

4501

KR-Nr. 71/2007

**Bericht und Antrag  
des Regierungsrates an den Kantonsrat  
zum dringlichen Postulat KR-Nr. 71/2007  
betreffend Versicherungslücke im KVG  
bei nicht bezahlten Prämien**

(vom 23. April 2008)

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 7. Mai 2007 folgendes von Kantonsrat Markus Brandenberger, Uetikon a. S., Kantonsrätin Katharina Prelicz-Huber, Zürich, und Kantonsrat Hans Fahrni, Winterthur, am 5. März 2007 eingereichte dringliche Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird eingeladen, in einem Bericht darzulegen, wie sich die «Leistungssperre» wegen nicht bezahlter Krankenkassenprämien auf Versicherte im Kanton Zürich auswirkt – wie viele Personen sind betroffen, welches sind die Auswirkungen, welche Kosten verursacht die Leistungssperre dem Kanton – und welche Möglichkeiten er sieht, zu verhindern, dass ihnen Leistungen vorenthalten werden.

---

Der Regierungsrat erstattet hierzu folgenden Bericht:

**1. Ausgangslage**

Auf Grund der seit 1. Januar 2006 geltenden Regelung von Art. 64a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) muss der Krankenversicherer die Übernahme der Kosten für medizinische Leistungen aufschieben, wenn die versicherte Person trotz Mahnung ihre Prämien nicht bezahlt und der Versicherer im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt hat. Dieser Leistungsaufschub (zum Teil auch als «Leistungssperre» oder «Leistungsstrierung» bezeichnet) bleibt bestehen, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen (Selbstbehalt und Franchise), Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind. Ist dies der Fall, muss der Versicherer die aufgeschobenen Leistungen im Nach-

hinein übernehmen. Vor dem 1. Januar 2006 stand es im Belieben des Krankenversicherers, ob er einen Leistungsaufschub verhängen wolle, aber erst ab dem Zeitpunkt, in dem das Betreibungsverfahren mit einem Verlustschein geendet hatte. Das Ziel der KVG-Änderung war die Verbesserung der Zahlungsmoral der Versicherten.

Als Folge des neuen Art. 64 a KVG passte der Bundesrat auf den 1. Januar 2006 auch Art. 90 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) an. Die Neuregelung dieser Verordnungsbestimmung wurde indessen von Beginn weg von verschiedenen Seiten kritisiert, weil Fristen für das Mahn- und Betreibungsverfahren sowie Ausführungsbestimmungen über das Vorgehen bei einem Leistungsaufschub fehlten. Weitere Kritik galt der Bestimmung über die Verrechnung von Leistungen mit Prämien. Es musste auch festgestellt werden, dass zufolge des Leistungsaufschubs Versicherten ärztlich verschriebene Medikamente und weitere medizinisch indizierte Behandlungen verweigert wurden, was gegen eines der Ziele des KVG, nämlich den Zugang aller zu den Leistungen des Gesetzes, verstösst. Der Bundesrat unterzog Art. 90 KVV deshalb bereits nach einem Jahr erneut einer Revision. In der Absicht, das Vorgehen bei Zahlungsverzug ausführlicher und klarer zu regeln, schuf er die neuen Art. 105 a–105 d KVV. Diese Bestimmungen sind seit dem 1. August 2007 in Kraft. In Art. 105 c KVV wird das Verfahren des Leistungsaufschubs im Einzelnen geregelt. Abs. 6 dieser Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit, mit den Versicherern die Bedingungen, unter denen diese auf einen Leistungsaufschub verzichten, vertraglich auszuhandeln. Voraussetzung dafür ist, dass der Kanton die Übernahme einbringlicher Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten garantiert oder eine pauschale Abgeltung an den Versicherer gewährt.

