



Sitzung vom: 15. März 2015, vormittags

Protokoll-Nr. 112

## Nr. 112

- **Motion Reusser Christina und Mit. über die Abschaffung der Liste säumiger Prämienzahler ( §§ 3, 5 und 5a EGKVG) (M 62). Ablehnung**
- **Anfrage Reusser Christina und Mit. über die Datenerfassung der säumigen Prämienzahlenden (A 85). Schriftliche Beantwortung**
- **Anfrage Meile Katharina und Mit. über fahrlässige Systemfehler der Liste säumiger Prämienzahler (A 104). Schriftliche Beantwortung**

Christina Reusser begründet die am 3. November 2015 eröffnete Motion (M 62) über die Abschaffung der Liste säumiger Prämienzahler (§§ 3, 5 und 5a EGKVG). Entgegen dem Antrag des Regierungsrates halte sie an ihrer Motion fest.

Im Namen des Regierungsrates lehnt Gesundheits- und Sozialdirektor Guido Graf die Motion ab. Die schriftliche Begründung lautet wie folgt:

„Mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 19. März 2010, die am 1. Januar 2012 in Kraft trat, wurde die Möglichkeit der Krankenkassen abgeschafft, für säumige Prämienzahlerinnen und -zahler einen gesamtschweizerischen Leistungsaufschub zu verfügen. Seitdem müssen die Kantone 85 Prozent der ausstehenden Forderungen (Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) übernehmen, wenn dafür ein Verlustschein vorliegt (Art. 64a Abs. 4 KVG). Allerdings können die Kantone Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen (Art. 64a Abs. 7 KVG). Der Kanton Luzern führte eine solche Liste aufgrund der Motion M 717 von Romy Odoni, eröffnet am 13. September 2010, erheblich erklärt am 24./25. Januar 2011 (Verhandlungen des Kantonsrates 2011, S. 141) mit einer Änderung des kantonalen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGKVG; SRL Nr. 865) ein. Die Liste wird seit dem 1. Oktober 2012 durch die Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen (STAPUK) geführt. Die STAPUK nimmt zudem alle Aufgaben wahr, die im Zusammenhang mit dem neuen Abgeltungssystem für ausstehende Forderungen der Grundversicherung anfallen (§ 5 Abs. 2 und 3 EGKVG).

### – *Verhältnismässiger Aufwand*

Der Betriebsaufwand der STAPUK für die Erfüllung aller Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung von Artikel 64a KVG belief sich im Jahr 2015 auf rund 199'000.– Franken, weshalb der bewilligte Kredit von 220'000.– Franken nicht ausgeschöpft werden musste. Der überwiegende Teil des Aufwands besteht aus Personalkosten, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler mit lediglich 60 Stellenprozent betrieben wird. Vergleicht man die Betriebskosten dieser Liste, die pro versicherte Person entstehen, gehört der Kanton Luzern gemäss dem Bericht, der in der Motion erwähnt ist, bereits heute zu den günstigsten (BSS Volkswirtschaftliche Beratung, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich vom 14./21. Oktober 2015, S. 20, nachfolgend BSS Untersuchung, publiziert auf: [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)).

Wegen der im Bundesrecht vorgesehenen Pflicht der Kantone, den Krankenkassen 85 Prozent der Verlustscheinforderungen zu bezahlen (Art. 64a Abs. 4 KVG), wird die STAPUK per 1. Januar 2017 ein neues elektronisches Datenmeldesystem einführen. Dabei handelt es

sich um ein gesamtschweizerisches Konzept, das unter der Leitung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Santésuisse erarbeitet wurde. In dieser Arbeitsgruppe waren Kantone, die eine Liste führen, und Krankenkassen vertreten. Für die Einführung der neuen Schnittstellen wird im Jahr 2016 ein zusätzlicher Aufwand von zirka 150'000.– Franken anfallen. Die neuen Schnittstellen werden nicht nur für das Abgeltungssystem bei den Verlustscheinforderungen, sondern auch für den Datenaustausch im Zusammenhang mit dem Betrieb der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler verwendet werden können. Es ist damit zu rechnen, dass der Personalaufwand der STAPUK allgemein erheblich reduziert werden kann. Mithin werden auch die Kosten für das Führen der Liste noch geringer ausfallen.

Für den Kreis der Berechtigten ist der Zugriff auf die Liste im Einzelfall einfach. Unseres Erachtens ist zudem der Aufwand vertretbar, der bei den Krankenkassen im Zusammenhang mit dem Betrieb der Liste anfällt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Kanton den Kassen immerhin 85 Prozent der ausstehenden Forderungen ersetzen muss, für die ein Verlustschein besteht. Zudem müssen die Krankenkassen für die eingetragenen Versicherten mit Ausnahme der Kosten für Notfallbehandlungen keine Zahlungen leisten. Abgesehen davon werden auch die Krankenkassen vom neuen elektronischen Datenmeldesystem profitieren.

#### – *Funktionierendes Kontrollsystem*

Um die Vorschrift von § 5a Absatz 1b EGKVG einzuhalten, dass Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht auf der Liste erfasst werden dürfen, besteht seit Einführung der Liste ein differenziertes Kontrollsystem. Insbesondere wird automatisch geprüft, für welche Prämien jemand betrieben wird und wann die versicherte Person das 18. Lebensjahr erreicht hat beziehungsweise erreichen wird. Wurde der STAPUK beispielsweise im November 2015 eine Betreuung für eine Prämie der Grundversicherung für den Monat April 2015 gemeldet, die eine versicherte Person betraf, die im Oktober 2015 volljährig wurde, wird diese Person nicht auf die Liste gesetzt. Zudem wird eine versicherte Person nicht automatisch mit dem Eintritt der Volljährigkeit auf die Liste gesetzt. Ein Eintrag erfolgt erst, wenn die Krankenkasse der STAPUK eine Betreuung für Prämien meldet, die den Zeitpunkt nach der Volljährigkeit betreffen.

