



Protokoll

Sitzung	Vorberatende Kommission des Kantonsrates «V. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung» (22.11.16)	Tanja Huber Betriebswirtschaftliche Assistentin Gesundheitsdepartement Davidstrasse 27 9001 St.Gallen T 058 229 35 76 F 058 229 39 62 tanja.huber@sg.ch www.gesundheit.sg.ch
Termin	Mittwoch, 11. Januar 2012, 8.30 bis 13.00 Uhr	
Ort	Schulungsraum ZEPRA, Unterstrasse 22, 9001 St.Gallen	

St.Gallen, 7. Februar 2012

Vorsitz

Lorenz Marlies, Wittenbach, Präsidentin

Teilnehmende

Kommissionsmitglieder

- Lorenz Marlies, Wittenbach, Präsidentin
- Alder Kurt, St.Gallen
- Altenburger Ludwig, Buchs
- Chandiramani Christopher, Jona
- Hartmann Andreas, Rorschach
- Hasler-Spirig Marlen, Widnau
- Müller Jascha, St.Gallen
- Rehli Valentin, Walenstadt
- Rombach Max, Oberuzwil
- Rüegg-Gautschi Eveline, Niederhelfenschwil
- Storchenegger Martha, Jonschwil
- Stump Bruno, Engelburg
- Tinner Beat, Azmoos
- Widmer Andreas W., Wil
- Willi Bruno, Oberschan (Wartau)

Vertreter des Gesundheitsdepartements des Kantons St.Gallen

- Hanselmann Heidi, Gesundheitsdepartement, Regierungsrätin
- Wüst Roman, Gesundheitsdepartement, Generalsekretär
- Altherr Peter, Leiter Amt für Gesundheitsversorgung
- Dietrich Yvonne, Fachbereich Krankenversicherung, Amt für Gesundheitsversorgung

Vertreter der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen

- Bruno Leutenegger, Leiter Ausgleichskasse, Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen
- Stefan Egger, Leiter Ausgleichskasse-Support, Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen

Weitere Sitzungsteilnehmer (bis und mit Traktandum 2)

- Dr. med. José Orellano, Facharzt FMH Allg. Medizin, Frauenfeld
- Jean-Philippe Jeannerat, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

**Protokoll**

Huber Tanja, betriebswirtschaftliche Assistentin, Amt für Gesundheitsversorgung

Entschuldigt

-

Unterlagen

- Botschaft und Entwurf der Regierung vom 25. Oktober 2011 (Beratungsunterlage)
- Dokumentation



Inhalt

1	Begrüssung / Mitteilungen	4
2	Anhörung und Fragen zum Thema «schwarze Liste für säumige Prämienzahler»:	4
2.1	Kanton Thurgau (kennt schwarze Liste)	4
2.2	Kanton Bern (lehnt schwarze Liste ab)	9
3	Überblick über die Vorlage	12
4	Eintretensdiskussion	21
5	Spezialdiskussion	25
6	Rückkommen	38
7	Antrag an den Kantonsrat	39
8	Varia	39
8.1	Bezeichnung der Kommissionssprecherin	39
8.2	Frage Medieninformation	39



1 Begrüssung / Mitteilungen

Marlies Lorenz, Präsidentin der vorberatenden Kommission, begrüsst die Mitglieder der vorberatenden Kommission, die Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsdepartements und der Sozialversicherungsanstalt SVA sowie als Sachverständige:

- Dr. med. José Orellano, Facharzt FMH Allg. Medizin, Frauenfeld
- Jean-Philippe Jeannerat, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Nach Art. 67 des Geschäftsreglementes des Kantonsrats (sGS 131.11; abgekürzt GschKR) ist das Kommissionsprotokoll vertraulich. Nach Art. 59 GschKR dienen die Kommissionsberatungen der freien Meinungsbildung. Dem Amtsgeheimnis unterliegen Inhalte der Kommissionsberatungen und einzelne Meinungsäusserungen (sowie deren Urheberinnen bzw. Urheber).

2 Anhörung und Fragen zum Thema «schwarze Liste für säumige Prämienzahler»

2.1 Kanton Thurgau (kennt schwarze Liste)

(Dr. med. José Orellano, Facharzt FMH Allg. Medizin, Frauenfeld)

Herr Orellano präsentiert einige Folien zum Thema «schwarze Liste für säumige Prämienzahler».

Orellano ist Hausarzt in Frauenfeld in einer Gemeinschaftspraxis und ist zusätzlich für den Notfalldienst bzw. die Abteilung Dienste der Ärztesgesellschaft des Kantons Thurgau zuständig. Er äussert sich zu den Leistungssistierungen bzw. zur Listenführung, welche im Kanton Thurgau seit November 2007 erfolgt. Es handelt sich nicht um eine «schwarze» Liste, sondern um einen Datenpool, in welchem Versicherte aufgeführt sind, welche ein Problem mit der Prämienzahlung haben. Für die Führung der Liste ist im Kanton Thurgau eine Rahmenorganisation geschaffen worden, in welcher der Kanton, die Gemeinden und die Leistungserbringer vertreten sind. Mit «Leistungserbringer» sind vorab Spitäler und freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte gemeint. Bei den Gemeinden sind vor allem die Sozialdienste involviert. Eine Information der Gemeinden durch die Krankenversicherer ist jeweils bei Verfügung einer Leistungssistierung erfolgt. Die von einer Leistungssistierung betroffenen Versicherten werden auf der Liste aufgeführt. Die einzelnen Gemeinden führen ein Case Management durch bzw. klären die Ursache für die Nichtbezahlung der Prämien ab. Ziel ist die Vermeidung von Verlustscheinen und die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes. Versicherte mit einer Leistungssistierung sind zur Mitwirkung im Case Management verpflichtet. Im Datenpool erfasste versicherte Personen haben nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen. Damit werden teure Abklärungen oder Operationen, die nicht unmittelbar notwendig sind, bis zur Aufhebung der Leistungssistierung bzw. der Bezahlung der Prämienausstände nicht durchgeführt.

Aus Gründen des Datenschutzes ist es wichtig, dass nur die in der Rahmenorganisation vertretenen Personen Einsicht in die Liste nehmen können. Dies sind der Kanton, die Gemeinden, die im Kanton selbständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, Chiropraktikerinnen und Chiropraktoren, die auf den Spitallisten A und B aufgeführten Institutionen mit kantonalem Standort sowie das Ostschweizer Kinderspital St.Gallen (§ 4a Abs. 3 der Ver-



ordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung). Andere Leistungserbringer wie z.B. Apotheker oder Spitexorganisationen sind nicht in der Rahmenorganisation vertreten und können die Liste nicht einsehen.

Die Erfahrung zeigt, dass die Mehrheit der auf der Liste geführten Versicherten nicht bedürftig ist und weder Sozialhilfe noch Ergänzungsleistungen (EL) bezieht. Es handelt sich vielmehr um Personen, die Probleme haben mit dem Verwalten ihrer Finanzen. Bei Sozialhilfebeziehenden werden die Prämien vom Sozialamt bezahlt. Das Sozialamt kontrolliert auch, dass die Rechnungen der Leistungserbringer bezahlt werden. Im Kanton Thurgau wird das System des «Tiers garant» angewendet. Dies bedeutet, dass die Patientin oder der Patient die Arztrechnung selbst bezahlen muss und dafür eine Vergütung vom Krankenversicherer erhält. Mit dem Case Management sollen nicht bedürftige Versicherte dazu gebracht werden, ihre Finanzen in Ordnung zu bringen. Durch das Case Management wird eine frühzeitige Hilfestellung möglich. Es soll verhindert werden, dass Betroffene in die Sozialhilfe abrutschen.

Was die Definition des Notfalls betrifft, so hat die Rahmenorganisation mit den Leistungserbringern vereinbart, dass eine Erstkonsultation immer gewährleistet ist bzw. als Notfallbehandlung gilt. Auch werden lebensnotwendige Langzeitbehandlungen z.B. bei einer Methadonabhängigkeit als Notfallbehandlung angesehen. Die Notfalldefinition, welche auf der ärztlichen Beurteilung basiert, hat bis heute nie zu einer Rechtsstreitigkeit geführt.

Gemäss den bisherigen Erfahrungen konnte die Aktualität des Datenpools nicht gewährleistet werden, weil Meldungen der Krankenversicherer über die Aufhebung der Leistungssistierungen z.T. fehlten. Die Mitarbeit der Krankenversicherer war mangelhaft. Dieses Problem besteht seit dem 1. Januar 2012 jedoch nicht mehr, weil die Krankenversicherer neu gemäss KVG zu einer entsprechenden Meldung verpflichtet sind.

Per Ende 2008 sind im Kanton Thurgau 5'206 Personen von einer Leistungssistierung betroffen gewesen. Per Ende 2009 hat sich die Anzahl der betroffenen Personen auf 6'361 erhöht. Bis Mitte 2010 ist ein Rückgang von rund 500 Personen zu verzeichnen gewesen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass aus dem Kanton Thurgau wegziehende Personen im Datenpool auf «inaktiv» gesetzt worden sind. Von einer Leistungssistierung ist vor allem die arbeitende Bevölkerung bis 65 Jahre betroffen. Per Ende 2011 sind bei insgesamt 230'000 Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern rund 6'580 Personen auf der Liste geführt worden. In den meisten Fällen wird eine Person innerhalb von zwei Monaten wieder von Liste gestrichen. Grundsätzlich erfolgt innerhalb eines Jahres ($\emptyset = 11$ Monate) eine Aufhebung der Leistungssistierung. Problematisch sind die Versicherten, die länger als 12 Monate auf der Liste geführt werden. Diese Versicherten sind entweder nicht einsichtig oder es ist keine Meldung des Krankenversicherers über die Aufhebung der Leistungssistierung erfolgt. Die Anzahl der neuen Eintragungen in die Liste hat sich von Jahr zu Jahr reduziert.

Seit dem 1. Januar 2012 gibt es für den Datenpool des Kantons Thurgau eine zentrale Behörde, welche durch den Kanton bestimmt worden ist. Die Meldung der Versicherer hat an diese zentrale Behörde zu erfolgen. Das Case Management wird weitergeführt. Bei den Notfallbehandlungen ergibt sich keine Änderung. Die Gemeinden haben bereits bis zum 31. Dezember 2011 für die Leistungserbringer die Notfallbehandlungen übernommen. Die Gemeinden haben diese Behandlungen aus der Prämienverbilligung (IPV) fi-



nanziert. Künftig werden die Gemeinden über diese Mittel nicht mehr verfügen, da die IPV ab dem Jahr 2014 direkt an die Krankenversicherer auszuzahlen ist. Ab dem 1. Januar 2012 stellt sich für Leistungserbringer, die im «Tiers garant» abrechnen, das Problem, dass Notfallbehandlungen nicht direkt vom Krankenversicherer vergütet, sondern von den Versicherten zu bezahlen sind. Es ist damit nicht gewährleistet, dass säumige Prämienzahlende die vom Krankenversicherer erhaltene Vergütung für Notfallbehandlungen zur Bezahlung der Rechnung der Leistungserbringer verwenden. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Thurgau empfiehlt deshalb, bei Notfallbehandlungen von Personen mit einer Leistungssistierung einen Wechsel in den «Tiers payant» vorzunehmen oder von der Patientin oder dem Patienten eine Abtretungsvereinbarung unterzeichnen zu lassen. Dieses Problem stellt sich für die Spitäler nicht, da diese im «Tiers payant» abrechnen und somit für Notfallbehandlungen die Vergütung direkt von den Krankenversicherern erhalten.

Fragen aus der Kommission:

Lorenz bedankt sich für die Ausführungen. Sie zieht die Bezeichnung «Datenpool» der Bezeichnung «schwarze Liste» vor.

Rombach erkundigt sich nach den Kosten für die Listenführung.

Orellano kann keine Auskunft zu den Kosten geben. Der Kanton Thurgau würde die Liste kaum weiterführen, wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht gut wäre. Er kann jedoch einige Ausführungen zum Nutzen des Datenpools machen. Der Datenpool ist aufgrund eines Rechtsverfahrens eingeführt worden, welches von der Spital Thurgau AG geführt wurde. Die offenen Rechnungen der Spitäler hätten sich damals auf rund 5 bis 6 Mio. Franken belaufen. Das Verwaltungsgericht hat dann entschieden, dass die Gemeinden für die offenen Spitalrechnungen aufkommen müssen. Dies war der Grund für die Einführung des Datenpools. Im Moment bewegen sich die Ausstände der Spitäler im Bereich von 100'000 Franken. Bei den freipraktizierenden Leistungserbringern konnten die offenen Rechnungen um rund 70 Prozent reduziert werden.

Im Kanton Thurgau besteht bereits eine EDV-Applikation, die allenfalls auch von anderen Kantonen genutzt werden kann.

Widmer erkundigt sich danach, ob die Einsichtnahme in die Liste für die Leistungserbringer kostenpflichtig ist.

Orellano antwortet, dass der Kanton das System kostenlos zur Verfügung stellt, weil er an der Reduktion der offenen Rechnungen interessiert ist. Der Zugriff ist stark reglementiert. Die Leistungserbringer können lediglich Einsicht nehmen. Eingaben ins System können nur die Behörden (Kanton und Gemeinden) vornehmen.

Hasler erkundigt sich, ob auch Spitem-Organisationen die Liste einsehen können.

Orellano antwortet, dass die Spitem-Organisationen nicht in der Rahmenorganisation vertreten sind und deshalb die Liste nicht einsehen können.

Altherr möchte wissen, ab welchem Zeitpunkt eine Person bisher auf der Liste geführt wird. Ist dies ab der Mahnung durch den Krankenversicherer, bei der Einleitung des Betreibungsverfahrens oder bei Vorliegen eines Verlustscheins der Fall.



Orellano: In der Vergangenheit erfolgte eine Aufnahme in die Liste aufgrund der Meldung des Krankenversicherers. Die Meldung des Krankenversicherers ist nach der 2. Mahnung erfolgt.

[Abklärungen des GD haben ergeben, dass auch im Kanton Thurgau eine Aufnahme auf die Liste erst mit Einleitung des Betreibungsverfahrens und nicht ab der 2. Mahnung erfolgt].

Willi erkundigt sich nach den Auswirkungen der Listenführung aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte. Sind die auf der Liste geführten Personen im Alltag schlechter gestellt?