Die Kantone haben unterschiedlich auf Art. 64 a KVG reagiert. Vor allem die Westschweizer Kantone (Waadt, Wallis, Genf und Jura sowie einzelne Gemeinden des Kantons Freiburg, nicht aber der Kanton selber) haben mit den Versicherern gestützt auf Art. 105 c Abs. 6 KVV Vereinbarungen geschlossen, welche die Bedingungen des Verzichts eines Leistungsaufschubs zum Gegenstand haben. Basel-Stadt hat als einziger Kanton eine pauschale Abgeltung an die Krankenversicherer vereinbart. Er bezahlt den Versicherern jährlich pauschal 0,75% des Prämienvolumens und übernimmt zusätzlich drei Viertel des Prämienverlustes der Versicherer. Im Gegenzug verzichten diese auf den Leistungsaufschub. Zum Vergleich: Das Bruttoprämienvolumen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrug 2007 im Kanton Zürich rund 3,237 Mrd. Franken – 0,75% davon wären also rund 24,25 Mio. Franken. Alle anderen Kantone haben mit den Krankenversicherern bis heute keine Vereinbarung geschlossen. Der Kan-

ton Thurgau hat gesetzgeberisches Neuland betreten, indem er als bisher einziger Kanton in seiner eigenen Gesetzgebung geregelt hat, wie bei einem Leistungsaufschub zu verfahren ist.

Das Ziel von Art. 64 a KVG – die Verbesserung der Zahlungsmoral der Versicherten – konnte nach den bisherigen gesamtschweizerischen Erfahrungen nicht im gewünschten Ausmass erreicht werden. Insbesondere hat sich gezeigt, dass Vereinbarungen zwischen Kantonen und Versicherern nach Art. 105 c Abs. 6 KVV die Wirkung von Art. 64 a KVG unterlaufen. Der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) spricht sich deshalb gegen den Abschluss weiterer solcher Vereinbarungen aus, weil er sie für gesetzeswidrig und unzweckmässig hält.

Weder die Kantone noch die Versicherer sind mit der heute gültigen Regelung zufrieden. Die Kantone beklagen Lücken in der medizinischen Versorgung und zusätzliche Kosten, während die Versicherer als Nachteil der Regelung in erster Linie den wachsenden Verwaltungsaufwand sehen. Die GDK und der Branchenverband der Krankenversicherer *santésuisse* sind sich daher einig, dass die gesetzliche Regelung zum Leistungsaufschub erneut einer Revision bedarf. Die GDK ist zurzeit damit befasst, zusammen mit *santésuisse* zuhanden der Eidgenössischen Räte einen Revisionsvorschlag auszuarbeiten.

## **2. Regelung im Kanton Zürich**

Mit der geltenden gesetzlichen Regelung kommt der Kanton Zürich den Interessen von Versicherten und Versicherern weiter entgegen als andere Kantone: Erstens übernehmen die Gemeinden gemäss § 18 des Einführungsgesetzes vom 13. Juni 1999 zum Krankenversicherungsgesetz (EG KVG; LS 832.01) von Gesetzes wegen die vollen Prämien von allen auf ihrem jeweiligen Gebiet wohnhaften Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen oder gemäss Sozialhilfegesetz Anspruch auf wirtschaftliche Sozialhilfe hätten. Dadurch entfällt für diese Personen das Risiko eines Leistungsaufschubs.

Zweitens werden Prämienverbilligungsbeiträge nicht den Versicherten, sondern direkt den Versicherern überwiesen. Dies entspricht einem wichtigen Anliegen der Versicherer, da so die Prämienausstände tiefer ausfallen.

Drittens kann der Versicherer ausstehende Prämien bei der Gemeinde geltend machen, sobald er das Betreibungsverfahren durchgeführt hat und dieses mit einem Verlustschein geendet hat. Neben den Prämien übernimmt die Gemeinde dabei auch die Verzugszinsen und

die Betreuungskosten. Für die Übernahme von ausstehenden Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) besteht dagegen keine Rechtsgrundlage.