Das erwähnte Kontrollsystem funktioniert. Eine vom Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) veranlasste interne Überprüfung bei der STAPUK hat ergeben, dass auf der Liste keine Personen unter 18 Jahren aufgeführt sind. Zudem ist zu berücksichtigen, dass jede Person bei der STAPUK Auskunft darüber verlangen kann, ob sie in der Liste eingetragen ist. Würde ein Eintrag eine minderjährige Person betreffen, könnte sie selber oder ihre Vertretung jederzeit die Streichung von der Liste verlangen (§ 5a Abs. 8 EGKVG). Lehnt die STAPUK den Streichungsantrag ab, kann dagegen beim GSD Verwaltungsbeschwerde geführt werden (§ 142 Abs. 1b Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege; SRL Nr. 40). Beim GSD sind bis heute keine Beschwerden eingegangen, die einen Eintrag von Personen unter 18 Jahren betreffen. Sollten wider Erwarten trotzdem minderjährige Personen auf der Liste aufgeführt sein, werden die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner der Motion gebeten, dies dem GSD zu melden.

#### – *Gesundheitliche Folgeschäden beziehungsweise Folgekosten*

Artikel 64a Absatz 7 KVG verpflichtet die Krankenkassen, Notfallbehandlungen auch bei einer Person, die auf der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler eingetragen ist, zu lasten der Grundversicherung zu übernehmen. Das Krankenversicherungsrecht des Bundes definiert nicht, was als Notfallbehandlung zu qualifizieren ist. Im Sinn einer Orientierung bestimmt § 7 der Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SRL Nr. 865a), dass ein Notfall vorliegt, wenn ohne sofortige Behandlung erhebliche gesundheitliche Schäden oder der Tod der versicherten Person zu befürchten sind. Ob jemand als Notfall zu behandeln ist, hat der jeweilige Arzt oder die jeweilige Ärztin aufgrund der sich präsentierenden Verhältnisse und nicht die STAPUK zu entscheiden. Weigert sich

die Krankenkasse, die Kosten für eine Notfallbehandlung zulasten der Grundversicherung zu übernehmen, kann die versicherte Person eine anfechtbare Verfügung verlangen. Das Verfahren ist in aller Regel kostenlos (Art. 52 Abs. 3 und 61 Unterabs. a und g Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1). Damit besteht unseres Erachtens für die versicherten Personen ein hinreichender Schutz.

Zwar wurden in den Medien vereinzelt Fälle geschildert, die Personen betrafen, die auf der Liste eingetragen sind. In diesem Zusammenhang wurde auch der Vorwurf erhoben, dass deswegen gesundheitliche Folgekosten beziehungsweise Folgeschäden entstanden sein sollen. Ob die Schilderungen jedoch tatsächlich zutreffen, kann nicht abgeklärt werden, da die dafür notwendigen Einzelheiten nicht bekannt sind.

– *Wirksamkeit der Liste*

Aktuell betreiben acht andere Kantone eine solche Liste. Der Kanton Aargau hat die Liste per 1. Juli 2014 eingeführt. Abklärungen des Gesundheits- und Sozialdepartementes haben ergeben, dass der Kanton Schaffhausen die Liste noch nicht abgeschafft hat. Allein der Umstand, dass der Kanton die Abschaffung der Liste plant, lässt keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Liste des Kantons Luzern zu.

Der eingangs erwähnte Bericht betreffend den Kanton Zürich sieht den Nutzen der Liste darin, dass ein Kanton weniger für ausstehende Forderungen aus der Grundversicherung bezahlen muss (BSS Untersuchung, S. 34). Das Ziel der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler besteht aber auch darin, dass die Anzahl der Betreibungen kaum ansteigt, stabil bleibt oder sogar sinkt. In der Zeitspanne vom Oktober 2012 (= Einführung der Liste) bis 2014 hat die Anzahl der pro Jahr erfassten Betreibungen wegen ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen nicht markant zugenommen. Für das Jahr 2015 erfasste die STAPUK sogar rund 1'400 Betreibungen weniger als im Vorjahr. Weiter kann festgestellt werden, dass im Jahr 2015 rund 840 Personen weniger als im Vorjahr betrieben wurden. Es darf deshalb angenommen werden, dass ohne die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler mehr Betreibungen zu verzeichnen wären. Weiter ist zu berücksichtigen, dass bis Ende 2015 gesamthaft etwas über 18'000 versicherte Personen von der Liste gestrichen werden konnten. In fast 16'800 Fällen war der Grund dafür die Bezahlung der Ausstände, was rund 93 Prozent aller Löschungen ausmacht. Die Gründe für die restlichen 7 Prozent sind der Neubezug von Ergänzungsleistungen oder von Sozialhilfe. Zudem wird im Bericht selber eingeräumt, dass bei der Untersuchung insbesondere wegen des relativ kurzen Zeithorizonts methodische Unsicherheiten bestünden (BSS Untersuchung, S. 56).