Orellano erklärt, dass auf der Liste erfasste Personen nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen haben. Die Erstkonsultation, bei welcher abgeklärt wird, ob es sich um einen Notfall handle oder nicht, wird übernommen. Die betroffene Person wird darauf hingewiesen, dass sie zuerst ihre Finanzen in Ordnung bringen muss, damit sie - wenn kein Notfall vorliegt - weitere Untersuchungen und Behandlungen in Anspruch nehmen kann. Deswegen wird aber niemand schlecht behandelt. Wenn z.B. jemand einen zu hohen Cholesterinwert hat, erhält er nicht das Medikament, sondern nur das Rezept, da es sich nicht um einen Notfall handelt.

Willi: Kann das System des «Tiers payant» nicht für alle Leistungserbringer durchgesetzt werden, um offene Rechnungen der Leistungserbringer zu vermeiden?

Orellano: Die Frage der Systemwahl «Tiers payant» oder «Tiers garant» führt immer wieder zu Diskussionen. Das Problem ist der Datenschutz. Im System des «Tiers payant» gehen die Daten direkt an die Krankenversicherer. Die Krankenversicherer sind an diesen Daten interessiert. Die Versicherten sollen entscheiden können, welche Daten den Krankenversicherern geliefert werden.

Stump möchte wissen, ob auch Zahnärztinnen und -ärzte oder die Institutionen der Psychiatrie Einblick in den Datenpool haben.

Orellano sagt, dass die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (inkl. Fachbereich Psychiatrie) und die auf der Spitalliste geführten psychiatrischen Kliniken Einsicht in die Liste haben. Eine Psychiatriseschwester hat hingegen keinen Zugriff. Spitex-Organisationen, Apotheken oder Zahnärztinnen und -ärzte sind nicht in der Rahmenorganisation vertreten und haben deshalb keinen Zugriff.

Hasler-Spirig erkundigt sich nach dem Aufwand der Gemeinden für das Case Management.

Orellano: Die säumigen Prämienzahlenden werden aufgrund einer Meldung des Krankenversicherers erfasst. Gleichzeitig werden die säumigen Prämienzahlenden mit einem Schreiben orientiert, dass sie auf die Liste kommen und aufgefordert, ihre Zahlungen in Ordnung zu bringen bzw. sich bei der Gemeinde zu melden. Das Problem soll sofort in Angriff genommen werden und nicht erst in zwei Jahren, wenn die betroffene Person immer mehr Schulden angehäuft hat. Im Kanton Thurgau ist man froh, dass ein Datenpool besteht.



Leutenegger möchte wissen, ob ab dem 1. Januar 2012 die nach KVG zugelassenen Leistungserbringer aus der ganzen Schweiz in die Liste Einsicht nehmen können.

Orellano sagt, dass die Einsichtnahme weiterhin auf Ärztinnen und Ärzte aus dem Kanton Thurgau sowie auf Spitäler, die auf der Thurgauer Spitalliste aufgeführt sind, eingeschränkt ist. Es steht den Kantonen frei, dies so zu regeln. Wenn sich der Kanton St.Gallen für die Einführung einer Liste entscheidet, kann er selbst bestimmen, mit welchen Kantonen er einen Austausch vereinbaren möchte. Ein automatischer Zugriff ist jedoch nicht gewährleistet.

Hanselmann: Mit der freien Spitalwahl muss grundsätzlich eine Einsichtnahme für alle nach KVG zugelassenen Leistungserbringer möglich sein. Ansonsten können Betroffene, die eigentlich nur Anspruch auf Notfallbehandlungen haben, einfach auf einen anderen Kanton ausweichen. Wurde das im Kanton Thurgau nicht diskutiert?

Orellano erkennt das Problem. Nach der Einführung des Datenpools im Kanton Thurgau sind betroffene Versicherte (vor allem aus dem Südthurgau) in die Region Wil ausgewichen. Die Ärztinnen und Ärzte aus Wil haben sich dann darüber beschwert, dass ihre Rechnungen nicht bezahlt wurden. Der Kanton Thurgau wäre sicher gesprächsbereit, die Liste im Rahmen eines gegenseitigen Abkommens auch für Leistungserbringer anderer Kantone zu öffnen.

Hanselmann weist darauf hin, dass an den offenen Rechnungen bei der Ärzteschaft die schwarze Liste nichts ändert. Deshalb hätten, wie man ihr zugetragen habe, einige freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte bereits wieder in das System des «Tiers payant» gewechselt, um das Problem der offenen Rechnungen zu lösen. Die Entscheidung, ob im System des «Tiers garant» oder des «Tiers payant» abgerechnet wird, liege bei der Ärzteschaft.

Orellano meint, dass dies eine politische Diskussion ist. Ab dem 1. Januar 2012 gibt es - sofern keine Liste geführt wird - keine Leistungssistierungen mehr. Bei auf der Liste geführten Personen kann ein Case Management erfolgen, um die Begleichung der Ausstände zu erreichen. Letztlich ist es der Kanton, der für die Ausstände bzw. die Rechnungen von Spitälern und Leistungserbringern oder für Prämien aufkommen muss. Das Case Management soll deshalb frühzeitig einsetzen. Für die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte dürfte es auch ohne Datenpool bei einer Abrechnung im «Tiers payant» kein Problem mit offenen Rechnungen geben.

Hartmann hält fest, dass es beim vorliegenden V. Nachtrag zum EG-KVG nicht um offene Arztrechnungen sondern ausschliesslich um ausstehende OKP-Prämien geht. Im System des «Tiers garant» rechnen primär die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ab. Er fragt, ob er die Ausführungen von Orellano, wonach bei den offenen Arztrechnungen eine Reduktion um 70 Prozent erfolgt ist, richtig verstanden hat.

Orellano: Gemäss den durchgeführten Stichproben ist der Rückgang deutlich bzw. in diesem Rahmen. Eine Reduktion der offenen Rechnungen ist vor allem auch bei den Spitälern feststellbar. Der Datenpool soll keine Leistungen verhindern, sondern säumige Versicherte dazu bringen, ihre finanziellen Probleme zu regeln.



Altherr ergänzt, dass im Kanton St.Gallen - gemäss Aussagen der Versicherer - die offenen Prämienrechnungen über das Betreibungsverfahren um 70 bis 75 Prozent reduziert werden können. Einen Vorteil sehe er deshalb in der Thurgauer Liste nicht.

Tinner fragt, ob es zur Entwicklung der offenen Rechnungen für die Ärzteschaft und die Spitäler Zahlenmaterial gibt.

Orellano: Die Daten der rund 400 im Kanton Thurgau tätigen Ärztinnen und Ärzte wurden nicht erfasst. Die Gemeinden übernehmen für die im Datenpool erfassten Personen entweder die Kosten der Notfallbehandlungen oder die ausstehenden OKP-Prämien. Gemäss den Rückmeldungen aus der Ärzteschaft konnte die Anzahl der offenen Rechnungen stark reduziert werden. Es wird jedoch immer Versicherte geben, die ihre Arztrechnungen nicht zahlen.

Tinner möchte gerne eine konkrete Prozentzahl hören.

Orellano: die Reduktion der offenen Rechnungen beträgt 70 Prozent. Orellano berichtet aus eigener Erfahrung, dass eine Reduktion der Ausstände von Fr. 5'000.- auf ca. Fr. 1'500.- je Jahr erfolgt ist. Die früheren Ausstände der Spitäler von mehreren Mio. Franken bewegen sich heute im Bereich von Fr. 100'000.-.

Altherr möchte wissen, ob Versicherte aufgrund der fehlenden Meldung des Krankenversicherers zu Unrecht in der Liste geführt worden sind und ob dies juristische Folgen hatte.

Orellano bestätigt, dass bis Ende 2011 (wegen der fehlenden Meldung des Versicherers) Versicherte auf der Liste geführt worden sind, obwohl die Leistungssistierung durch den Krankenversicherer bereits aufgehoben worden ist. In diesen Fällen musste die betroffene Person vom Krankenversicherer eine Meldung an die Gemeinde verlangen, um von der Liste gestrichen zu werden. Ein juristisches Nachspiel hatte dies seines Wissens nicht.

2.2 Kanton Bern (lehnt schwarze Liste ab)

(Jean-Philippe Jeannerat, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern)

Jeannerat führt aus, dass der Kanton Bern keinen Datenpool bzw. keine Liste führt. Bisher wurde die Einführung einer Liste nach Art. 64 Abs. 7 KVG politisch nicht verlangt. Die Kantonsregierung wird von sich aus keine solche Liste einführen. Dies wurde ihm von den zuständigen Regierungsmitgliedern (Vorsteher der Gesundheits- und Fürsorgedirektion und der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion) mit Blick auf die heutige Sitzung nochmals so bestätigt. Ein politischer Vorstoss zur Einführung einer Liste würde von der Regierung zur Ablehnung empfohlen. Die Position des Kantons Bern ist heute diesbezüglich klar. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass eine entsprechende Diskussion in den kommenden Jahren auf politischer Ebene dennoch geführt wird.

Für das Anliegen, die Belastung der öffentlichen Hand zu minimieren, besteht Verständnis. Im Jahr 2009 hat der Kanton Bern rund 19'000 Verlustscheine im Umfang von rund 22 Mio. Franken übernommen. Zudem werden von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion



auch offene Spitalrechnungen übernommen. Seit 2006 sind den Spitälern offene Rechnungen von rund 15 Mio. Franken vergütet worden. Um die Relationen aufzuzeigen, ergänzt Jeannerat, dass das Gesamtbudget des Kantons Bern rund 10 Mrd. Franken beträgt. Die Nettobelastung des Kantons für die Prämienverbilligung liegt bei rund 240 Mio. Franken. Bei den aufgrund von Verlustscheinen übernommenen Forderungen handelt es sich im Wesentlichen um Prämienausstände. Die Ausstände von 22 Mio. Franken entsprechen ca. 0,8 Prozent des Prämienvolumens des Kantons und 0,25 Prozent des Gesamtbudgets.

Die Gründe für die ablehnende Haltung des Kantons Bern sind die folgenden: Es ist fraglich, ob eine Liste und ein Case Management einen Beitrag zur Reduktion der Belastung des Kantonshaushalts leisten könnten. Es gibt keine vertieften Studien oder Abklärungen, die den Nutzen abschliessend belegen. Auch besteht im Kanton Bern die Auffassung, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung nicht eingeschränkt werden soll; und zwar auch dann nicht, wenn Prämienausstände bestehen. Es besteht die Befürchtung, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die auf der Liste geführten Versicherten eingeschränkt wird. Damit bestehe die Gefahr, dass betroffene Personen mit grossen gesundheitlichen Problemen viel zu spät zu einer Ärztin bzw. zu einem Arzt oder in ein Spital gehen. Auch ist nicht nachvollziehbar, dass bei ausstehenden OKP-Prämien ein anderes Vorgehen gewählt werden soll als bei anderen unbezahlten Forderungen wie z.B. Steuerrechnungen. Für ausstehende OKP-Prämien leitet der Krankenversicherer die Betreuung ein, was bereits einen erheblichen Druck auf die Schuldnerin bzw. den Schuldner erzeugt. Die betroffenen Personen haben die Möglichkeit, Hilfe oder Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Es wird davon ausgegangen, dass sich mit einer Liste keine bedeutende Verbesserung erzielen lässt. Insgesamt sind im Kanton Bern rund 15'000 bis 20'000 Personen von solchen Schwierigkeiten betroffen. Ein Teil dieser Personen ist den Gemeinden wahrscheinlich bereits bekannt. Möglicherweise wird diesen Personen bereits geholfen. Die Einführung eines Datenpools wurde vom Kanton vor diesem Hintergrund überprüft. Das Kosten- und Nutzenverhältnis scheint nach einer ersten Prüfung jedoch nicht besonders günstig. Es muss berücksichtigt werden, dass ein solcher Datenpool eine grosse Verwaltung verlangt. Es müssten rund 15'000 bis 20'000 Personen erfasst und die Informationen laufend aktualisiert werden. Es ist zu gewährleisten, dass die betroffenen Personen nach Aufhebung einer Leistungssistierung so rasch wie möglich von der Liste gelöscht werden. Bezüglich der Einsichtnahme durch die Leistungserbringer stellen sich auch datenschutzrechtliche Fragen. Der Aufwand der Gemeinden ist ebenfalls gross. Eine Liste kann eventuell eine Verbesserung bezüglich der vom Kanton zu bezahlenden Forderungen bringen. Wahrscheinlich gibt es auch eine Verbesserung für einige Leistungserbringer. Möglicherweise gibt es auch eine Verbesserung für Personen, die bereits früh aktiv betreut werden können. Der Kanton Bern geht jedoch davon aus, dass der Verwaltungsaufwand für die Einführung und das Führen einer Liste den Nutzen übersteigt. Zudem ist es schwierig zwischen «Zahlungsunwilligen» und «Zahlungsunfähigen» zu unterscheiden. Eine Definition des Begriffs «Notfallbehandlung» ist problematisch. Es dürfte in vielen Situationen zudem fraglich sein, ob eine Leistungssistierung tatsächlich als ethisch zulässig betrachtet werden kann. Der Zugang zur medizinischen Versorgung soll grundsätzlich nicht eingeschränkt werden. Bei finanziellen Schwierigkeiten einer Person gibt es andere Wege für eine Schuldensanierung. Im Vordergrund soll nicht die Bestrafung von säumigen Prämienzahlenden stehen. Das Ziel kann nur sein, jenen Personen zu helfen, die nicht in der Lage sind, ihre privaten Finanzen korrekt zu verwalten.



Lorenz nimmt zur Kenntnis, dass im Kanton Bern bisher das Problem politisch noch nicht diskutiert wurde. Sie bedankt sich bei Herrn Jeannerat für die Ausführungen zur Situation des Kantons Bern.

Fragen aus der Kommission:

Hartmann: Jeannerat hat nicht genau ausgeführt, mit welchen Mitteln das Problem der offenen Prämienrechnungen im Kanton Bern angegangen wird. Es ist gesagt worden, dass man mit dem Druck des Betreibungsverfahrens auch zum Ziel komme. Hartmann möchte wissen, ob im Kanton Bern das Betreibungsverfahren das bevorzugte Instrument sei und inwieweit den Personen mit Finanzproblemen mit einem Betreibungsverfahren auch tatsächlich geholfen werde.