Diese Regelung stellt sicher, dass im Kanton Zürich die Gemeinden Prämien von zahlungsunfähigen, nicht aber von zahlungsunwilligen Versicherten übernehmen. Sämtliche so übernommenen Kosten gehen vollumfänglich zu Lasten des Gesamtbetrags, der für die Prämienverbilligung zur Verfügung steht. Die Aufwendungen für solche Prämienübernahmen betragen jährlich insgesamt rund 95 Mio. Franken, davon entfallen rund 70 Mio. Franken auf Prämien von Sozialhilfeberechtigten und rund 25 Mio. Franken auf Prämienübernahmen auf Grund von Verlustscheinen (das entspricht rund 0,75% des gesamten Prämienvolumens im Kanton).

Auf den Erlass von Bestimmungen zum Leistungsaufschub oder den Abschluss von Vereinbarungen mit den Versicherern über den Verzicht auf einen Leistungsaufschub hat der Kanton Zürich dagegen bewusst verzichtet. Stattdessen strebt er gemeinsam mit der grossen Mehrheit der Kantone eine bessere Lösung auf Bundesebene an und unterstützt die Anstrengungen der GDK zur Revision von Art. 64 a KVG.

Für eine kantonale gesetzliche Regelung des Vorgehens bei einem Leistungsaufschub, wie sie der Kanton Thurgau getroffen hat, besteht rechtlich kein Spielraum, weil das Bundesrecht die Bedingungen und die Folgen des Leistungsaufschubs abschliessend regelt. Aus dem gleichen Grund lehnt der Kanton Zürich in Übereinstimmung mit der GDK den Abschluss von Vereinbarungen mit den Versicherern gemäss Art. 105 c Abs. 6 KVV über die Bedingungen des Aufschubverzichts ab: Art. 64 a KVG sieht den Leistungsaufschub als zwingende Folge des Zahlungsausstandes vor und lässt keine Umgehungen zu. Solche Vereinbarungen würden zudem die heutige unbefriedigende Regelung ein Stück weit festschreiben und die Anstrengungen für eine Gesetzesrevision unterlaufen. Im Übrigen hat bisher nur der Branchenverband *santésuisse* ein allgemeines Interesse an einer vertraglichen Lösung geäussert. Die angeschlossenen Versicherer dagegen sind sich nicht einig darüber, unter welchen Bedingungen sie zum Abschluss einer Vereinbarung bereit wären. Erste Erfahrungen der Westschweizer Kantone, die solche Vereinbarungen getroffen haben, zeigen schliesslich, dass sich gewisse Versicherer im Einzelfall nicht an die Vereinbarung halten oder aus ihr wieder aussteigen.

### 3. Auswirkungen des Leistungsaufschubs

Der Leistungsaufschub führt bis zum Abschluss des Betreibungsverfahrens faktisch zu einem Unterbruch in der Versicherungsdeckung, obwohl das Vertragsverhältnis juristisch weiterbesteht. Das Vollstreckungsverfahren kann ab dem Fortsetzungsbegehren ohne weiteres 24 Monate in Anspruch nehmen. Wird während dieser Zeit ein neues Betreibungsverfahren eingeleitet, führt dieses wiederum zu einem Leistungsaufschub für zeitlich nachfolgende Prämien. Wird dann der erste Leistungsaufschub nach Übernahme des Verlustscheins aufgehoben, wird sofort der nächste wirksam. So kann sich der Leistungsaufschub endlos fortsetzen. Dennoch ist ein Eingreifen der öffentlichen Hand vor Vorliegen eines Verlustscheins nicht angezeigt, da erst der (möglicherweise auch teilweise) ergebnislose Abschluss des Pfändungs- oder Konkursverfahrens einigermaßen Klarheit darüber schafft, ob eine versicherte Person wirklich zahlungsunfähig oder lediglich zahlungsunwillig ist.

Auch wenn die Situation für die betroffenen Versicherten im Kanton Zürich gesamthaft günstiger ist als in anderen Kantonen, kann der Leistungsaufschub unter Umständen im Einzelfall weit reichende Folgen haben, indem er zur Abweisung durch private Leistungserbringer (z. B. Ärztinnen, Ärzte oder Apotheken) führen kann. In dringenden Fällen sind die Leistungserbringer jedoch verpflichtet, ohne Einschränkungen Beistand zu leisten oder Patientinnen und Patienten aufzunehmen – so gebieten es die in § 12 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 (LS 810.1) verankerte Sorgfalts- und Beistandspflicht für private Leistungserbringer und die in § 41 des Gesundheitsgesetzes festgelegte Aufnahmepflicht für Krankenhäuser.