Was das Argument betrifft, wegen der Liste bestehe kein Anreiz, von der wirtschaftlichen Sozialhilfe abgelöst zu werden, ist zu berücksichtigen, dass es nicht im Belieben des Einzelnen steht, ob er einen Anspruch auf Unterstützungsleistungen hat. Wirtschaftliche Sozialhilfe kann nur soweit bezogen werden, als jemand seinen Lebensunterhalt nicht rechtzeitig oder hinreichend mit eigenen Mitteln, Arbeit oder Leistungen Dritter finanzieren kann (§ 27 Abs. 1 Sozialhilfegesetz vom 16. März 2015, SHG, SRL Nr. 892; Subsidiaritätsprinzip). Auch die Sozialhilfe beziehende Person hat die Pflicht, eine zumutbare Arbeit anzunehmen (§ 29 Abs. 2 SHG). Verletzt jemand das Subsidiaritätsprinzip beziehungsweise Auflagen und Weisungen, kann die wirtschaftliche Sozialhilfe gekürzt oder gar eingestellt werden (§ 30 Abs. 1 SHG). Damit trifft das obige Argument nicht zu. Im Übrigen gilt dasselbe für den Eintritt in die Sozialhilfe. Ferner kann ein Eintrag in die Liste Anlass dazu sein, dass jemand die Schuldenberatung in Anspruch nimmt, um damit seinen finanziellen Verpflichtungen besser nachkommen zu können. Die STAPUK gibt denjenigen Personen, die betrieben wurden, in einem Informationsschreiben die entsprechenden Kontaktstellen an. Zudem erhält die zuständige Einwohnergemeinde eine Meldung über die erfolgte Betreibung (§ 5 Abs. 2 EGKVG). Damit sollen die Gemeinden die Möglichkeit erhalten, mit den betroffenen Personen Kontakt aufzunehmen, sie nochmals an ihre Prämienpflicht zu erinnern und sie auf einen allfälligen Eintrag in die Liste und den damit verbundenen Leistungsaufschub hinzuweisen. Diese Massnahme hat einen nicht zu unterschätzenden präventiven Charakter. Selbst der erwähnte Bericht

räumt ein, mit einem Case Management sei zu erwarten, dass auf der Liste erfasste Personen ihre finanzielle Situation rascher verbessern und dadurch die Leistungssistierung schneller beenden können (BSS Untersuchung, S. 22).

– *Zusammenfassung und Antrag*

Zusammengefasst ist festzustellen, dass die Liste bereits heute mit einem verhältnismässigen Aufwand geführt wird. Durch die Einführung eines neuen elektronischen Datenaustauschsystems werden sich die Kosten auf einem noch tieferen Niveau einpendeln. Die STAPUK setzt die gesetzlichen Vorgaben um. Insbesondere sind keine minderjährigen Personen auf der Liste aufgeführt. Die Liste hat einen nicht zu unterschätzenden Präventiveffekt. Aus diesen Gründen beantragen wir Ihnen, die Motion abzulehnen.“

Die schriftliche Antwort des Regierungsrates auf die am 30. November 2015 eröffnete Anfrage (A 85) von Christina Reusser über die Datenerfassung der säumigen Prämienzahlenden lautet wie folgt:

„Zu unterscheiden ist zwischen der Datenerfassung im Zusammenhang mit der Übernahme von Verlustscheinforderungen durch den Kanton und der Datenerfassung im Zusammenhang mit dem Führen der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler.

a. Beahlt eine versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien und Kostenbeteiligungen der Grundversicherung sowie die Verzugszinse nicht innert Frist, ist die Krankenkasse verpflichtet, die Betreuung einzuleiten. Dabei kann ein Kanton verlangen, dass die Krankenkasse der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner bekannt gibt, die betrieben werden (Art. 64a Abs. 2 Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10). Verlangt ein Kanton die Bekanntgabe der Betreibungen, schreibt das Bundesrecht vor, dass die Krankenkasse der zuständigen kantonalen Behörde den Namen und den Vornamen, das Geschlecht, das Geburtsdatum, den Wohnsitz und die AHV-Versichertennummer zu melden hat (Art. 105e Abs. 1 Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102).

Weiter sind die Kantone gemäss Artikel 64a Absatz 4 KVG verpflichtet, 85 Prozent der Forderungen (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) zu übernehmen, die durch einen Verlustschein ausgewiesen sind. Im Zusammenhang mit dieser Zahlungspflicht bestimmt Artikel 64a Absatz 3 KVG, dass die Krankenkassen der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen versicherten Personen sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten) bekannt geben. Artikel 105g KVV präzisiert den Inhalt dieser Meldung. Nach dieser Bestimmung muss die Krankenkasse zur Identifikation der versicherten Person und der Schuldnerinnen und Schuldner der kantonalen Behörde den Namen und den Vornamen, das Geschlecht, das Geburtsdatum, den Wohnsitz und die AHV-Versichertennummer melden. Gemäss Artikel 105h KVV kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Krankenkassen im Zusammenhang mit den ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen festlegen. Das EDI hat von dieser Kompetenz keinen Gebrauch gemacht.

Im Kanton Luzern nimmt die Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen (STAPUK) alle Aufgaben wahr, die im Zusammenhang mit dem neuen Abgeltungssystem für ausstehende Forderungen der Grundversicherung anfallen (§ 5 Abs. 2 und 3 EGKVG). Sie führt zudem die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler (§ 5 Abs. 1 EGKVG). Damit sind die obigen Daten der STAPUK zu melden.

b. Da die Kantone entscheiden, ob sie eine Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler führen wollen, schreibt das Bundesrecht bis auf einen Punkt nicht vor, welche Daten im Zu-

sammenhang mit dieser Liste gemeldet werden müssen beziehungsweise welche Daten in dieser Liste zu erfassen sind. Führt ein Kanton eine solche Liste, verlangt Artikel 64a Absatz 7 KVG lediglich, dass die Krankenkasse der zuständigen kantonalen Behörde den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung meldet. Der von der Krankenkasse zu meldende Leistungsaufschub wird dann in die Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler aufgenommen (§ 5a Abs. 3d EGKVG). § 5a Absatz 3 EGKVG bestimmt zudem, dass diese Liste Name, Vorname und Adresse der versicherten Person, Name und Adresse der Krankenkasse sowie dessen Aufsichtsnummer des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) enthält. Die Krankenkassen sind verpflichtet, der STAPUK diese Daten zu melden (§ 5a Abs. 3 EGKVG).