Jeannerat: Im Kanton Bern wird die entsprechende Verordnung erst auf den 1. Januar 2013 revidiert. Es wird davon ausgegangen, dass es ausreichend ist, wenn eine proaktive Information der betroffenen Versicherten mit Prämienausständen erfolgt. Die Schuldenberatung durch die Gemeinden soll verstärkt werden. Dazu gibt es bereits verschiedene Bestrebungen, damit eine Beratung der Betroffenen frühzeitig erfolgen kann und nicht erst bei Eintritt in die Sozialhilfe. Bisher hat der Kanton Bern 100 Prozent der Verlustscheine übernommen. Die Steuerverwaltung hat im Rahmen der Verlustscheinbewirtschaftung durchschnittlich 20 Prozent wieder eingebracht. Ab dem Jahr 2012 muss der Kanton noch 85 Prozent der Verlustscheinforderungen übernehmen. Die Verlustscheinbewirtschaftung obliegt den Krankenversicherern, welche dem Kanton 50 Prozent des Ertrages erstatten müssen. Der Kanton Bern geht jedoch davon aus, dass mit der Optimierung der bestehenden Instrumente und mit einer noch besseren Information der betroffenen Personen gute Ergebnisse erzielt werden können. Er weist abschliessend darauf hin, dass auch im Kanton Thurgau die Personen, die auf der Liste geführt werden, betrieben werden.

Rehli wirft die Frage auf, wie die Thematik in den benachbarten Kantonen (z.B. Luzern, Solothurn oder Freiburg) geregelt wird – v.a. wegen der freien Spitalwahl.

Jeannerat kann keine Auskunft über den Stand der Arbeiten in diesen Kantonen geben. Es ist ihm jedoch bekannt, dass die Einführung einer Liste in der gesamten welschen Schweiz aktuell kein Thema ist.

Hanselmann: In der nachfolgenden Präsentation werden noch Ausführungen zur Situation in den Kantonen gemacht.

Hasler-Spirig: Es ist gesagt worden, dass die Versicherten bei einer Nichtbezahlung der Prämien schriftlich über die Folgen informiert werden sollen. Welches sind die Folgen bei einer Nichtbezahlung der Prämien?

Jeannerat: In der Regel leitet der Versicherer das Betreibungsverfahren ein – mit oder ohne Liste. Bei der Zahlungsunfähigkeit der betriebenen Person kommt es zu einem Verlustschein. Der Kanton Bern hat ab dem Jahr 2006 versucht, mit den im Kanton Bern tätigen Versicherern eine Vereinbarung zu erzielen. Diese Bemühungen sind erfolglos geblieben. Der Kanton Bern hat dann das weitere Vorgehen des Bundes abgewartet. Mit der Änderung des KVG konnte nun eine gute Lösung gefunden werden.



3 Überblick über die Vorlage

Die Folien zum Eintretensreferat von Regierungsrätin Heidi Hanselmann werden verteilt. **Hanselmann** macht einleitend einige grundsätzliche Ausführungen zur vorgeschlagenen Neuregelung. Die Neuregelung des V. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung wurde notwendig, weil das eidgenössische KVG geändert und eine Motion eingereicht wurde, welche eine Liste von säumigen Zahlerinnen und Zahler von Krankenkassen zum Ziel hat.

Die KVG-Änderung vom 19. März 2010 umfasst drei Bereiche:

1. Die Auszahlung der individuellen Prämienverbilligung (IPV) soll neu schweizweit direkt an die Krankenversicherer erfolgen (und nicht an die Versicherten).
2. Die Übernahme von OKP-Ausständen wird schweizweit einheitlich geregelt. Die Kantone müssen 85 Prozent der Ausstände übernehmen. Dafür fällt im Gegenzug die Leistungssistierung weg.
3. Der Kanton kann auf den Wegfall der Leistungssistierung verzichten und eine Liste der betriebenen Versicherten (sogenannte «schwarze» Liste) führen.

Zur Auszahlung der IPV: Die Auszahlung der IPV wurde bisher im KVG nicht näher geregelt. Mit der KVG-Änderung vom 19. März 2010 hat die Auszahlung der IPV innert einer Übergangsfrist von zwei Jahren, d.h. spätestens ab 2014, ausschliesslich an die Krankenversicherer zu erfolgen. Damit soll eine Zweckentfremdung der IPV-Mittel vermieden und das Inkassorisiko für OKP-Prämien reduziert werden. Der Datenaustausch mit den Versicherern hat durch eine zentrale Stelle zu erfolgen. Die Versicherer sind zur Mitwirkung verpflichtet und müssen die bei ihnen für den Vollzug anfallenden Kosten selbst tragen.

Im Kanton St. Gallen erfolgt die Auszahlung der IPV bereits heute weitgehend an die Versicherer. Die ordentliche IPV wird von der SVA zu rund 95 Prozent an die Versicherer ausbezahlt. Auch die IPV für Sozialhilfe-Beziehende wird von den Gemeinden grundsätzlich an die Versicherer ausbezahlt. Einzig die IPV für Ergänzungsleistungsbeziehende (Ergänzungsleistung = EL) wird noch als Bestandteil der EL-Rente an die Versicherten ausbezahlt. Trotz der guten Ausgangslage im Kanton St. Gallen ist eine vollständige Auszahlung der IPV an die Krankenversicherer ab 2012 noch nicht möglich. Dies hat auch damit zu tun, dass auf Bundesebene noch nicht alle Datenstandards definiert werden konnten, die für eine Auszahlung an die Krankenversicherer notwendig sind. Es muss also mindestens ein Teil der vorgesehenen Übergangsfrist beansprucht werden. Im Kanton St. Gallen bleibt weiterhin die SVA mit der Direktauszahlung der IPV beauftragt.

Zu den uneinbringlichen OKP-Ausständen: Bisher konnten die Kantone den Umgang mit uneinbringlichen OKP-Prämien autonom regeln. Mit der KVG-Änderung vom 19. März 2010 wird der Umgang mit den ab dem Jahr 2012 fälligen OKP-Ausständen schweizweit einheitlich geregelt. Die Kantone werden neu verpflichtet, 85 Prozent der mit Verlustscheinen und diesen gleichgesetzten Rechtstiteln ausgewiesenen OKP-Ausstände zu übernehmen. Solange die IPV nicht direkt an die Krankenversicherer ausbezahlt wird, müssen die Kantone 87 Prozent der OKP-Ausstände übernehmen. Weitere Rechtstitel können im kantonalen Recht einem Verlustschein gleichgesetzt werden.



Die von den Versicherern geltend gemachten Forderungen müssen durch eine Revisionsstelle überprüft werden. Die Revisionsstelle muss im kantonalen Recht bezeichnet werden. Auch hier soll für den Datenaustausch ein einheitlicher, durch den Bund festzulegender Standard zur Anwendung gelangen.

Mit der Verpflichtung der Kantone zur Mitfinanzierung der uneinbringlichen OKP-Ausstände fällt das System der Leistungssistierung weg. Damit müssen die Krankenversicherer ab dem Jahr 2012 OKP-Leistungen auch dann vergüten, wenn Prämien und Kostenbeteiligungen der OKP ausstehend sind. Wenn sich ein Kanton hingegen für die Führung einer sogenannten «schwarzen» Liste der betriebenen Prämienzahlenden entscheidet, verzichtet er damit auf den Wegfall der Leistungssistierung.

Heute werden im Kanton St.Gallen Pfändungsverlustscheine für OKP-Ausstände vollumfänglich (d.h. zu 100 Prozent) durch die politischen Gemeinden übernommen. An den ab dem Jahr 2012 fälligen OKP-Ausständen muss sich der Kanton nur noch mit 85 bzw. 87 Prozent beteiligen. Damit reduziert sich zwar der Anteil des Kantons, dafür muss sich der Kanton neu auch an Konkursverlustscheinen beteiligen. Aus finanzieller Sicht dürfte diese Änderung saldoneutral sein.

Der Bundesrat hat Verfügungen über die Ausrichtung von EL einem Verlustschein gleichgesetzt. Um unnötige Betreuungskosten zu vermeiden, sollen im kantonalen Recht auch Verfügungen über die Ausrichtung finanzieller Sozialhilfe einem Verlustschein gleichgesetzt werden. Damit können die Versicherer OKP-Ausstände von Sozialhilfe-Beziehenden bereits vor Vorliegen eines Verlustscheins mit der zuständigen kantonalen Behörde abrechnen. Der Anteil des Kantons beträgt auch hier 85 Prozent.

Heute werden die Gesuche der Versicherer im Einzelfall durch die politischen Gemeinden überprüft und von den Gemeinden übernommen. Die Gemeinden rechnen die von ihnen übernommenen Leistungen mit der SVA ab. Neu entfällt die Überprüfung durch die Gemeinden. Damit werden die Gemeinden von einem erheblichen administrativen Aufwand entlastet. Es ist neu vorgesehen, dass die Versicherer die Forderungen direkt mit der SVA abrechnen. Dazu muss die Richtigkeit der Forderungen vorgängig von einer durch den Kanton bezeichneten Revisionsstelle bestätigt werden. Die Revisionstätigkeit soll, wie im KVG als Möglichkeit vorgesehen, den externen Revisionsstellen der Krankenversicherer übertragen werden. Die Kosten für die Revisionstätigkeit sind bei dieser Lösung nicht durch den Kanton, sondern durch den Krankenversicherer zu tragen.

Peter Altherr referiert u.a. über die Liste für säumige Prämienzahlende. Er hält fest, dass bei der Umsetzung der neuen Anforderungen des KVG zur Auszahlung der IPV kein Handlungsspielraum besteht. Auch der Handlungsspielraum im Zusammenhang mit der Umsetzung der Anforderungen zu den uneinbringlichen OKP-Ausständen ist sehr klein. Er umfasst im Wesentlichen die Bezeichnung der zuständigen kantonalen Behörde, der zuständigen Revisionsstelle und der einem Verlustschein gleichgesetzten Rechtstitel. Die Entscheidung, ob eine Liste geführt werden soll oder nicht, liegt hingegen in der Kompetenz des Kantons. Die Ausgestaltung der Liste ist zudem im kantonalen Recht zu regeln.

Er verweist auf die Interpellation 51.10.71 «Informationsaustausch über säumige Zahler von Krankenkassenprämien». Die Regierung hat sich bei deren Beantwortung und mit dem Nichteintretensantrag auf die Motion 42.1.02 «Liste von säumigen Zahlern und Zah-



lerinnen von Krankenkassenprämien» gegen die Führung einer «schwarzen» Liste ausgesprochen. Der Kantonsrat hat die Motion entgegen dem Antrag der Regierung gutgeheissen und damit die Regierung beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen für die Führung einer «schwarzen» Liste zu schaffen. Die Führung einer Liste bedeutet, dass das System der Leistungssistierung beibehalten wird. Das heisst, dass der Krankenversicherer bei Personen mit Prämienausständen nicht mehr verpflichtet ist, OKP-Leistungen zu vergüten. Davon ausgenommen sind einzig Notfallbehandlungen. Die Listenführung und die damit verbundenen Fragen betreffend Leistungssistierung müssen im kantonalen Recht geregelt werden.

- Wer kommt auf die Liste?
- Ab welchem Zeitpunkt kommt eine Person auf die Liste?
- Wer kann Einsicht nehmen?

Der Kanton St.Gallen ist der Auffassung, dass die Einsichtnahme für nach dem KVG zugelassene inner- und ausserkantonalen Leistungserbringer zu gewährleisten ist.

Die Zuständigkeit für die Führung der «schwarzen» Liste muss im kantonalen Recht festgelegt werden. Die Regierung schlägt vor, die Aufgaben im Zusammenhang mit der Listenführung an die SVA zu übertragen. Die SVA ist bereits heute für die Durchführung der IPV zuständig. Damit können die für die Auszahlung der IPV bereits bestehenden Kontakte und Schnittstellen zu den Versicherern genutzt werden. Die Aktualität der Liste kann zudem bei einer zentralen Listenführung besser gewährleistet werden.

Das Bundesrecht sieht neu nur noch eine Leistungssistierung bei ausstehenden OKP-Prämien vor, aber nicht mehr bei ausstehenden Kostenbeteiligungen. Der Beginn, die Wirkung und die Beendigung der Leistungssistierung werden im Bundesrecht nicht mehr geregelt. Dies muss im kantonalen Recht geregelt werden. Die kantonalen Regelungen zur Listenführung und insbesondere zur Leistungssistierung können deshalb voneinander abweichen.

Zum Stand in den anderen Kantonen erwähnt Altherr, dass bis Ende 2011 nur der Kanton Thurgau eine «schwarze Liste» geführt hat. Neben dem Kanton St.Gallen planen konkret acht weitere Kantone die Einführung einer «schwarzen» Liste. Es sind dies die Kantone Aargau, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, Tessin und Zug. Im Kanton Luzern ist das parlamentarische Verfahren abgeschlossen, so dass eine Listenführung im Jahr 2012 erfolgen kann. In den anderen Kantonen liegen Motionen oder Gesetzesentwürfe vor, welche teilweise noch im Parlament diskutiert werden müssen. In einigen Kantonen wird die Einführung einer Liste aufgrund der notwendigen Vorbereitungsarbeiten (insbesondere Einrichtung elektronische Plattform mit geschütztem Zugriff) nicht im Jahr 2012 möglich sein. Im Kanton Basel-Landschaft wurde die Diskussion zurückgestellt bzw. soll zuerst die Entwicklung in den anderen Kantonen abgewartet werden.

Zur Frage, was mit einer «schwarzen» Liste erreicht werden kann, führt Altherr aus, dass der Versicherer bei ausstehenden OKP-Prämien ein Betreibungsverfahren einleitet. Das Betreibungsverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (abgekürzt SchKG). Dies ist grundsätzlich ein sehr effizientes Instrument. Zahlungsunwillige Personen werden im Verlaufe des Betreibungsverfahrens dazu gebracht, die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Anders sieht es bei den zahlungsunfähigen Personen aus. Hier ist auch ein Betreibungsverfahren nicht erfolgreich bzw. endet mit einem



Verlustschein. Mit der Einführung einer Liste ist der Krankenversicherer nicht mehr verpflichtet, bei Personen, die auf der Liste aufgeführt sind, OKP-Leistungen zu vergüten (Notfallbehandlungen ausgenommen). Mit einer Liste kann die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen auf Notfallbehandlungen beschränkt werden. Notfallbehandlungen müssen vom Versicherer auch für Personen mit einer Leistungssistierung vergütet werden. Bei Wahlbehandlungen besteht keine Behandlungspflicht. Wahlbehandlungen müssen vom Krankenversicherer für Personen mit einer Leistungssistierung nicht vergütet werden.

