eine Einschränkung der Leistungen vorgenommen werden soll, um Druck auf die säumigen Prämienzahlenden auszuüben, muss eine Verhältnismässigkeitsprüfung im Einzelfall auf Basis einer weiten Auslegung des Begriffs des Notfalls stattfinden. Dies gilt insbesondere unter Beachtung des Umstandes, dass den Krankenkassen durch die

öffentliche Hand bereits 85 % der Forderungen erstattet werden, womit der grösste Teil des finanziellen Schadens getilgt ist. Vor diesem Hintergrund stellt sich grundsätzlich die Frage der Verhältnismässigkeit einer Leistungssistierung in einem so empfindlichen Bereich wie der Gesundheitsversorgung. Die heutige Regelung geht von einer zu engen Versorgung in Notfällen aus und verletzt somit das Recht auf physische Integrität und im Extremfall sogar das Recht auf Leben nach Art. 10 BV.

ner einmaligen Zahlung (Zahnarzt, Autoreparatur, etc.) jedoch in finanzielle Schwierigkeiten geraten.

¹⁰² Beispielhaft: Ein einzelner Onkologiepatient, bzw. dessen Behandlung im Kantonsspital Baden verursachte ungedeckte Kosten von mehr als 40'000 CHF (Quelle: KÜNG (Fn. 71), S. 24).

¹⁰³ GÄCHTER (Fn. 55), S. 477.

¹⁰⁴ BGE 131 I 166 E. 3.1 S. 172.