Zu Frage 2: Welche Schnittstellen ergeben sich dadurch?

Aktuell basiert der Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und der STAPUK, der zur Umsetzung von Artikel 64a KVG notwendig ist, auf einer Excel-Vorlage. Die STAPUK erfasst die gemeldeten Daten derzeit manuell. Da das EDI bezüglich der technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch zwischen Kantonen und Krankenkassen gemäss Artikel 64a Absätze 2 und 3 KVG beziehungsweise gemäss den Artikeln 105e und g KVV keine Vorgaben gemacht hat (vgl. unsere Antwort in Bstb. a zu Frage 1), hat eine Arbeitsgruppe unter der Führung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Santésuisse entsprechende Standards definiert. In dieser Arbeitsgruppe waren Kantone, die eine Liste führen, und Krankenkassen vertreten.

Die Arbeitsgruppe legte die Meldeprozesse, deren Inhalt und die Datenschemata fest. Dabei diente der Datenaustausch für die Prämienverbilligung als Vorbild. Im Kanton Luzern werden folgende drei der vier erarbeiteten Meldeprozesse zur Anwendung kommen: «Betreibungsmeldung», «Meldung des Leistungsaufschubs», «Quartalsmeldung und Schlussabrechnung». Der vierte Meldeprozess «Meldung zur Übernahmegarantie» sieht das Luzerner Recht nicht vor. Er wird nur in einigen Westschweizer Kantonen zusätzlich verwendet.

Zu Frage 3: Wie hoch ist der damit verbundene Koordinationsbedarf unter den beteiligten Stellen?

Die STAPUK benötigt für das Führen der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler 60-Stellenprozent. Den Arbeitsaufwand für die Krankenkassen erachten wir als vertretbar, zumal sie einerseits von den Kantonen immerhin 85 Prozent der Forderungen ersetzt erhalten, für die ein Verlustschein besteht (Art. 64a Abs. 4 KVG), und andererseits für die eingetragenen versicherten Personen mit Ausnahme der Kosten für Notfallbehandlungen keine Zahlungen leisten müssen. Abgesehen davon werden auch die Krankenkassen vom neuen elektronischen Datenmeldesystem (vgl. dazu unsere Antwort zu Frage 2) profitieren.

Zu Frage 4: Zeigen sich Schwierigkeiten bei der Datenerfassung und beim Datenaustausch? Wenn ja, welche?

Die Daten können auch mit dem heutigen manuellen System ausgetauscht beziehungsweise erfasst werden. Mit der Einführung des elektronischen Datenmeldesystems (vgl. unsere Antwort zu Frage 2) auf den 1. Januar 2017 wird der Datenaustausch einfacher und effizienter werden.

Zu Frage 5: Wie hoch sind die Kosten für den Kanton Luzern, um die Daten zu erfassen und zu verarbeiten, und wie hoch sind die IT-Kosten?

Der Betriebsaufwand der STAPUK für die Erfüllung aller Aufgaben im Zusammenhang mit der Umsetzung von Artikel 64a KVG belief sich im Jahr 2015 auf rund 199'000.– Franken, weshalb der bewilligte Kredit von 220'000.– Franken nicht ausgeschöpft werden musste. Im Jahr 2016 wird wegen der Einführung des neuen elektronischen Datenmeldesystems ein zusätzlicher Aufwand von zirka 150'000.– Franken notwendig werden. Es ist aber auf der anderen Seite mit einer erheblichen Reduktion des Personalaufwands zu rechnen.“

Die schriftliche Antwort des Regierungsrates auf die am 25. Januar 2016 eröffnete Anfrage (A 104) von Katharina Meile über fahrlässige Systemfehler der Liste säumiger Prämienzahler lautet wie folgt:

„Zu Frage 1: Wie beurteilt der Regierungsrat die Schuldunfähigkeit in Bezug auf das Ausstehen der Krankenkassenprämien? Ist der Betroffene dadurch nicht ungerechtfertigt auf der Liste der säumigen Prämienzahler aufgeführt?

a. Vorab ist in grundsätzlicher Hinsicht festzuhalten, dass die Luzerner Psychiatrie (Lups) im Jahr 2014 rund 2'700 Patientinnen und Patienten behandelte. Der Lups ist nicht bekannt, um welchen Patienten es sich handelt. Damit können die Einzelheiten des Falles, der im Artikel der Zentralschweiz am Sonntag vom 24. Januar 2016 geschildert wurde, nicht nachgeprüft werden. Insbesondere kann nicht verifiziert werden, ob der betreffende Patient wirklich nur vordergründig behandelt und mit der Begründung entlassen wurde, er sei auf der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler eingetragen.

b. Ehegatten sowie eingetragene Partnerinnen und eingetragene Partner haben ein gesetzliches Vertretungsrecht, wenn sie mit einer urteilsunfähigen Person in einem gemeinsamen Haushalt leben. Die Urteilsunfähigkeit kann insbesondere durch eine psychische Erkrankung entstehen. Das Vertretungsrecht umfasst alle Handlungen, die zur Deckung des Lebensunterhalts üblicherweise notwendig sind, die ordentliche Verwaltung des Einkommens und der übrigen Vermögenswerte sowie nötigenfalls die Befugnis, die Post zu öffnen und zu erledigen (Art. 374 Abs. 1 und 2 ZGB). Diese gesetzliche Vertretung umfasst damit auch die Bezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der Grundversicherung.