Ein Irrtum wäre zu glauben, dass mit einer «schwarzen» Liste OKP-Ausstände verhindert werden können. Auch mit einer Liste wird es immer zahlungsunfähige Personen geben, für welche nach Ablauf des Betreibungsverfahrens ein Verlustschein ausgestellt wird. Auch im Kanton Thurgau gibt es Zahlungsausstände bei den Versicherern in Millionenhöhe. Mit einer «schwarzen» Liste kann auch keine bessere Zahlungsmoral bei der Bezahlung von Arztrechnungen erreicht werden, weil das Nichtbezahlen von Arztrechnungen nicht zu einem Eintrag in die schwarze Liste führt. Es führen nur ausstehende OKP-Prämien zu einem Listeneintrag. Bei sämtlichen Leistungserbringern, welche im System «Tiers garant» abrechnen, ist die Patientin bzw. der Patient zuständig für die Bezahlung der Rechnung. Selbst wenn die Patientin bzw. der Patient das Geld vom Krankenversicherer erhält, ist nicht gewährleistet, dass die Vergütung des Versicherers für die Bezahlung der Rechnung verwendet wird.

Dazu wird ein Beispiel eines Zuzügers aus dem Kanton Thurgau gezeigt. Im Kanton Thurgau konnte eine Gemeinde wählen, ob sie bei einer Person mit Prämienausständen und einem laufenden Betreibungsverfahren entweder die Behandlungskosten oder die ausstehenden OKP-Prämien zahlen will. Bezahlt sie die ausstehenden OKP-Prämien, müssen die Behandlungskosten vom Versicherer übernommen werden. Im Kanton St. Gallen besteht diese Wahlmöglichkeit nicht. Hier werden Pfändungsverlustscheine für OKP-Ausstände vollumfänglich von den Gemeinden übernommen. Damit lebt der Versicherungsschutz rückwirkend wieder auf und die offenen Rechnungen müssen vom Krankenversicherer beglichen werden. Aufgrund des Wahlrechts übernahmen die Thurgauer Gemeinden die offenen OKP-Prämien nur dann, wenn die aufgelaufenen Behandlungskosten höher waren als die ausstehenden OKP-Prämien. Entschied sie sich für die Übernahme der Behandlungskosten, blieben die Prämien weiterhin offen.

Im Kanton Thurgau hat eine Person während fast 10 Jahren keine OKP-Prämien bezahlt. Die Person war gesundheitlich schwer angeschlagen und musste sich in den letzten Jahren mehreren Operationen unterziehen. Diese wurden jedoch von der Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20; abgekürzt UVG) finanziert. Weil beim Krankenversicherer fast keine Behandlungskosten ausstehend waren, hat sich die Thurgauer Gemeinde entschieden, die deutlich geringeren Behandlungskosten statt der OKP-Ausstände zu bezahlen. Im Juli 2011 erfolgte der Zuzug in den Kanton St. Gallen. Weil die st.gallischen Gemeinden gemäss kantonaler Regelung kein Wahlrecht haben, musste die st.gallische Wohngemeinde für den Zuzüger die gesamten OKP-Ausstände (und zwar auch die OKP-Ausstände, die im Kanton Thurgau angefallen sind) in der Höhe von CHF 43'000.- übernehmen. Das Problem der ausstehenden Prämien wurde also im Kanton Thurgau trotz schwarzer Liste nicht gelöst, sondern elegant in den Nachbarkanton verschoben.



Es werde immer wieder gesagt, dass ausstehende Spitalrechnungen ein grosses Problem darstellen. Dies treffe zu. Auch im Kanton St. Gallen gab es offene Spitalrechnungen. Diese Rechnungen blieben jedoch nur temporär (d.h. max. 2 Jahre) offen. Die Spitäler hatten immer die Gewissheit, dass die Rechnungen irgendwann bezahlt werden. Sobald das Betreibungsverfahren abgeschlossen war und mit einem Verlustschein endete, musste die st.gallische Gemeinde die OKP-Ausstände übernehmen. Damit wurde die Leistungssistierung aufgehoben und der Krankenversicherer musste - mit entsprechender zeitlicher Verzögerung - die offenen Spitalrechnungen bezahlen. Mit der neuen KVG-Regelung wird es ab 2012 aber keine offenen Spitalrechnungen mehr geben, sofern auf eine «schwarze» Liste verzichtet wird. Mit einer «schwarzen» Liste kann es jedoch weiterhin offene Spitalrechnungen geben. Die Spitäler lehnen deshalb eine schwarze Liste ab.

Das Problem der offenen Arztrechnungen kann auch mit einer «schwarzen» Liste nicht gelöst werden. Ohne «schwarze» Liste wird zwar jede Arztrechnung vom Krankenversicherer vergütet, diese Vergütung erfolgt jedoch nicht direkt an die Ärztin bzw. den Arzt, sondern an die Patientin bzw. den Patienten. Grund dafür ist das von der freipraktizierenden Ärzteschaft gewählte System des «Tiers garant». In diesem System müssen die Patientinnen und Patienten die Arztrechnungen selbst bezahlen. Zahlt die Patientin bzw. der Patient die Arztrechnung nicht, führt dies nicht zu einem Eintrag in die «schwarze» Liste. Die «schwarze» Liste kann folglich nicht garantieren, dass die Patientinnen bzw. die Patienten die vom Versicherer erhaltene Vergütung zur Bezahlung der Arztrechnung verwenden und nicht für andere Bedürfnisse zweckentfremden. Das Inkassorisiko für die erbrachten Arztleistungen liegt im System des «Tiers garant» immer bei der Ärzteschaft. Selbst eine Notfallbehandlung wird vom Krankenversicherer direkt an die Patientin bzw. den Patienten vergütet. Was die Patientin bzw. der Patient mit dieser Vergütung macht, darauf kann kein Einfluss genommen werden. Das Problem der offenen Arztrechnungen wird somit weiterhin bestehen.

Die «schwarze» Liste führt auch nicht zu einem besseren Betreuungsergebnis, da die Rangordnung der Gläubiger im SchKG vorgegeben ist. Das Betreibungsverfahren ist ein wirksames Instrument. Gestützt auf Erfahrungen der Krankenversicherer werden im Laufe des Betreibungsverfahrens rund 75 Prozent der betriebenen Ausstände bezahlt. Nur für 25 Prozent der betriebenen Ausstände muss ein Verlustschein ausgestellt werden.

Auch das Problem, dass IPV-Bezügerinnen und –bezüger die IPV nicht zur Prämienzahlung, sondern für andere Bedürfnisse verwenden, rechtfertigt keine «schwarze» Liste. Erstens wurde im Kanton St.Gallen die IPV in der Regel direkt dem Krankenversicherer ausbezahlt und zweitens muss die Direktauszahlung der IPV an die Krankenversicherer bis spätestens 2014 zu 100 Prozent garantiert sein.

Als klaren Nachteil bezeichnet Altherr den mit der Listenführung verbundenen erheblichen Aufwand. Nach ersten Schätzungen der SVA ist mit Investitionen von 0.5 bis 1.0 Mio. Franken und jährlich wiederkehrenden Betriebskosten von rund CHF 450'000.- zu rechnen. Der Aufwand der Listenführung wird von allen Kantonen als erheblich angesehen. Insbesondere was die Einsichtnahme anbelangt. Der Kanton Thurgau vertritt die Auffassung, dass der Kanton abschliessend bestimmen kann, wer Einsicht nehmen kann. Hier gehen die Meinungen jedoch auseinander. Nach den Bestimmungen des KVG haben die Leistungserbringer ein Einsichtsrecht. Eine Beschränkung auf die im Kanton tätigen Leis-



Leistungserbringer ist im KVG nicht vorgesehen. Auf schweizerischer Ebene gibt es eine Arbeitsgruppe, welche die Standards für den Datenaustausch und die Möglichkeit einer schweizweiten einheitlichen Plattform diskutiert. In den Kantonen, in welchen eine «schwarze» Liste bereits beschlossen oder in Diskussion ist, herrscht die Meinung vor, dass eine Einsichtnahme auch für ausserkantonale Leistungserbringer möglich sein muss. Der Datenschutz und die Aktualität der Liste müssen gewährleistet sein.

Der Nutzen einer «schwarzen» Liste ist aus Sicht der Regierung umstritten. Auch die Vereinigung der St.Galler Gemeindegemeinschaften und Gemeindepräsidenten (VSGP) hat sich gegen die Führung einer Liste ausgesprochen.

Altherr weist in seinem Referat auch auf das Problem der offenen Spital- und Arztrechnungen hin. Spitäler haben grundsätzlich kein Interesse an einer «schwarzen» Liste, weil ihr Problem von allenfalls temporär offenen Spitalrechnungen ab 2012 ohne Liste abschliessend gelöst ist. Anders sieht es bei der Ärzteschaft aus, weil diese im System «Tiers garant» abrechnet. Im «Tiers garant» vergütet der Krankenversicherer die OKP-Leistung der Patientin bzw. dem Patienten. Die Arztrechnung muss von der Patientin bzw. vom Patienten bezahlt werden. Hier besteht ein Interesse, Personen mit ausstehenden OKP-Prämien identifizieren zu können, da diese i.d.R. auch Arztrechnungen nicht bezahlen werden. Das Problem der offenen Arztrechnungen würde jedoch abschliessend gelöst, wenn sich die Ärzteschaft für das gleiche Abrechnungssystem wie die Spitäler entscheiden würde (d.h. System «Tiers payant» statt «Tiers garant») und auf die Einführung einer «schwarzen» Liste verzichten würde. Altherr hält zusammenfassend fest, dass es zur Lösung des Problems der offenen Rechnungen keine «schwarze» Liste braucht. Die Liste ist mit erheblichen Kosten verbunden. Werden die Kosten dem beschränkten Nutzen gegenübergestellt, überwiegen aus Sicht der Regierung die Kosten.

Altherr geht auf die Frage ein, weshalb der Nachtrag erst jetzt von der vorbereitenden Kommission behandelt werden kann, obwohl ein Teil der Bestimmungen rückwirkend auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten soll. Dies hat damit zu tun, dass der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsbestimmungen erst am 22. Juni 2011 erlassen hat. Diese Ausführungsbestimmungen mussten bei der Erarbeitung der Vorlage berücksichtigt werden. Für die Erarbeitung der Botschaft bis zu deren Verabschiedung durch die Regierung wurden – selbst unter Einbezug eines Vernehmlassungsverfahrens bei der SVA und der VSGP – nur rund vier Monate benötigt. Nach der Verabschiedung durch die Regierung sind jedoch sechs Monate für das parlamentarische Verfahren notwendig (Einsetzung einer vorbereitenden Kommission, Beratung der Kommission, 1. und 2. Lesung im Kantonsrat). In vielen anderen Kantonen wurde das Gesetz erst später unterbreitet oder steht noch aus. Im Dezember 2011 wurden die Sozialämter der politischen Gemeinden (1. Dezember 2011) und die Krankenversicherer (19. Dezember 2011) vom Gesundheitsdepartement über die auf das Jahr 2012 anstehenden Neuerungen bezüglich uneinbringlichen OKP-Ausständen informiert. Dabei handelt es sich um Informationen zu Neuerungen, welche sich zwingend aus dem Bundesrecht ergeben.

Es ist ein gestaffeltes Inkrafttreten des V. Nachtrags vorgesehen. Die Bestimmungen zur Umsetzung des Bundesrechts bezüglich der Finanzierung der uneinbringlichen OKP-Ausstände treten rückwirkend auf den 1. Januar 2012 in Kraft. Die Einführung einer «schwarzen» Liste ist aufgrund des noch zu durchlaufenden parlamentarischen Verfahrens und aufgrund der entsprechenden Vorbereitungsarbeiten nicht auf das Jahr 2012



möglich. Es ist vorgesehen, mit einer Listenführung im Jahr 2013 zu beginnen. Dies hat zur Folge, dass das System der Leistungssistierung im Kanton St.Gallen im Jahr 2012 vorübergehend wegfällt und auf das Jahr 2013 wieder eingeführt wird. Die vollständige Auszahlung der IPV an die Krankenversicherer wird innerhalb der vom KVG vorgegebenen 2-jährigen Übergangsfrist erfolgen. Es ist noch offen, ob eine Umsetzung bereits auf das Jahr 2013 oder erst auf das Jahr 2014 möglich ist. Es ist vorgesehen, dass der Nachtrag in der Februarsession 2012 in erster Lesung und in der Aprilsession 2012 in zweiter Lesung durch den Kantonsrat beraten wird.

Lorenz bittet die Vertreter der SVA, Ausführungen zur Einführung einer Liste aus Sicht der SVA zu machen.

Leutenegger stellt Egger kurz vor. Egger setzt sich als Projektleiter bei der SVA mit den Anforderungen der KVG-Änderung auseinander. Egger wird die Überlegungen der SVA zur Führung einer Liste vorstellen.

Egger bedankt sich für die Möglichkeit, einige Ausführungen zu den administrativen Abläufen und zum Aufwand machen zu dürfen. Zur Frage nach dem administrativen Aufwand führt Egger aus, dass im Wesentlichen vier Parteien in die Listenführung involviert sind: die Krankenversicherer, die SVA als vorgesehene Durchführungsstelle, die kommunalen Sozialämter und die betriebenen Versicherten.