Für die Leistungserbringer ist die geltende Regelung unbefriedigend, weil sie bei Leistungsaufschüben lange auf die Begleichung ihrer Rechnungen warten oder gar mit Debitorenverlusten rechnen müssen und für die Bewirtschaftung der ausstehenden Forderungen einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand zu leisten haben. Einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand bewirkt die Regelung schliesslich auch für die Versicherer.

Als fragwürdig erweist sich auch der Umstand, dass die meisten anderen (und insbesondere die umliegenden) Kantone die Übernahme von ausstehenden Prämien selbst bei Vorliegen eines Verlustscheins ablehnen. Da die Zürcher Gemeinden nur zur Übernahme von Verlustscheinen aus dem Kanton Zürich verpflichtet sind, bleibt ein Leistungsaufschub beim Zuzug aus einem anderen Kanton bestehen, ohne dass dagegen etwas unternommen werden könnte. Diese unbefriedigende Situation könnte auch im Rahmen einer Vereinbarung mit

den Versicherern nicht behoben werden. Auch aus diesem Grund drängt sich eine gesamtschweizerische Lösung auf.

#### **4. Anzahl der betroffenen Personen**

Eine Erhebung bei den fünf grössten im Kanton Zürich tätigen Krankenversicherern (Helsana-Gruppe [Helsana, Progrès, sansan, avanex, aerosana], Sanitas/Wincare, Swica, CSS und Concordia) in der ersten Hälfte Februar 2008 ergab folgendes Bild: 2007 wurden von diesen Versicherern rund 26 850 Leistungsaufschübe verfügt (über die Anzahl der betroffenen Versicherten können keine verlässlichen Angaben gemacht werden, da Aufschübe teilweise mehrmals über dieselbe Person verhängt wurden). Per Stichtag 15. Februar 2008 waren bei diesen Versicherern rund 14 200 Personen mit Wohnsitz im Kanton von einem Leistungsaufschub betroffen. Bei den genannten Versicherern sind rund 827 830 im Kanton wohnhafte Personen versichert, was bei einem Gesamtversichertenbestand von rund 1,3 Mio. Personen einem Anteil von rund 64% entspricht. Hochgerechnet auf alle Versicherten im Kanton, ergibt sich damit gegenwärtig eine Zahl von rund 22 200 aktiven Leistungsaufschüben. Damit sind zurzeit rund 1,7% der Versicherten des Kantons Zürich faktisch ohne Versicherungsschutz, weil über sie ein Leistungsaufschub verhängt ist. Eine Hochrechnung von Anfang 2007 ergab den gleichen Wert.

#### **5. Kosten bzw. Ertragsausfall für kantonale und öffentlich subventionierte Spitäler und Kliniken**

Gemäss einer Erhebung vom Februar 2008 mussten die kantonalen und öffentlich subventionierten Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken 2007 wegen des Leistungsaufschubs einen Ertragsausfall von rund 5,5 Mio. Franken hinnehmen (davon entfielen allein auf das Universitätsspital rund 1,8 Mio. Franken). Da die meisten Spitäler und Kliniken Debitorenverluste nicht nach ihrem Grund verzeichnen, handelt es sich bei diesem Betrag um eine Schätzung. Durch Bewirtschaftung der ausstehenden Forderungen kann zudem ein Teil des Betrages später noch erhältlich gemacht werden. Der Verwaltungsaufwand für die gesamte Debitorenbewirtschaftung wird von den Betrieben für 2007 auf rund Fr. 500 000 geschätzt.