Ist eine hilfebedürftige Person nicht in der Lage, ihre Alltagsgeschäfte selber zu besorgen, und reicht die Unterstützung durch die Familie, andere nahestehende Personen oder private oder öffentliche Dienste nicht aus oder ist diese Unterstützung von vornherein ungenügend, können geeignete behördliche Massnahmen ergriffen werden (Art. 388 ff. ZGB). Insbesondere errichtet die Erwachsenenschutzbehörde eine Beistandschaft, wenn eine volljährige Person wegen einer psychischen Störung ihre Angelegenheiten nur teilweise oder gar nicht besorgen kann (Art. 390 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB). Eine solche Beistandschaft kann auch die Bezahlung von offenen Rechnungen der Grundversicherung beinhalten. Weiter sind die Staatsanwältinnen und -anwälte und die Jugendanwältinnen und -anwälte verpflichtet, die KESB über eingeleitete Strafverfahren und Strafentscheide zu informieren, wenn dies zum Schutz einer beschuldigten oder geschädigten Person oder ihrer Angehörigen erforderlich ist (§ 87 Abs. 1 Justizgesetz; SRL Nr. 260).

Sodann können Personen, die an einer psychischen Störung leiden, bei einer Selbst- oder Fremdgefährdung in einer geeigneten Klinik untergebracht werden. Patienten, die freiwillig in eine Klinik eingetreten sind, können bei einer Selbst- oder Fremdgefährdung gegen ihren Willen zurückbehalten werden (Art. 426 und 427 ZGB).

Schliesslich bestimmt Artikel 64a Absatz 7 KVG, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, die Kosten einer Notfallbehandlung zulasten der Grundversicherung auch dann zu übernehmen, wenn jemand auf der Liste säumiger Prämienzahlerinnen und -zahler aufgeführt ist.

Damit bestehen unseres Erachtens im Zivilrecht, im Strafprozessrecht sowie im Krankenversicherungsrecht wirksame Systeme zum Schutz von psychisch erkrankten Personen sowie deren Umfeld.

Zu Frage 2: Wie beurteilt der Regierungsrat ein solches Vorgehen? Warum wird die Psychiatrie nicht in die Pflicht genommen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen? Schliesslich ist bekannt, dass unbehandelte schizophrene Erkrankungen zu erheblichen persönlichen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten führen und Erkrankte ohne Behandlung nicht fähig sind, ihre Angelegenheiten zu regeln.

Wie bereits in der Antwort zu Frage 1 erwähnt, liegen keine nähere Angaben zum Fall vor. Es kann deshalb nicht beurteilt werden, in welchem Zustand sich der betreffende Patient im damaligen Zeitpunkt befand, ob er wirklich nur vordergründig behandelt wurde und ob dies aus damaliger Sicht richtig war. Immerhin ist festzustellen, dass der von der Zeitung erwähnte Satz aus dem Gerichtsurteil nicht im Zusammenhang mit dem Erwachsenenschutzrecht oder dem ärztlichen Haftpflichtrecht erging. Offenbar handelte es sich um ein Strafurteil, das den Patienten selber betraf.

Zu Frage 3: Wäre es nicht sinnvoller, psychiatrische Patientinnen und Patienten trotz Prämienausständen zu behandeln, um den oben geschilderten Teufelskreis zu beheben?

Unseres Erachtens sind die in der Antwort zu Frage 1 bestehenden Möglichkeiten vorhanden, um geeignete Lösungen zu finden.

Zu Frage 4: Müsste sich der Notfallbegriff bei psychischen Erkrankungen nicht auch auf die Krisenintervention beziehen?

Ob bei psychiatrischen Erkrankungen eine Krisenintervention zum Notfall im Sinn von Artikel 64a Absatz 7 KVG gehört, ist ein ärztlicher Entscheid, der aufgrund der konkreten Umstände im aktuellen Zeitpunkt zu fällen ist. Lehnt eine Krankenkasse die Übernahme von Kosten einer Notfallbehandlung über die Grundversicherung ab, so hat sie darüber einen anfechtbaren Entscheid zu erlassen.

Zu Frage 5: Was gedenkt der Regierungsrat zu unternehmen, um solche Vorfälle und vor allem Unterbehandlungen zu vermeiden?

Das Gesundheits- und Sozialdepartement ist im regelmässigen Kontakt mit der Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen (STAPUK), um die Führung der Liste zu optimieren. Eine Kontrollfunktion wird auch durch die Möglichkeit ausgeübt, dass gegen Entschiede der STAPUK bei diesem Departement Verwaltungsbeschwerde eingereicht werden kann. Das Departement pflegt zudem regelmässigen Kontakt zur Lups und lässt sich über allfällige Vorfälle orientieren.

Zu Frage 6: Wie will der Regierungsrat den gesundheitlichen Versorgungsauftrag gewährleisten?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 5 erwähnt, lässt sich das Gesundheits- und Sozialdepartement bei besonderen Vorfällen von der Lups orientieren. Da im vorliegenden Fall keine Angaben über den Patienten vorliegen, konnten auch keine Abklärungen getroffen werden.“