Den Anstoss zu einem Eintrag in die «schwarze» Liste gibt der Krankenversicherer. Wenn der Krankenversicherer nach erfolgloser Mahnung die Betreuung eingeleitet hat und die Betreuung soweit fortgeschritten ist, dass das Fortsetzungsbegehren auf Durchführung der Betreuung möglich wäre, muss der Krankenversicherer eine Meldung an die SVA machen. Die Meldung muss noch vor dem Fortsetzungsbegehren erfolgen. Die SVA klärt in einem ersten Schritt in ihrem eigenen Datenbestand ab, ob es sich bei der säumigen Person um einen EL-Beziehenden handelt. Wenn ja, fordert die SVA den Krankenversicherer auf, die Betreuung nicht fortzusetzen. Die ausstehenden OKP-Ausstände können zusammen mit dem Verlustschein zu 85 Prozent mit der SVA abgerechnet werden. Handelt es sich bei der säumigen versicherten Person um keinen EL-Beziehenden, muss die SVA eine Meldung an das zuständige Sozialamt machen. Wenn es sich um eine von der Sozialhilfe unterstützte Person handelt, teilt das Sozialamt dies der SVA mit. Auch in diesem Fall fordert die SVA den Krankenversicherer auf, die Betreuung nicht fortzusetzen. Bei allen anderen betriebenen Personen ist die Betreuung durch den Krankenversicherer fortzusetzen. Es steht dem Sozialamt der Gemeinde frei, für diese Personen ein Case Management durchzuführen. Mit der Fortsetzung der Betreuung muss der Krankenversicherer eine Leistungssistierung verfügen. Diese Verfügung geht einerseits an die versicherte Person, andererseits aber auch an die SVA. Ab diesem Zeitpunkt wird diese Person in die «schwarze» Liste eingetragen. Die versicherte Person muss über den Eintrag in die «schwarze» Liste durch die SVA informiert werden. Sie hat die Möglichkeit, von der SVA eine Verfügung zu verlangen und sich gegen den Eintrag in die «schwarze» Liste rechtlich zur Wehr zu setzen.

Entweder werden die betriebenen OKP-Ausstände im Laufe des Betreibungsverfahrens bezahlt oder sie münden in einem Verlustschein. Die Krankenversicherer rechnen die Verlustscheine mit der SVA ab, welche ihnen 85 Prozent der Forderung vergütet. Der Krankenversicherer muss die Leistungssistierung mit der vollständigen Bezahlung der



Forderung durch die versicherte Person oder mit der anteilmässigen Übernahme der Forderung durch die SVA aufheben. Der Krankenversicherer muss die versicherte Person und die SVA über die Aufhebung der Leistungssistierung informieren. Mit der Aufhebung der Leistungssistierung muss die SVA die versicherte Person aus der «schwarzen» Liste löschen und die versicherte Person entsprechend informieren. Die Aktualität des Thurgauer Datenpools konnte offensichtlich bisher nicht gewährleistet werden. Dieses Risiko besteht auch im Kanton St.Gallen für die Fälle, in denen der Krankenversicherer die SVA nicht unmittelbar über die Aufhebung einer Leistungssistierung orientiert.

Für die Liste muss die SVA eine Datenbank aufgrund der Meldungen der Krankenversicherer führen. Der Zugriff der schweizweit nach KVG zugelassenen Leistungserbringer ist zu gewährleisten. Ein entsprechendes Netzwerk steht möglicherweise als Standardsoftware zur Verfügung. Von der Firma MediData wird heute schon ein Netzwerk zwischen praktisch allen Krankenversicherern und den Leistungserbringern unterhalten. Möglicherweise könnte eine Liste mit der Unterstützung eines solchen Netzwerkes geführt werden. Diesbezügliche Evaluationen laufen bereits. Sollte der Einsatz einer Standardsoftware nicht möglich sein, muss die SVA ein eigenes Netzwerk zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern aufbauen. In der Schweiz sind rund 60 Krankenversicherer, mehrere Tausend Ärztinnen und Ärzte, mehrere Hundert Spitäler und weitere Leistungserbringer zugelassen, welche in ein solches Netzwerk integriert werden müssten. Eine Verbindung muss zudem zu den Sozialämtern hergestellt werden. Die SVA muss den Sozialämtern Betreibungen von Versicherten melden. Die SVA erwartet wiederum eine Rückmeldung der Sozialämter. Dieser Meldefluss macht die Einrichtung einer geschützten Extranet-Anwendungen durch die SVA notwendig.

Zum Aufwand führt Egger aus, dass die Realisierung eines eigenen Extranets Investitionskosten von 0,5 bis 1,0 Mio. Franken verursachen dürfte. Die Kosten für ein eigenes Extranet können von der SVA abgeschätzt werden, weil im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung ein Extranet zu den Pflegeheimen eingerichtet wurde und die SVA ein Extranet mit den AHV-Zweigstellen unterhält. Bei der Extranet-Lösung müssen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen berücksichtigt werden. Es ist sicherzustellen, dass die Gemeinden nur die Angaben zu den in ihrer Gemeinde wohnhaften Versicherten einsehen können. Für die Wartung des Extranets müsste mit jährlich bis zu Fr. 100'000.- (= 10 Prozent der Investition) gerechnet werden. Für die Nutzung einer Standardsoftware (wie diese von der Firma MediData angeboten wird) würden Lizenzkosten von insgesamt rund Fr. 141'000.- anfallen. Die Regierung geht in der Botschaft vom 25. Oktober 2011 davon aus, dass im Kanton St.Gallen jeweils rund 7'500 Personen von einer Leistungssistierung betroffen sind. Diese 7'500 Personen dürften im Laufe eines Jahres mehrfach vom Krankenversicherer betrieben werden; im Extremfall für jede Monatsrechnung einzeln, was einem Betreuungsvolumen von 90'000 Meldungen im Jahr entsprechen würde. Für die Verwaltung einer Liste mit bis zu 90'000 Meldungen im Jahr wären nach Schätzung der SVA ein bis zwei Vollzeitstellen notwendig. Die jährlichen Personal- und Infrastrukturkosten können auf rund Fr. 209'000.- geschätzt werden. Damit dürften einmalige Kosten von rund 0,5 bis 1,0 Mio. Franken für die Entwicklung eines Extranets und jährlich wiederkehrende Kosten von rund Fr. 450'000.- anfallen.

Hanselmann bedankt sich bei den Vertretern der SVA für die Ausführungen. Sie bittet auf den Entwurf des V. Nachtrags zum EG-KVG einzutreten und damit in die Detaildiskussion einzusteigen.



Fragen aus der Kommission

Hartmann wirft die Frage auf, ob bisher zwischen SVA und Sozialämtern kein Datenaustausch stattgefunden bzw. ein Datenaustausch nur aufgrund der Listenführung institutionalisiert werden muss.

Egger antwortet, dass der Datenaustausch bisher nicht über ein Netzwerk stattgefunden hat. Es gab aber sehr wohl einen Datenaustausch. Die Sozialämter haben die Ersatzleistungen jährlich mit der SVA abgerechnet. Dazu haben sie der SVA Excel-Dateien per Mail übermittelt.

Hartmann fragt, weshalb für die Listenführung ein Extranet benötigt wird, wenn der Datenaustausch bisher auch anderweitig abgewickelt werden konnte.

Egger: Die Abrechnung der Ersatzleistungen ist nur einmal jährlich erfolgt. Dabei hat die SVA von jeder Gemeinde ein Mail mit Excel-Dateien erhalten. Neu muss ein Volumen von bis zu 90'000 laufend eingehenden Betreuungsmeldungen erfasst werden. Diese Meldungen müssen zeitnah an die Sozialämter weitergeleitet werden. Eine manuelle Verarbeitung ist aufgrund des zu erwartenden Volumens nicht mehr möglich bzw. würde zu einem unverhältnismässigen Personalaufwand führen.

Hartmann: MediData ist im Besitz der Krankenversicherer. Im Kanton St.Gallen arbeiten nur 26 Prozent der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte mit MediData. Dies sollte bei der Evaluation der Informatikstrukturen berücksichtigt werden. Hartmann weist darauf hin, dass es auch andere Anbieter gebe, bei denen wesentlich mehr Leistungserbringer angeschlossen sind.

Egger führt aus, dass er zusammen mit Frau Dietrich die Gelegenheit hatte, eine Präsentation der Medidata anzuschauen. MediData hat auf die weiteren im Gesundheitsbereich bestehenden Netzwerke hingewiesen. Es besteht technisch die Möglichkeit, andere bestehende Netzwerke einzubinden. Damit kann ein nicht der MediData angeschlossener Leistungserbringer über das von ihm verwendete Netzwerk auf die Liste zugreifen. MediData geht davon aus, dass sie den grössten Teil der Leistungserbringer und der Krankenversicherer über ein Netz verbinden kann.

Stump: Wenn von rund 7'500 Prämienausständen ausgegangen wird, würden sich die Prämienausstände auf einen hohen Millionenbetrag belaufen. Wenn diese Prämienausstände wie im Kanton Thurgau um 70 Prozent reduziert werden können, sind die Kosten für die Listenführung als vergleichsweise gering zu beurteilen.

Altherr weist darauf hin, dass im Kanton St.Gallen im Laufe des Betreibungsverfahrens 75 Prozent der betriebenen OKP-Prämien bezahlt werden. Dies ist der Erfolg des Betreibungsverfahrens und nicht der Erfolg einer Liste. Im Kanton St.Gallen lagen im Jahr 2010 Verlustscheine für offene Prämien für rund 6,4 Mio. Franken vor. Auch im Kanton Thurgau dürften sich die uneinbringlichen Prämien auf einen siebenstelligen Betrag belaufen.

Widmer erkundigt sich nach der Möglichkeit, eine interkantonale EDV-Lösung (anstelle einer kantonalen Lösung) zu nutzen, welche sich beispielsweise am Thurgauer Modell orientiert. Neben dem Kanton Thurgau diskutieren auch die Kantone Schaffhausen, Graubünden und Appenzell Innerrodren - also schon fast die ganze Ostschweiz - eine



«schwarze» Liste. Könnten die Kosten durch die Nutzung von Synergien nicht gesenkt werden?

Egger: Das von der MediData vorgestellte Produkt könnte von allen interessierten Kantonen angewendet werden. Die Lizenzgebühren könnten durch die Beteiligung mehrerer Kantone von 0.30 Rappen je Einwohnerin und Einwohner auf rund 25 Rappen reduziert werden. Das Extranet für den Verkehr mit den Sozialämtern muss aber von jeder Durchführungsstelle selber bezahlt werden. Dabei ist es durchaus möglich, dass mehrere Kantone mit der gleichen Software die gleiche Lösung nutzen, was die Kosten ebenfalls reduzieren würde.

Hasler-Spirig: Gemäss Orellano erfolgt im Kanton Thurgau die Meldung für die «schwarze» Liste bereits bei der 2. Mahnung. Nach dem System der SVA würde eine Meldung erst nach der Einleitung der Betreibung erfolgen. Könnte nicht auch im Kanton St.Gallen eine Meldung zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen? Durch eine frühzeitige Reaktion könnten Beteiligungen und Aufwand vermieden werden.

Dietrich korrigiert die Ausführungen von Orellano insofern, als im Kanton Thurgau nach § 4 Abs. 1 der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung eine Meldung der Krankenversicherer an die Gemeinde erst zum Zeitpunkt der Einleitung des Fortsetzungsbegehrens erfolgt. Eine Meldung nach der 2. Mahnung ist also auch im Kanton Thurgau nicht vorgesehen. Auch müssen die Krankenversicherer ab dem Jahr 2012 nach Art. 64a Abs. 2 KVG der zuständigen kantonalen Behörde die säumigen Versicherten erst dann bekannt geben, wenn diese betrieben werden. Dies sofern der Kanton eine entsprechende Meldung verlangt.

Egger: Eine frühzeitiges Reagieren (d.h. bereits ab einer Mahnung) würde zu einem immensen Datenvolumen führen. Erfahrungsgemäss führen nur 20 Prozent der Mahnungen zu einem Beteiligungsverfahren, das auch fortgesetzt wird.

4 Eintretensdiskussion

Tinner macht einige Ausführungen aus der Sicht der VSGP. Die VSGP ist von der Einführung einer «schwarzen» Liste nicht begeistert. Der Aufwand ist nach Ansicht der VSGP erheblich. Bei der Frage, ob eine «schwarze» Liste eingeführt werden soll oder nicht, handelt es sich um einen politischen Entscheid. Mit der KVG-Änderung muss der Kanton 85 Prozent der OKP-Prämienausstände, für die ein Verlustschein vorliegt, übernehmen. Damit wird ein grosser Teil des Risikos abgedeckt. Auch werden IPV-Beiträge direkt an die Versicherer ausbezahlt. Es ist so - und das wird bestimmt auch mit einer «schwarzen» Liste letztendlich so sein -, dass die Gemeinden zur Kasse gebeten werden, wenn es um die Bezahlung von offenen Rechnungen geht. Bei der Beratung der Vorlage sollte deshalb auch der Aspekt der Aufgabenteilung berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, weshalb die Gemeinden 23 Prozent der den Krankenversicherern vergüteten OKP-Ausstände übernehmen müssen. Der Anteil der Gemeinden wird gemäss Einwohnerzahl ermittelt. Aufgrund dieses Verteilschlüssels werden die Gemeinden kein Interesse an der Einführung eines Case Managements haben, da die Kosten ohnehin auf alle Gemeinden verteilt werden. Dieses Problem habe man bereits bei der Pflegefinanzierung festgestellt.



Nach den Ausführungen von Orellano ist im Kanton Thurgau das früh einsetzende Case Management der Gemeinden ein wesentlicher Bestandteil der «schwarzen» Liste. Tinner weist darauf hin, dass der Ansatz des Case Managements nicht neu ist und auch im Kanton St.Gallen ein Thema ist. Das Case Management biete durchaus gute Möglichkeiten für die Beratung von zahlungsunfähigen Personen oder von Personen mit Zahlungsschwierigkeiten.

Die VSGP und die Arbeitsgruppe Gesundheit haben auch das Problem offener Arztrechnungen diskutiert. Tinner wird noch einen Vorschlag bzw. Antrag zu den unbezahlten Arztrechnungen für Notfallbehandlungen einbringen. Tinner spricht sich dafür aus, dass die Kommission zuerst einen Grundsatzentscheid betreffend «schwarze» Liste fällt.

Rombach spricht im Namen der SVP-Delegation. Er bedankt sich für die informativen und ausführlichen Unterlagen, welche zur Vorbereitung der Sitzung verschickt worden sind. Er verzichtet darauf, die Gründe für den vorliegenden Nachtrag nochmals zu wiederholen. Für die SVP steht die «schwarze» Liste im Vordergrund. Die SVP ist für Eintreten auf den Nachtrag. Die SVP befürwortet – auch nach den Ausführungen der Referenten - die Einführung einer Liste der betriebenen Versicherten. Weitere Aspekte der Botschaft können in der Spezialdiskussion erörtert werden.