## 6. Ergriffene Massnahmen

Der Kanton Zürich begleitet die Verhandlungen des Vorstands der GDK mit dem Branchenverband santésuisse und unterstützt die GDK in ihren Bemühungen um eine rasche Lösung auf Bundesebene. Um bis dahin den negativen Auswirkungen von Art. 64 a KVG entgegenzutreten, hat die Gesundheitsdirektion zudem eine Reihe von Empfehlungen an die kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken abgegeben. In einem Rundschreiben vom 31. Januar 2007 hat sie empfohlen, ausstehende Kostenbeteiligungen, die einen Leistungsaufschub begründen, zu übernehmen, falls ein Verlustschein vorliegt und deren Gesamtbetrag geringer ist als derjenige der eigenen Forderungen gegenüber der betroffenen Person. Da ausstehende Prämien, Verzugszinsen und Betreuungskosten bei Vorlage des Verlustscheins von der Gemeinde übernommen werden, wird der Leistungsaufschub durch diesen Schritt beseitigt und der Versicherer muss die Debitorenausstände begleichen.

Zusätzlich hat die Gesundheitsdirektion im Dezember 2007 empfohlen, Behandlungen möglichst ohne Verzug in Rechnung zu stellen, weil der Versicherer gemäss Art. 105 c Abs. 2 KVV für alle bis zur Mitteilung des Leistungsaufschubs zugegangenen Rechnungen zahlungspflichtig bleibt. Im Weiteren hat die Gesundheitsdirektion den Betrieben geraten, die Patientinnen und Patienten bei Eintritt darauf hinzuweisen, dass sie persönlich für den Spitalaufenthalt aufkommen müssen, wenn vor Rechnungsstellung ein Leistungsaufschub verhängt wird. Schliesslich sind die Betriebe gehalten, die offenen Forderungen zu bewirtschaften, um die Debitorenverluste möglichst gering zu halten. Der Aufwand, den die Einrichtungen dabei betreiben, ist unterschiedlich. Hinderlich ist bisweilen die fehlende Kooperation von gewissen Krankenkassen, die sich auf den Datenschutz berufen und den Spitalern nicht bekannt geben wollen, ob ein Leistungsaufschub weiterbesteht oder bereits aufgehoben wurde.

Da §§ 12 Abs. 2 und 41 des Gesundheitsgesetzes sicherstellen, dass Notfallbehandlungen jederzeit, auch bei Bestehen eines Leistungsaufschubs, erbracht werden, sind diesbezüglich keine Massnahmen erforderlich.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Der mit Art. 64 a KVG auf den 1. Januar 2006 eingeführte Leistungsaufschub verfehlt das angestrebte Ziel der Verbesserung der Zahlungsmoral der Versicherten und unterläuft das Krankenversicherungspflichtobligatorium bei zahlungsunfähigen Personen. Der Regierungsrat strebt deshalb in Übereinstimmung mit der Mehrheit der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie den Vertretern der Krankenversicherer eine rasche Revision dieser unbefriedigenden Regelung an.

Entsprechende Verhandlungen zwischen dem Vorstand der GDK und santésuisse sind verhältnismässig weit fortgeschritten. Nach heutigem Stand zeichnet sich ein gemeinsamer Antrag an die Eidgenössischen Räte ab, der zur Revision von Art. 64 a KVG führen soll. Gelingt das Vorhaben, wird es keinen Leistungsaufschub und damit keine Lücke in der Versicherungsdeckung mehr geben. Im Gegenzug übernehmen die Kantone alle Verluſtscheine, die ausstehende Prämien aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten zum Inhalt haben.

Der Regierungsrat ist davon überzeugt, dass diese gesamtschweizerische Lösung nicht zuletzt wegen der zunehmenden Mobilität der Versicherten besser ist als kantonal unterschiedliche Lösungen. Darüber hinaus lässt Art. 64 a KVG keinen Raum für eine Korrektur seiner negativen Auswirkungen durch kantonale gesetzliche Regelungen oder durch Vereinbarungen mit den Versicherern. Beides würde zudem das vordringliche Ziel einer bundesrechtlichen Lösung des Problems unterlaufen.

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das dringliche Postulat KR-Nr. 71/2007 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates  
Die Präsidentin: Der Staatsschreiber:  
Fuhrer Husi