Christina Reusser hält an ihrer Motion fest. Vor knapp drei Jahren habe der Kantonsrat die Einführung der schwarzen Liste unterstützt. Es sei damals die Absicht gewesen, die unwilligen Krankenkassenprämienzahlenden auf einer Liste zu erfassen, damit sie nur noch bei einem Notfall an Leib und Leben medizinische Unterstützung erhalten würden. Die nicht gewillten Personen hätten künftig keine weiteren medizinischen Leistungen mehr erhalten sollen. Heute zeigten sich diverse Schwierigkeiten bei der Handhabung und Führung der Liste. Die Definition eines Notfalls sei ein Streitpunkt zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft. So werde teilweise Insulin für die Behandlung von Diabetes bezahlt, teilweise aber nicht. Die Ärzte würden auf der Rechnung sitzenbleiben. Volljährige Jugendliche würden für ihre Kinderausstände teilweise haften, würden dafür betrieben und gelangten auf die schwarze Liste. Bei einem grossen Teil der betroffenen Personen handle es sich nicht um zahlungsunwillige, sondern um zahlungsunfähige Personen. Diesen Personen reiche das Geld Monat für Monat nicht aus. Deshalb würden sie die Wohnungsmiete, die Krankenkassenprämien oder die Steuern nicht regelmässig bezahlen. Der vermeintliche Erfolg dieser Liste sei eben doch keiner. Die Fälle, die von der Liste hätten gestrichen werden können, würden nicht selten wieder auf die Liste gelangen. Darauf gehe der Regierungsrat in seiner Antwort aber nicht ein. Ein Blick in den Jahresbericht der Ausgleichskasse zeige, dass die kantonalen Ausgaben für die Zahlungen an die Krankenkassen stetig steigen würden. Der Kanton bezahle den Krankenkassen 85 Prozent der Ausstände, das seien rund 6 Millionen Franken. Die effektiv erfolgten Rückvergütungen der Krankenkassen an den Kanton bei Bezahlung der Verlustscheine lägen bei 50 Prozent. Den meisten Personen sei es gar nicht möglich, die Kosten eines Verlustscheines zu übernehmen. Es treffe also die falschen Personen. Deshalb sollte der Kantonsrat andere, nachhaltigere Lösungen suchen. Ein Teil dieser Personen hätte vermutlich sogar Anspruch zum Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe, möchte das aber nicht. Die IPV-Gelder würden nur noch für wenige Personen ausreichen. Man habe hier ein Gesetz geschaffen, das die Falschen treffe und dem Kanton und der Gesellschaft grosse Folgekosten aufbürde. Das Führen der Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen (STAPUK) und die Kosten für das neue EDV-System würden sich beziffern lassen. Die Gesundheitskosten für die betroffenen Personen, die den Kanton erwarteten, seien viel höher. Was heisse es, wenn eine chronische, nicht lebensbedrohliche Krankheit nicht behandelt werden könne? Früher oder später würden Folgeerkrankungen auftreten, diese Behandlungskosten wiederum würden weit höher ausfallen. Ihre Anfrage sei mit einer ablehnenden Haltung beantwortet worden. Zudem sei vieles als eine Annahme ihrerseits dargestellt worden. Der von ihr mitgelieferte Bericht könne dies aber widerlegen.

Katharina Meile sagt, der Regierungsrat gehe in seiner Antwort nicht auf die Missstände rund um die schwarze Liste ein. Man wolle sich wohl mit der Nutzlosigkeit dieser Liste nicht auseinandersetzen. Das spreche nicht für den Kanton Luzern. Die Antworten würden sich nur gerade auf den in der Anfrage geschilderten Fall beschränken. Dieser Fall stehe beispielhaft für eine grössere Problematik, die sich auf psychische, aber auch chronische Erkrankungen im Zusammenhang mit der schwarzen Liste beziehe. Durch das Aufrechterhalten dieser schwarzen Liste würden einige der Erkrankten in einen Teufelskreis gelangen. Ohne eine entsprechende Behandlung seien Betroffene zum Teil nicht in der Lage, ihre Angelegenheiten richtig zu regeln, und dadurch gelangten sie auf die schwarze Liste. So werde ihnen eine nachhaltige Behandlung verweigert, obwohl diese zielführender wäre als ein nutzloses Abstrafen. Zwar werde eine Notfallbehandlung garantiert, aber was verstehe man unter einer Notfallbehandlung? Wann müsse interveniert werden, und wo ende der gesetzlich vorgeschriebene Notfall? Dies zu beurteilen, überlasse der Kanton den Ärzten. Zwar hätten diese eine entsprechende Ausbildung, um zu entscheiden, wann es sich tatsächlich um einen Notfall handle. Schlussendlich würden die Ärzte mit dieser Entscheidung aber alleingelassen. Es bestehe das Risiko, dass der Arzt sich aus Kostengründen eher gegen eine nachhaltige Behandlung entscheide. Das sei aber weder aus ökonomischer Sicht noch aus Sicht der Betroffenen sinnvoll. Oft würden damit langwierige Beschwerden mit höheren Kostenfolgen in Kauf genommen. Das führe dazu, dass der Versorgungsauftrag nicht erfüllt werde. Die Patienten würden ungenügend behandelt. Schlussendlich müssten aber behördliche Massnahmen ergriffen werden. Der geschilderte Fall des psychisch erkrankten Mannes zeige aber auf, dass diese Massnahmen scheinbar auch nicht genügten. Man hätte seinen Angriff auf fremde Personen verhindern können, indem man bei ihm nicht nur eine vordergründige Beruhigung der psychotischen Symptome durchgeführt und ihn so behandelt hätte, wie es bei

einer Schizophrenie üblich sei. In diesem Fall habe das System versagt, die schwarze Liste habe die Situation sogar verschlimmert.