Storchenegger spricht im Namen der CVP-Delegation. Mit dem vorliegenden Nachtrag muss kantonales Recht an geändertes Bundesrecht angepasst werden. Von Interesse ist vor allem die Einführung einer Liste für säumige Prämienzahlerinnen und -zahler. Die CVP ist mehrheitlich der Meinung, dass die Einführung einer solchen Liste eine vorbeugende Wirkung hat und notwendig ist. Versicherten, die ihre Prämienrechnung nicht bezahlen, kann Unterstützung angeboten werden. Wenn die Gemeinden das Case Management ernst nehmen und dieses frühzeitig einsetzt, können säumige Personen begleitet und weitere Schulden vermieden werden bzw. eine Schuldensanierung durchgeführt werden. Es geht auch um die Früherkennung von sozialer Verwahrlosung, welche in den letzten Jahren massiv zugenommen hat. Darum begrüsst eine Mehrheit der CVP die Schaffung einer «schwarzen» Liste. Die CVP ist für Eintreten auf die Vorlage.

Hartmann spricht im Namen der FDP-Delegation. Er bedankt sich beim Departement für die Ausarbeitung der Vorlage und für die gute Dokumentation. Beim Durchlesen der Unterlagen komme zum Ausdruck, dass diese Vorlage - bezogen auf die «schwarze» Liste - "contre-coeur" ausgearbeitet worden sei.

Es handle sich erneut um eine Vorlage aus dem Gesundheitsdepartement, die unter Zeitdruck erarbeitet und bearbeitet werden muss. Die FDP nimmt die Ausführungen des Gesundheitsdepartementes zur Kenntnis, wonach dieses bemüht sei, Vorlagen möglichst ohne rückwirkende Inkraftsetzung zu erarbeiten. Die FDP ist sich bewusst, dass der Zeitdruck auch von Faktoren abhängt, die weder durch den Kanton noch durch das Gesundheitsdepartement beeinflusst werden können. Es ist dennoch bedauerlich, dass teilweise eine rückwirkende Inkraftsetzung erfolgen muss. Wahrscheinlich kann dies bei der Dynamik und Komplexität der Änderungen im Gesundheitswesen nicht verhindert werden.

Die Vorlage betrifft den Kanton und die Gemeinden. Die Vorlage lässt bei der Aufgabenteilung und der Finanzierung Spielraum. Grundsätzlich bedauert die FDP, dass noch immer keine Gesamtschau zur Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden vorliegt



und deshalb die Aufgabenteilung in jedem einzelnen Teilgebiet diskutiert werden muss. Eine Vorlage mit einer Gesamtschau zur Aufgabenteilung wäre deshalb zu begrüßen. Aus Sicht der FDP fehlen in der Vorlage Angaben zum Nutzen einer Liste, während sehr genaue Ausführungen zu den Kosten gemacht wurden. Dank dem Referenten aus dem Kanton Thurgau konnte der Nutzen etwas konkretisiert werden. Aus Sicht von Hartmann sprechen die genannten Zahlen für ein gutes Kosten- und Nutzenverhältnis.

Die konsequente Auszahlung der IPV an die Versicherer wird von der FDP begrüßt. Die IPV ist zwar nicht Thema der heutigen Sitzung; wenn jedoch bald 50 Prozent der Bevölkerung eine IPV beziehen, stimmt etwas am System nicht mehr. Stossend ist auch, dass Studierende unabhängig von den finanziellen Verhältnissen der Eltern oder von den späteren Erwerbsaussichten ein Anrecht auf IPV haben.

Die FDP ist überzeugt, dass der Kanton St.Gallen eine «schwarze» Liste braucht. Der Staat muss dafür sorgen, dass das Krankenversicherungspflichtgesetz umgesetzt wird. Die Erfahrungen aus dem Kanton Thurgau (Reduktion der Prämienausstände) zeigen, dass eine «schwarze» Liste Sinn macht. In der Detaildiskussion wird die FDP noch einige Fragen und Anträge stellen. Grundsätzlich ist die FDP aber mit der Vorlage einverstanden.

Willi erwähnt, dass im Werdenberger&Obertoggenburger (W&O) am 30. September 2011 ein Artikel zur Abstimmung über das IV-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz im Februar 1912 erschienen ist. Mit der Abstimmung vor 100 Jahren wurde die Grundlage für eine gesamtschweizerische Gesetzgebung im Bereich des IV-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes gelegt. 100 Jahre später wird eine Anpassung und Verfeinerung dieses grossen Sozialwerkes diskutiert. Vor 100 Jahren hat sich die FDP wie folgt zum Gesetz geäußert: «Wir wollen keine Herrenpartei, sondern stets ein wachsames Auge und offene Hand für die Not des Volkes haben.» Es wurden auch Leserbriefe aus unserer Region überliefert. Der Redaktor hat beispielsweise ausgeführt: «Ich bin bedroht von einer drohenden Ausländermästerei im Falle, dass das Gesetz angenommen werden sollte.» Die heute geführte Diskussion zeigt, dass die Polemik z.T. vergleichbar ist. Die SP stimmt dem ersten Teil der Vorlage vorbehaltlos zu. Das Thema der «schwarzen» Liste sollte jedoch eingehend diskutiert werden. Die SP ist aus heutiger Sicht eher gegen die Einführung einer Liste für säumige Prämienzahlernde.

Müller bedankt sich für die Botschaft und die hilfreichen Unterlagen. Er spricht für die Fraktion Grüne, EVP und GLP. Die Fraktion begrüßt die notwendigen Änderungen im EV-KVG als Folge des geänderten KVG. Sie ist jedoch der Meinung, dass auf eine Liste für säumige Prämienzahlernde verzichtet werden soll. Für eine Liste spricht einzig die Früherkennung bzw. Früherfassung von Personen mit finanziellen Problemen. Gegen die Liste spricht jedoch das Kosten- und Nutzenverhältnis. Die Verwaltung wird aufgebläht. Es werden neue gesetzliche Bestimmungen erlassen. Bedenken bestehen auch wegen des Datenschutzes und der drohenden Ungleichbehandlung von säumigen Prämienzahlerinnen und -zahlern in anderen Lebensbereichen. Falls eine «schwarze» Liste eingeführt wird, muss diese sehr korrekt und insbesondere auch zeitnah geführt werden.

Grüne, EVP und GLP erachten die direkte Rechnungsstellung der Leistungserbringer an die Versicherten (Tiers garant) als fragwürdig. Die Ärztinnen und Ärzte sollten ihr Abrechnungssystem überdenken. Die Fraktion kann sich gut vorstellen, den Vorschlägen der



VSGP teilweise zu folgen. Die Regulierungsflut soll eingedämmt und zusätzliche Arbeitsplätze in der Verwaltung sollen vermieden werden. Die Fraktion ist der Meinung, dass sich der Aufwand nicht lohnt. Sie ist für Eintreten, aber die «schwarze» Liste sollte noch einmal überdacht werden.

Widmer macht ergänzende Ausführungen aus Sicht der FDP. Nach Ansicht von Widmer gingen die Krankenversicherer als wichtiger Partner vergessen, obwohl diese 15 Prozent der uneinbringlichen OKP-Ausstände finanzieren müssen. Widmer ist schweizerischer Delegierter eines namhaften Krankenversicherers. Da die Botschaft keine Aussagen von Krankenversicherern zur Einführung einer «schwarzen» Liste enthält, habe er seinen Krankenversicherer kontaktiert und sich nach dessen Meinung erkundigt. Die Generaldirektion hat die Anfrage dahingehend beantwortet, dass allein die Tatsache, bei Nichtbezahlung von Prämien auf eine schwarze Liste zu kommen, sehr heilsam sein könne. Damit werden chronische Nichtzahlerinnen und –zahler diszipliniert und nicht weitere Kosten auf die Allgemeinheit abgewälzt. Widmer zitiert wörtlich aus der Stellungnahme: «Wir können aus den bisherigen Erfahrungen nur Positives berichten.» Nach Ansicht des Krankenversicherers ist offensichtlich eine Liste zweck- und verhältnismässig. Die FDP wird in der Detaildiskussion auf diesen Punkt zurückkommen.

Hanselmann bedankt sich für die wohlwollende Aufnahme der Vorlage und für das Feedback. Im Zusammenhang mit dem Hinweis, dass die Vorlage (zu) spät unterbreitet wurde, weist sie nochmals darauf hin, dass das Gesundheitsdepartment zielstrebig unterwegs war. Die Ausführungsbestimmungen des Bundesrates liegen erst seit dem 22. Juni 2011 vor. Diese mussten abgewartet bzw. berücksichtigt werden, um zu vermeiden, dass die Vorlage nachträglich angepasst werden muss. Gemäss des Luzerner Gesundheitsdirektors Guido Graf wird die Liste im Kanton Luzern erst auf den 1. Juni 2012 eingeführt (und nicht bereits auf den 1. Januar 2012).

Aus den Voten ging hervor, dass das Case Management wichtig ist. Die Gemeinden könnten aber auch ein Case Management ohne Liste für säumige Prämienzahler einrichten. Den Gemeinden sind die Versicherten, die betrieben werden, bekannt. Die Gemeinden könnten somit diese Personen auch ohne Liste kontaktieren. Einzelne Gemeinden seien sehr daran interessiert, Menschen in schwierigen finanziellen Verhältnissen besser zu begleiten. Beat Tinner kann dazu als Vertreter der politischen Gemeinden sicher nähere Angaben machen.

Die Früherkennung ist sicher wichtig. Erfahrungsgemäss bezahlt bereits ein grosser Teil der säumigen Prämienzahlerinnen und –zahler die Prämienausstände bei einer 1. oder 2. Mahnung. Im Laufe des Betreibungsverfahrens werden sogar 75 Prozent der Ausstände bezahlt. Es ist aus Sicht der Versicherer nachvollziehbar, dass eine Liste als disziplinierende Massnahme wahrgenommen werden kann. Massgebend ist jedoch, ob mit einer Liste tatsächlich mehr Prämienausstände bezahlt werden als dies im Laufe des Betreibungsverfahrens ohnehin der Fall ist. Leider gibt es dazu keine Vergleichsdaten, da ausser dem Kanton Thurgau noch kein anderer Kanton eine Liste geführt hat.

Es ist wichtig, die Vor- und Nachteile einer «schwarzen» Liste zu diskutieren. Auch der Aspekt der Kosten ist zu berücksichtigen. Hanselmann erinnert in diesem Zusammenhang an das anstehende Sparpaket II zur Bereinigung des strukturellen Defizits des Kantons. Der Nutzen einer Liste wiegt deren Kosten nicht auf. Die Kantonsfinanzen werden zusätz-



lich belastet. Die Einführung einer Liste sollte deshalb vor diesem Hintergrund gut überdacht sein.

Hanselmann dankt nochmal für die wohlwollende Aufnahme der Vorlage.

5 Spezialdiskussion

Abschnitt 2.1: Situation heute (Fussnote 2 «Im Rahmen der finanziellen Sozialhilfe werden von den Gemeinden die tatsächlichen OKP-Prämien übernommen.»)

Widmer: Kann davon ausgegangen werden, dass Sozialhilfe-Beziehende bei der Wahl des Krankenversicherers frei sind, oder können sie aufgrund einer Vorschrift (allenfalls des Sozialhilfegesetzes oder eines anderen Erlasses) dazu verpflichtet werden, den jeweils günstigsten Krankenversicherer zu wählen?

Hanselmann: Sozialhilfe-Beziehende können den Krankenversicherer frei wählen. Die Gemeinden können jedoch Empfehlungen zur Wahl des Versicherers abgeben. Eine Einschränkung der Wahlmöglichkeit des Versicherers wäre problematisch. Im Kanton Waadt wurde der Gesundheitsdirektor v.a. von den Krankenversicherern stark kritisiert, weil er sich aktiv dafür ausgesprochen und dafür geworben hat, dass sich Sozialhilfe-Beziehende beim günstigsten Krankenversicherer versichern sollen.

Abschnitt 2.3: Übersicht der Änderungen

Storchenegger möchte wissen, wie Betroffene, die keinen Berechtigungsschein für die IPV erhalten haben, vorgehen müssen. Wo können sich diese Personen melden?

Leutenegger: Der Grossteil der Anspruchsberechtigten erhält einen Berechtigungsschein (vorausgefülltes Antragsformular) im Januar. Personen, die keinen Berechtigungsschein erhalten haben, können sich jederzeit bis Ende des Kalenderjahrs über die AHV-Zweigstelle der Gemeinde oder die Webseite der SVA zum Bezug einer ordentlichen IPV anmelden. Ein Antrag auf ordentliche IPV kann jederzeit bis zum Ende des Kalenderjahres eingereicht werden.

Storchenegger: Werden die Berechnungen rückwirkend angepasst, wenn ein begründeter Antrag erst im Lauf des Jahres eingereicht wird?

Leutenegger: Aufgrund des Antrags wird ermittelt, ob ein Anspruch auf ordentliche IPV besteht. Besteht ein Anspruch für das ganze Kalenderjahr, wird die ordentliche IPV rückwirkend an die betreffende Person ausbezahlt. In Zukunft wird die Auszahlung nur noch an die Krankenversicherer erfolgen.

Abschnitt 3: Uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Hartmann spricht nochmals das Thema «Tiers payant» und «Tiers garant» an. Es wurde bereits mehrmals ausgeführt, dass die Ärzte ihre Probleme ganz einfach lösen könnten, indem sie vom «Tiers garant» zum «Tiers payant» wechseln würden. Er lege Wert auf die Feststellung, dass bei dieser Vorlage nicht offene Arztrechnungen, sondern offene Prämienrechnungen im Vordergrund stehen. Die Ärzteschaft ist sich bewusst, dass das The-



ma der offenen Arztrechnungen mit einer «schwarzen» Liste nicht geregelt ist. Nach den Ausführungen des Kantons Thurgau hat die «schwarze» Liste aber auch eine positive Auswirkung auf die offenen Arztrechnungen, da der Personenkreis, der die OKP-Prämien nicht bezahlt, vielfach mit dem Personenkreis identisch ist, der auch die Arztrechnungen nicht bezahlt. Dass die Liste Wirkung zeige, belege auch der «Patiententourismus». Bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten von Rorschach hat die Anzahl Notfälle von Thurgauer Patientinnen und Patienten seit Einführung der Liste zugenommen.