Räto B. Camenisch erinnert daran, dass in der Schweiz ein Krankenkassenobligatorium bestehe. Dieses Obligatorium gelte es durchzusetzen. Das Nichtbezahlen der Krankenkassenprämien verursache Millionenschäden, die schlussendlich durch alle Prämienzahlenden und mit Steuergeldern bezahlt werden müssten. Das Führen der Liste koste 150'000 Franken, das sei nichts im Vergleich zu den entstehenden Millionenschäden. Der Begriff eines Notfalles sei im Gesetz tatsächlich ungenügend beschrieben. Er selber habe anlässlich der parlamentarischen Beratungen versucht, einen Begriff zu kreieren, der die Grundbedingungen abgedeckt hätte. Sein Vorschlag sei aber verworfen worden, und man habe den Begriff in der Verordnung festgelegt. Er sei der Meinung, in der Verordnung müsste genauer beschrieben werden, wann es sich um einen Notfall handle. Jeder interpretiere den Begriff Notfall anders, deshalb müsse der Staat eine Definition vorgeben. Diese Liste diene zum Schutz der Leistungserbringer, aber auch für die Prämienzahlenden, welche ihrer Zahlungspflicht ordentlich nachkommen würden. Zudem habe die Liste auch eine präventive Wirkung. Wenn jemand sein Geld lieber für den Urlaub oder ein Auto ausgeben wolle, solle er auch wissen, dass seine Gesundheit nicht mehr gewährleistet sei. Die Liste müsse noch verbessert werden, so dürften keine Kinder darauf gelangen. Zudem seien Personen, die ihren Zahlungen nachgekommen seien, zu wenig schnell von der Liste gelöscht worden. Für diejenigen Personen, die ihre Krankenkassenprämien tatsächlich nicht bezahlen könnten, seien die Sozialämter zuständig.

Marlis Roos lehnt die Motion M 62 im Namen der CVP-Fraktion ab. Die Antworten der beiden Anfragen A 85 und A 104 nehme die CVP zur Kenntnis. Der Kantonsrat habe die Einführung der schwarzen Liste befürwortet. Das System sei in der Zwischenzeit gut angelaufen und könne mit einem kosteneffizienten Betrieb geführt werden. Die schwarze Liste zeige offensichtlich Erfolg, wie es dem Jahresbericht der Regierung entnommen werden könne. Die Definition eines Notfalls müsse nach wie vor den Ärzten überlassen werden, das sei Sache der Fachpersonen und der Politik. Die schwarze Liste zeige Wirkung und solle deshalb weitergeführt werden.

Claudia Huser unterstützt die Motion M 62 im Namen der GLP-Fraktion. Man sei sich einig darüber, dass die Krankenkassenprämien von allen bezahlt werden müssten. Damit dies gelinge, müsse der Rat aber die entsprechenden Instrumente einsetzen. Das Führen der schwarzen Liste verursache Kosten von 200'000 Franken, leider zeige sich aber keine Wirkung. Die Liste übe weder eine Abschreckung aus noch könne damit Geld eingenommen werden. Das Geld müsse deshalb dort eingesetzt werden, wo es tatsächlich wirke, nämlich bei der Bekämpfung der Ursache. Die betroffenen Personen müssten eine Beratung zur Schuldensanierung erhalten, nur so könnten sie ihre Prämien auch langfristig bezahlen. Zwar werde im Jahresbericht der Regierung eine Wirkung ausgewiesen, dabei handle es sich aber um 18'000 Fälle und nicht um 18'000 Personen. So würden einige Fälle zwar von der Liste gestrichen, um aber nach kurzer Zeit wieder auf die Liste zu gelangen. Eine nachhaltige Wirkung der Liste lasse sich also nicht nachweisen. Die Liste trage auch nicht dazu bei, um einzelne Fälle genauer analysieren oder Verbesserungsmöglichkeiten daraus ziehen zu können.

Marlene Odermatt spricht sich im Namen der SP-Fraktion für die Erheblicherklärung der Motion M 62 aus. Mit der Einführung der schwarzen Liste sei nicht die erhoffte Verbesserung eingetreten. Die Ausstände seien trotz dieser erzieherischen Massnahme nicht in den Griff zu bekommen gewesen. Der Verwaltungsaufwand zum Führen der Liste sei aber gross. Eine vermehrte Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern wäre notwendig, diese seien aber von der Liste nicht begeistert. Die Leistungserbringer hätten moralische und medizinische Bedenken, gerade auch in Bezug auf die Folgekosten. Die Handhabung mit volljährig gewordenen Personen und Familien erfolge je nachdem verschieden. Die in der Motion erwähnte Auswertung des Kantons Zürich liege nun vor. Sie zitiere daraus: „Aufgrund der vorliegenden Analyse muss das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Liste skeptisch beurteilt werden. Denn während sichtlich Kosten generiert werden, kann ein Nutzen nicht belegt werden.“ Diese Auswertung beziehe alle Kantone, die eine solche Liste führten, mit ein, also auch Luzern. Der Kanton Luzern hätte zur Vertrauensförderung selber einen solchen Wirkungsbericht erstellen sollen. Viele Personen, die sich auf der Liste befänden, würden keine wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, obwohl sie Anspruch darauf hätten. Es handle sich um eine

schwierige Situation für die Leistungserbringer, die betroffenen Institutionen und die Gemeinden.

Angela Pfäffli lehnt die Motion M 62 im Namen der FDP-Fraktion ab. Die Motion verlange die Abschaffung der Liste mit den säumigen Prämienzahlern mit der Begründung, dass der administrative Aufwand aller beteiligten Stellen sehr gross sei, aber die Wirkung schwach. Aus der Antwort der Regierung gehe klar hervor, dass der Betriebsaufwand der STAPUK verhältnismässig sei. Zudem sei der Kredit nicht ausgeschöpft worden. Die Anzahl der Betreibungen hätte aber reduziert werden können. Durch ein neues Datenmeldesystem könne zudem eine Optimierung erzielt werden. Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 seien in der Schweiz alle Personen grundversichert worden. Dadurch hätten alle, unabhängig vom Haushaltsbudget, einen freien Zugang zu einem hervorragenden Gesundheitssystem und zu medizinischen Leistungen erhalten. Dies sei vor 1996 nicht der Fall gewesen, gerade im Kanton Luzern seien viele Personen nicht krankenversichert gewesen, vor allem auf der Landschaft. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung habe sich entsprechend verbessert. Das KVG ermögliche nicht nur allen den Zugang zu den Dienstleistungen, sondern es verlange die monatlichen Prämien. Personen mit einem tiefen Einkommen würden mittels IPV entlastet. Da unsere Krankenversicherung auf dem Solidaritätsprinzip beruhe, seien alle dazu angehalten, ihren Verpflichtungen nachzukommen. Interessanterweise handle es sich bei den säumigen Prämienzahlern oft nicht um solche, die nicht bezahlen könnten, sondern um solche, die nicht bezahlen wollten. Schliesslich habe das Nichtbezahlen der Stromrechnung auch Konsequenzen. Seit 2010 dürften die Krankenkassen keinen Leistungsaufschub mehr verfügen, und die Kantone müssten 85 Prozent der ausstehenden Forderungen übernehmen, sofern ein Verlustschein vorliege. Die Krankenversicherer kümmern sich wenig. Es liege aber im Interesse des Kantons, möglichst wenige säumige Prämienzahler zu haben und die Anzahl der Betreibungen und der Schuldner zu senken.

Christina Reusser findet, scheinbar hätten sich einige nicht richtig mit diesem Thema auseinandergesetzt, das schliesse sie jedenfalls aus einigen Voten.

Vroni Thalmann erklärt, die Liste der säumigen Prämienzahler könne die Sozialvorsteher bei ihrer Arbeit sogar unterstützen. Man müsse dazu aber die einzelnen Fälle überprüfen; so könne es zum Beispiel der Fall sein, dass eine Person keine Ergänzungsleistungen beziehe, obwohl sie ein Anrecht darauf hätte. Es sei deshalb wichtig, die Liste richtig zu nutzen und sich nicht nur über ihre Kosten zu ärgern.

Im Namen des Regierungsrates lehnt Gesundheits- und Sozialdirektor Guido Graf die Motion M 62 ab. Katharina Meile habe die Beantwortung ihrer Anfrage als oberflächlich empfunden. Man habe zwar Genaueres zu dem von ihr geschilderten Fall in Erfahrung bringen wollen, habe aber aus Gründen des Datenschutzes keine Angaben dazu erhalten. Falls dieser Fall doch noch nachvollzogen werden könne, schliesse er eine Untersuchung nicht aus, denn ein solches Vorgehen akzeptiere er nicht. Die Kantone seien gemäss KVG verpflichtet, 85 Prozent der ausstehenden Forderungen zu übernehmen, wenn eine versicherte Person ihrer Zahlungspflicht gegenüber der Krankenkasse nicht nachkomme. Im Gegenzug erlaube das KVG den Kantonen, diejenigen Personen, die ihre Prämien nicht bezahlten, auf einer Liste zu erfassen. Die gesetzlichen Grundlagen seien also gegeben. Der Kanton Luzern habe die Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen (STAPUK) auf den 1. Oktober 2012 eingeführt. Personen, die ihre Krankenkassenprämien oder ihre Kostenbeteiligungen nicht bezahlt hätten und deshalb betrieben worden seien, würden auf die Liste der säumigen Prämienzahler gelangen. Dabei würden der Name, der Vorname, die Adresse, die AHV-Nummer sowie der Name der Krankenversicherung erfasst. Nicht auf die Liste gelangten Bezüger von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder von wirtschaftlicher Sozialhilfe, Personen, die Mutterschaftsbeihilfe beziehen würden und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Diese Rahmenbedingungen würden eingehalten. Zurzeit verzeichne die Liste rund 6900 Personen. Der Kanton Luzern habe für die übernommenen Ausstände der Krankenkassen 2013 6,03 Millionen Franken und 2014 6,08 Millionen Franken aufgewendet. Ein weiterer messbarer Punkt seien die Betreibungen, die sich von 21'186 im Jahr 2014 auf 19'788 im Jahr 2015 reduziert hätten. Die Liste zeige also Wirkung. Ein Ziel der Liste sei es, dass der Kanton weniger ausstehende Forderungen übernehmen müsse. Die Liste weise einen gewissen präventiven Charakter auf. Seit der Einführung hätten rund 16'800 Personen von der Liste gestrichen werden können, weil die Ausstände bezahlt worden seien. Die Zahlungsmoral sei verbessert worden. Der Aufwand für Listenführung belaufe sich auf rund 200'000 Franken, was nicht teuer sei. Auf den Januar 2017 solle zudem ein elektronisches Datenmeldesystem

eingeführt werden, dabei würden einmalige Kosten von 150'000 Franken entstehen. Dadurch könne aber der eigene Aufwand massiv reduziert werden. Zudem könne der Datenaustausch der STAPUK mit den Krankenkassen erleichtert werden. Wer komme aber auf die Liste? Man wolle keine zahlungsunfähige Personen darauf, sondern nur zahlungsunwillige Personen. Deshalb ziehe man in Erwägung, Personen, die im Besitz eines Verlustscheins seien, von der Liste zu streichen. Die Behandlung in einem Notfall müsse zudem gewährleistet sein. Die Notfallbehandlung stehe deshalb auch Personen auf der Liste zu. Die Beurteilung, ob ein Notfall vorliege, nehme der zuständige Arzt oder ein Spital vor und nicht die Krankenkasse oder die Verwaltung. Er prüfe die Anregung von Räte B. Camenisch, ob der Begriff Notfall genauer definiert werden könnte. Dies müsse aber durch eine Fachperson und nicht durch die Verwaltung geschehen. Zwar weise die Liste noch Mängel auf, diese wolle man aber beheben. Trotzdem zeige die Liste ihre Wirkung.

Der Rat lehnt die Motion M 62 von Christina Reusser mit 86 zu 23 Stimmen ab.  
Christina Reusser ist mit der Antwort des Regierungsrates auf die Anfrage A 85 nicht zufrieden.  
Katharina Meile ist mit der Antwort des Regierungsrates auf die Anfrage A 104 nicht zufrieden.