Im Kanton St.Gallen rechnete die Ärzteschaft bis vor etwa fünf Jahren im «Tiers payant» ab. Das KVG sieht aber als Regelfall den «Tiers garant» bzw. die Rechnungsstellung an die Patientin bzw. den Patienten vor. Der «Tiers garant» gewährleiste eine bessere Rechnungskontrolle durch die Patientinnen und Patienten, obwohl eine Rechnungskontrolle auch im «Tiers payant» möglich ist, da die versicherte Person gemäss Gesetz eine Kopie der Rechnung erhält. Nur werden diese Rechnungskopien von den Patientinnen und Patienten nicht überprüft. Rechnungen werden nur dann überprüft, wenn man diese auch bezahlen müsse. Im Kanton St.Gallen rechnet die Ärzteschaft seit etwa fünf Jahren im «Tiers garant» ab. Seither werden die Rechnungen der Patientin bzw. dem Patienten geschickt. In seiner Praxis sei dies ein Dauerthema. Einzelne Patientinnen und Patienten äussern den Wunsch, dass die Rechnungen wieder direkt dem Krankenversicherer geschickt werden. Die Krankenversicherer bevorzugen grundsätzlich das System des «Tiers payant», da die Patientinnen und Patienten im «Tiers garant» dem Krankenversicherer nicht alle Rechnungen einreichen.

Hartmann hat für seine Praxis vor einem halben Jahr wieder auf das System «Tiers payant» gewechselt. Er ist damit einer der 26 Prozent der Ärztinnen und Ärzte des Kantons St.Gallen, welche nach dem «Tiers payant» abrechnen. Hartmann hat v.a. zum «Tiers payant» gewechselt, weil er die Rechnungen dem Versicherer elektronisch einreiche. Das sei eine erhebliche Vereinfachung – aber nicht ganz unproblematisch. Die Aussage von Altherr, dass das Problem der offenen Arztrechnungen ab 2012 ohne Liste einfach gelöst werden könne, sei nicht zutreffend. Die Krankenversicherer würden wöchentlich Rechnungen retournieren mit dem Hinweis, dass die Rechnungsstellung an die Patientin bzw. den Patienten zu erfolgen habe. Dies seien mehrheitlich kleinere Krankenversicherer.

Altherr: Das KVG lässt zwei Abrechnungssysteme zu: «Tiers payant» und «Tiers garant». Der Leistungserbringer ist in der Pflicht, das jeweilige System mit dem Versicherer verbindlich und vertraglich zu vereinbaren. Im Kanton St.Gallen hat sich die Ärzteschaft für das System «Tiers garant» entschieden bzw. dieses vertraglich vereinbart. Deshalb ist der Versicherer nicht verpflichtet, mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten im «Tiers payant» abzurechnen und nur deshalb komme es auch zur Rückweisung von Rechnungen, die dem Krankenversicherer direkt eingereicht werden (dies ist als Verstoss des bestehenden Vertrages zu betrachten). Würde die Ärzteschaft hingegen das System «Tiers payant» vertraglich vereinbaren, würde es zu keinen Rückweisungen mehr komme. Seine Aussage sei absolut zutreffend gewesen, was Hartmann sehr wohl bewusst sei.

Hanselmann ergänzt, dass das Thema «tiers payant» und «tiers garant» schon bei ihrem Amtsantritt im Jahr 2004 intensiv diskutiert worden sei. Sie habe nicht verstanden, dass die Ärzteschaft freiwillig überhaupt einen Wechsel wollte. In den Gesprächen wurde ver-



schiedentlich darauf hingewiesen, dass dem Krankenversicherer im «Tiers garant» nicht alle Rechnungen eingereicht werden, v.a. von Personen mit einer hohen Wahlfranchise. Im «Tiers payant» gehen hingegen alle Rechnungen automatisch an den Versicherer. Im «Tiers payant» wird somit in der Statistik ein höheres Volumen an erbrachten Arztleistungen ausgewiesen, was sich in den Tarifverhandlungen nachteilig auswirken kann. Die Ärzteschaft hat sich nach Abwägen der Vor- und Nachteile für das System «Tiers garant» entschieden.

Hartmann ergänzt, dass bei den Tarifverhandlungen mit den Krankenversicherern jeweils berücksichtigt werde, ob die Abrechnung im «Tiers payant» oder im «Tiers garant» erfolge. Auch den Krankenversicherern sei bewusst, dass im «Tiers garant» nicht alle Rechnungen an den Versicherer eingereicht werden.

Altenburger kann nicht nachvollziehen, dass in Rorschacher Arztpraxen mehr Notfallpatienten aus dem Kanton Thurgau verzeichnet werden, da Notfallbehandlungen im Kanton Thurgau vergütet werden.

Hartmann bestätigt, dass dies rein theoretisch richtig ist. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Personen mit Zahlungsausständen nicht gerne erneut zu diesem Arzt bzw. zu dieser Ärztin gehen, weil sie dann mit dem Problem der offenen Rechnung konfrontiert werden. Diese Personen lassen sich dann in einem anderen Kanton ohne Liste behandeln.

Altherr stellt mit Blick auf das Thema «Patiententourismus» klar, dass eine Patientin bzw. ein Patient aus dem Kanton Thurgau, der in einer Rorschacher Arztpraxis behandelt wird und seine Rechnung nicht bezahlt, nicht auf einer St.Galler Liste erfasst werden könne. Auf einer St.Galler Liste für säumige Prämienzahlende können nur im Kanton St.Gallen wohnhafte Versicherte erfasst werden, die Prämienausstände haben. Dem «Patiententourismus» könne nur begegnet werden, wenn St.Galler Ärztinnen und Ärzte in die Thurgauer Liste Einsicht nehmen können. Herr Orellano hat dazu jedoch ausgeführt, dass der Kanton Thurgau ausserkantonalen Leistungserbringern keine Einsichtnahme gewährt. Der «Patiententourismus» aus dem Kanton Thurgau kann somit auch mit einer St.Galler Liste nicht gelöst werden.

Hasler-Spirig möchte wissen, ob es theoretisch möglich ist, dass sich die Kantone gegenseitig das Recht zur Einsichtnahme in die Listen einräumen?

Altherr: Das ist nicht ausgeschlossen. Viele Kantone sind der Ansicht, dass aufgrund der Bestimmungen des KVG auch eine ausserkantonale Einsichtnahme bzw. eine Einsichtnahme aller nach KVG zugelassenen Leistungserbringer zu gewährleisten sei. Der Kanton Thurgau handhabt dies jedoch im Moment anders.

Hanselmann erkundigt sich nach den Anforderungen an den Datenschutz, welche die Einsichtnahme in ausserkantonale Listen nach sich zieht. Eventuell verfügt die SVA über entsprechende Erfahrungen.

Leutenegger: Die Frage des Datenschutzes muss in diesem Fall genau abgeklärt werden, um allfällige Missbräuche zu verhindern.



Widmer ist der Auffassung, dass man sich mit der Diskussion über Abrechnungssysteme vom Hautthema wegbewegt habe. Er unterstreicht, dass der «Patiententourismus» aufzeige, dass die Liste im Kanton Thurgau Auswirkungen hat.

Abschnitt 4.2: KVG-Änderungen vom 19. März 2010

Hartmann: In Abschnitt 4.2 werden Notfallbehandlungen thematisiert. Die Thurgauer Definition des Begriffs «Notfallbehandlung» ist für ihn nachvollziehbar. Er regt deshalb an, für den Kanton St.Gallen eine ähnliche Definition festzulegen. Er geht davon aus, dass eine Definition nicht im Gesetz erfolgen muss, spricht sich aber dafür aus festzuhalten, dass die vorberatende Kommission diese Diskussion geführt habe und Erstkonsultationen sowie lebensnotwendige Langzeitbehandlungen als Notfallbehandlung gelten. Hartmann ist nicht bekannt, ob auf eidgenössischer Ebene eine Definition bestehe.

Hanselmann: Der Begriff des Notfalls ist im Bundesrecht nicht näher definiert. In der Praxis entscheidet der Leistungserbringer ob ein Notfall vorliegt oder nicht. Es liegt deshalb an den behandelnden Ärztinnen und Ärzten abzuschätzen, ob eine Situation als Notfall zu taxieren sei oder nicht. Eine Definition des Notfalls ist schwierig und kann zu Haftungsfragen führen. Deshalb hat kein Kanton den Begriff Notfall im kantonalen Gesetz näher definiert.

Wüst verweist auf die Analogie zum kantonalen Gesundheitsgesetz (sGS 311.1). Nach Art. 33 haben die Spitäler und psychiatrischen Kliniken eine Aufnahmepflicht, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist. Über die Unaufschiebbarkeit entscheidet die ärztliche Leitung.

Altherr führt aus, dass der Kanton Thurgau seinen Notfallbegriff weder im Gesetz noch in der Verordnung definiert hat. Es hat sich im Kanton Thurgau dazu eine Praxis entwickelt. Das Gesundheitsdepartement rät bewusst von einer Definition des Begriffs «Notfallbehandlung» im Gesetz ab. Einerseits bestehen Haftungsrisiken und andererseits muss immer eine Einzelfallbeurteilung erfolgen. Selbst wenn eine Definition ins Gesetz aufgenommen würde, kann ein Krankenversicherer, der mit der Notfalldefinition nicht einverstanden ist, die Bezahlung der Rechnung ablehnen. Der Leistungserbringer müsste dann vom Versicherer eine Verfügung verlangen und diese beim Versicherungsgericht anfechten. In umstrittenen Fällen entscheidet letztlich ein Gericht, ob eine Notfallbehandlung vorlag oder nicht.

Nach dem heutigen Kenntnisstand wird kein anderer Kanton den Begriff «Notfallbehandlung» im kantonalen Gesetz definieren. Altherr verweist diesbezüglich nochmals auf die Haftungsrisiken. Für den Fall, dass eine im kantonalen Gesetz verankerte Notfalldefinition vom Gericht im konkreten Einzelfall als nicht korrekt beurteilt wird, bestünde ein Haftungsrisiko des Kantons. Dies spreche klar gegen eine entsprechende gesetzliche Regelung. Der Leistungserbringer muss im Einzelfall situativ entscheiden, ob ein Notfall vorliegt oder nicht.

Hartmann kann diesen Ausführungen gut folgen. Er kann auch gut damit leben, wenn der Begriff «Notfall» im Gesetz nicht definiert ist. Es macht für Hartmann Sinn, dem situativen Entscheid des Leistungserbringers entsprechendes Gewicht zu geben.



Abschnitt 4.3.2: Leistungssistierung

Hartmann stellt die Frage, ob es im Kanton St.Gallen Sozialhilfe-Beziehende gibt, die keine Prämienverbilligung haben?

Dietrich: Die laufenden OKP-Prämien von Sozialhilfe-Beziehenden werden von den Sozialämtern übernommen. Die von den Sozialämtern übernommenen OKP-Prämien gelten als Prämienverbilligung und werden über die Prämienverbilligung abgerechnet. Die Prämienverbilligung wird heute aber nicht über die SVA, sondern von den Sozialämtern ausgerichtet.

V. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung.

Der Nachtrag zum Einführungsgesetz wird artikelweise beraten.

Art. 8a (Neu): Meldeverfahren bei Betreibungen a) Meldung des Versicherers

Widmer: Hier müsste verankert werden, dass die Krankenversicherer den Wegfall einer Leistungssistierung melden müssen. Es wurde mehrmals auf die Probleme im Kanton Thurgau bzw. die fehlenden Meldungen der Versicherer hingewiesen. Eine Meldung der Aufhebung der Leistungssistierung ist notwendig, damit eine umgehende Streichung von der Liste erfolgen kann.

Dietrich: Diese Meldepflicht der Versicherer ist bereits im KVG verankert und muss deshalb nicht im kantonalen Recht aufgenommen werden. Nach Art. 64a Abs. 7 KVG erstattet der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

Hanselmann: Der Vertreter aus dem Kanton Thurgau hat deshalb darauf hingewiesen, weil die Meldung durch die Versicherer erst ab 2012 gewährleistet ist. Dies war bis Ende 2011 nicht der Fall.

Hasler-Spirig hat eine Verständnisfrage zum Art. 8a. In Abs. 1 wird von Schuldnerinnen und Schuldner gesprochen und in Abs. 3 von den betroffenen versicherten Personen. Handelt es sich dabei jeweils um die gleiche Person? Oder sind die Schuldnerin bzw. der Schuldner und die versicherten Personen verschiedene Personen?

Altherr: Im Falle von Familien tritt oft das Familienoberhaupt als Prämienzahler bzw. als Schuldner der Prämien für die ganze Familie auf. Von einer Leistungssistierung wären jedoch alle Familienmitglieder betroffen (mit Ausnahme von Kindern bis zum 18. Altersjahr). Mit Art. 8a soll sichergestellt werden, dass die Daten oder Personalien von sämtlichen betroffenen Personen eines Haushalts gemeldet werden. Ein Kind ist z.B. nicht Schuldner seiner Prämie, sondern Schuldner sind die Eltern. Mit dem Abs. 2 wird sichergestellt, dass dem Versicherer auch die Namen der Kinder angegeben werden.

Storchenegger: Grundsätzlich ist die Rede von der Prämienübernahme und nicht von Kostenbeteiligungen. In Art. 8a sind Prämien und Kostenbeteiligungen enthalten. Ist dies versehentlich bzw. was hat das eine mit dem anderen zu tun?



Dietrich: Nach Art. 64a Abs. 2 KVG muss der Versicherer versicherte Personen betreiben, die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist bezahlen. Der Versicherer muss die betriebenen Versicherten dem Kanton melden, sofern der Kanton dies verlangt. Die Meldung des Versicherers umfasst also auch Personen, die wegen ausstehender Kostenbeteiligungen betrieben werden. Hingegen wird im Zusammenhang mit der Listenführung nur von Versicherten gesprochen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen. Ausstehende Kostenbeteiligungen werden bei der Listenführung nicht berücksichtigt bzw. führen zu keinem Listeneintrag.

Altherr ergänzt: Der Versicherer muss Meldung erstatten, wenn sowohl Prämien wie Kostenbeteiligungen offen sind. Zu einem Eintrag in die Liste führt jedoch lediglich das Nichtbezahlen von OKP-Prämien. Das Nichtbezahlen von Kostenbeteiligungen ist nach KVG kein Grund, eine versicherte Person auf die Liste zu setzen. Das Meldeverfahren wird durch das KVG vorgegeben.

Storchenegger: Was sind die Konsequenzen, wenn ein Versicherer meldet, dass eine Kostenbeteiligung betrieben wird? Was hat dies ohne «schwarze» Liste für Konsequenzen?

Altherr: Art. 8a und Art. 8b sind Artikel, die unabhängig von der Einführung einer «schwarze» Liste benötigt werden. Das Meldeverfahren ist vor allem auch mit Blick auf uneinbringliche OKP-Ausstände, welche der Kanton zu 85 Prozent finanzieren muss, sinnvoll und notwendig. Das Meldeverfahren gemäss Art. 8a oder 8b ist vom Meldeverfahren für eine Liste für säumige Prämienzahlende zu unterscheiden.

Art. 8c (neu): Die Sozialversicherungsanstalt führt eine Liste der versicherten Personen nach Art. 64a Abs. 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen.

Hasler-Spirig: Weshalb sollen Beziehende von Sozialhilfe und EL von der Aufnahme in die Liste ausgenommen werden? Hier wird ja die Prämie sowieso von der Gemeinde bzw. vom Sozialamt bezahlt.

Altherr hat dazu zwei Folien vorbereitet. Eine zu Personen, welche Sozialhilfe beziehen und eine zweite zu Personen, welche EL beziehen. Grundsätzlich kann ab dem Eintritt in die finanzielle Sozialhilfe davon ausgegangen werden, dass eine Person zahlungsunfähig ist. Nach der Zielsetzung des KVG soll bei Zahlungsunfähigen kein Listeneintrag und keine Leistungssistierung erfolgen. Wenn jemand Sozialhilfe bezieht, werden die laufenden OKP-Prämien vom Sozialamt bezahlt. Das heisst: ab dem Zeitpunkt des Eintritts in die Sozialhilfe kann es keine Prämienausstände mehr geben. Aber es ist möglich, dass für die Zeit vor dem Eintritt in die finanzielle Sozialhilfe Ausstände bestehen. Es macht aber keinen Sinn, für Personen, die in die Sozialhilfe abgerutscht sind, alte Prämienausstände zu betreiben, da die Betreibung mit einem Verlustschein enden würde. Es wäre für den Kanton sogar mit Mehrkosten verbunden, da er sich mit 85 Prozent an den mit Verlustscheiden ausgewiesenen Forderungen beteiligen muss. Diese umfassen aber nicht nur die ausstehenden Prämien, sondern auch die Kosten des Betreibungsverfahrens. Werden Sozialhilfe-Beziehende nicht von der Aufnahme in die Liste aufgenommen, entstehen für den Kanton Mehrkosten für allfällige Betreibungsverfahren.



Der Sachverhalt bei EL-Beziehenden unterscheidet sich von den Bezüglern von finanzieller Sozialhilfe. Es kann zwar ebenfalls von der Mittellosigkeit von EL-Beziehenden ausgegangen werden. Für diese Personen soll deshalb auch kein Listeneintrag und keine Leistungssistierung vorgenommen werden. EL-Beziehende erhalten nach Bundesrecht die kantonale Durchschnittsprämie. Die effektive von der EL-beziehenden Person zu bezahlende Prämie kann jedoch tiefer, gleich hoch oder höher als die kantonale Durchschnittsprämie sein. In Zukunft wird die IPV in der Höhe der kantonalen Durchschnittsprämie direkt an den Versicherer ausbezahlt. Wenn eine EL-beziehende Person bei einem Krankenversicherer versichert ist, dessen Prämie über der kantonalen Durchschnittsprämie liegt, kann es für diese Prämien Differenz zu einem Prämienausstand kommen. Dieser Prämienausstand könnte zwar betrieben werden. Eine Betreibung macht jedoch keinen Sinn, weil die betroffene EL-beziehende Person nicht in der Lage sein wird, die Differenz zu zahlen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Betreibungsverfahren im Ausmass von dieser Prämien Differenz in einem Verlustschein enden wird. Diesen Verlustschein (einschliesslich der Betreibungskosten) muss der Kanton zu 85 Prozent übernehmen. Weil eine Betreibung mit höheren Kosten verbunden ist, ist es sinnvoll, EL-Beziehende von einem Listeneintrag auszunehmen.

Widmer erachtet das Meldeverfahren als sehr aufwendig. Die Meldung des Krankenversicherers erfolgt zuerst an die SVA. Dies SVA klärt ab, ob es sich um einen EL-Beziehenden handelt und muss anschliessend beim zuständigen Sozialamt nachfragen, ob es sich um einen Sozialhilfe-Beziehenden handelt, bevor über einen Listeneintrag definitiv entschieden werden kann. Der Abklärungsaufwand erscheint relativ hoch. Wenn auf die Abklärungen durch die SVA und das Sozialamt verzichtet würde bzw. wenn in Art. 8c Abs. 2 Bst a und b gestrichen würden, würde höchstens in Kauf genommen, dass auf der Liste auch Sozial- und EL-Beziehende geführt würden. Diese würden jedoch innert kurzer Frist von der Liste gestrichen, weil die Ausstände auf einem anderen Weg bezahlt würden. Widmer erkundigt sich deshalb bei Egger nach dem Aufwand für die Abklärungen, ob es sich um EL-Beziehende (Art. 8c Abs. 2 Bst. b) oder um Sozialhilfebeziehende (Art. 8c Abs. 2 Bst. b) handelt.

Egger: Die SVA geht von einer elektronischen Meldung des Krankenversicherers an die SVA (über eine mögliche Standardsoftware) aus. Die SVA empfängt diese elektronische Meldung des Krankenversicherers. Die SVA wird sicher eine elektronische Abfrage in Bezug auf die EL-Beziehenden integrieren. Hier ist keine manuelle Verarbeitung notwendig. Auch die Rückmeldung an den Krankenversicherer mit «ja, es handelt sich um einen EL-Beziehenden» kann elektronisch erfolgen. Wenn es sich um keinen EL-Beziehenden handelt, wird das Sozialamt informiert. Diese Meldung an das Sozialamt sollte elektronisch erfolgen können. Hier soll automatisch bzw. ohne manuelle Verarbeitung die Meldung an das Sozialamt mit dem Auftrag: «Bitte um Prüfung» gesendet werden. Das Sozialamt wird manuell tätig, v.a. auch mit Blick auf das Case Management, das angestrebt wird. Die Rückmeldung des Sozialamtes an die SVA wird elektronisch unterstützt erfolgen, zumindest was den Empfang der Rückmeldung durch die SVA betrifft. Die Meldung der SVA an den Krankenversicherer bezüglich Fortsetzung oder Einstellung der Betreibung erfolgt ebenfalls elektronisch.

Altherr: Wenn Art. 8c Abs. 2 Bst. a und b gestrichen werden bzw. EL-Beziehende und Sozialhilfe-Beziehende nicht mehr von der Liste ausgenommen werden, bedeutet dies, dass die Betreibung für diese Personen fortgesetzt wird (siehe Präsentation der SVA,



Seite 2 «Grobablauf Führen "schwarze Liste»). Dann werden EL-Beziehende und Sozialhilfebeziehende in die Liste aufgenommen und das Betreibungsverfahren fortgesetzt. Die Betriebskosten werden uneinbringlich sein. Der Kanton muss diese Kosten schlussendlich zu 85 Prozent bezahlen. Die Abklärungen durch die SVA und die Sozialämter werden mit dem Ziel durchgeführt unnötige Kosten zu vermeiden bzw. die Fortsetzung der Betreuung von mittellosen Personen zu verhindern.

Hartmann: Was passiert genau mit Personen, die vor dem Eintritt in die Sozialhilfe Prämien nicht bezahlt haben?

Altherr: Personen, die vor dem Eintritt in die Sozialhilfe Prämienausstände haben, werden für diese Prämienausstände auf der Liste aufgeführt sein. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Prämienausstände weiter betrieben werden sollen oder ob diese gleich zu 85 Prozent vom Kanton übernommen werden sollen. Da Personen ab Eintritt in die Sozialhilfe nicht mehr in der Lage sind, Prämienausstände zu zahlen – auch nicht ältere Prämienausstände, macht es keinen Sinn, diese alten Ausstände weiter zu betreiben. Dies wäre nur mit zusätzlichen Kosten für den Kanton verbunden.

Dietrich: Es ist durchaus möglich, dass zum Zeitpunkt des Eintritts einer Person in die Sozialhilfe noch Betreibungen laufen oder kurz zuvor angehoben wurden. Es geht um OKP-Ausstände, welche vor dem Eintritt in die Sozialhilfe entstanden sind. Nach der Zielsetzung des KVG sollen zahlungsunfähige Personen nicht auf der Liste geführt werden. Auf der Liste sollen nur Personen geführt werden, bei denen von einer möglichen Zahlungsunwilligkeit ausgegangen werden kann. Bei den EL-Beziehenden hat der Bund bereits bestimmt, dass diese Personen mittellos sind, indem er Verfügungen über die Ausrichtung von EL einem Verlustschein gleichgesetzt hat. Damit hat der Bund vorgegeben, dass die Krankenversicherer 85 Prozent der OKP-Ausstände ohne Fortsetzung der Betreuung mit dem Kanton abrechnen können. Von der Mittellosigkeit von Sozialhilfe-Beziehenden kann ebenfalls ausgegangen werden. Es macht deshalb keinen Sinn, Sozialhilfe-Beziehende zu betreiben. Verfügungen über die Ausrichtung finanzieller Sozialhilfe sollen im Kantonalen Recht deshalb einem Verlustschein gleichgesetzt werden. Anders als bisher werden damit beim Eintritt in die Sozialhilfe bereits bestehende OKP-Ausstände nicht mehr zu 100 Prozent von den Sozialämtern übernommen. Die Forderungen können von den Krankenversicherern zu 85 Prozent mit der SVA abgerechnet werden.

Tinner: Diese Diskussion verdeutlicht, dass eine «schwarze» Liste grundsätzlich überdacht werden muss. Wenn eine «schwarze» Liste durchgesetzt werden soll, soll auch ausdrücklich das Case Management angewendet werden. Oft erfolge ein schleichender Eintritt in die Sozialhilfe.

Altherr ergänzt, dass Personen, die keine Sozialhilfe oder EL beziehen, durch die Krankenversicherer betrieben und in die Liste aufgenommen werden. Ab dem Zeitpunkt des Eintritts in die Sozialhilfe kann aber von der Zahlungsunfähigkeit einer Person ausgegangen werden. Die Betreuung von Sozialhilfe-Beziehenden würde Mehrkosten auslösen, die zu 85 Prozent durch den Kanton zu tragen wären. Altherr bittet deshalb von der Streichung von Art. 8c Abs. 2 Bst. a und b Abstand zu nehmen.

Müller bittet die Kommission ebenfalls, Art. 8c Abs. 2 Bst. a und b beizubehalten. Wenn die Liste eingeführt wird bzw. Art. 8c bis 8f der Vorlage nicht gestrichen werden, ermögli-



che die Meldung an das Sozialamt bereits eine Früherkennung von allenfalls zukünftigen Klienten. Die Bedeutung der Früherkennung wurde auch explizit von Orellano betont. Es ist deshalb wichtig, dass der Ablauf unverändert beibehalten wird.

Rüegg-Gautschi regt an, säumige Versicherte bereits mit der 2. Mahnung – und nicht erst mit der Einleitung eines Betreibungsverfahrens – auf der Liste zu erfassen.

Altherr: Ein solches Vorgehen ist nicht möglich. Das KVG verpflichtet den Versicherer erst mit der Einleitung des Betreibungsverfahrens eine Meldung an den Kanton zu machen. Die Meldung an die SVA erfolgt daher erst nach Einleitung des Betreibungsverfahrens durch den Versicherer. Der Krankenversicherer kann nicht verpflichtet werden, bereits zwischen der zweiten Mahnung und der Einleitung des Betreibungsverfahrens eine Meldung an die SVA zu machen. Das Meldeverfahren ist vom Bundesrecht so vorgegeben.

Rüegg-Gautschi: Orellano hat jedoch ausgeführt, dass im Kanton Thurgau ein Listeneintrag bereits mit der zweiten Mahnung erfolge.

Hanselmann: Diese Aussage war nicht korrekt und wurde von Altherr/Dietrich korrigiert. Es wurde darauf hingewiesen, dass nach KVG eine Meldung erst später erfolge (vgl. Einschub Seite 7).

Tinner möchte die Diskussion vereinfachen und stellt deshalb den Antrag, im Grundsatz darüber abzustimmen, ob eine «schwarze» Liste eingeführt werden sollte. Ein solcher Grundsatzentscheid würde die nachfolgenden Diskussionen vereinfachen.

Lorenz lässt über den folgenden Ordnungsantrag von Tinner abstimmen: «Wer ist der Meinung, dass darüber abgestimmt werden soll, ob eine schwarze Liste grundsätzlich eingeführt werden soll oder nicht».

Abstimmung über den Ordnungsantrag «schwarze Liste» ja oder nein.	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	15	-	-	-

Lorenz lässt über den Antrag «Einführung einer Liste für betriebene Versicherte im Kanton St.Gallen», abstimmen.

Abstimmung zur Einführung der schwarzen Liste	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	10	5	-	-

Art. 8e (neu): Information und Einsichtnahme

Widmer spricht das Einsichtsrecht in die Liste (S. 26 oben) an. Er hat diesem Text entnommen, dass die Regierung der Meinung ist, dass sämtliche in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringer Einsicht nehmen können. Der Kanton Thurgau beurteilt dies offensichtlich anders. Die Formulierung von Art. 8e Abs. 2 ist deshalb unklar. Widmer



schlägt eine Formulierung vor, wonach «alle in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringer berechtigt sind, Einsicht zu nehmen.» Dies in der Hoffnung, dass andere Kantone Gegenrecht gewähren.

Altherr: Nach KVG können die Leistungserbringer Einsicht nehmen. Das kantonale Recht macht keine Einschränkung, wonach nur die im Kanton St.Gallen tätigen Leistungserbringer Einsicht nehmen können. Damit können grundsätzlich alle in der Schweiz nach KVG zugelassenen Leistungserbringer Einsicht nehmen. Die von Widmer vorgeschlagene Ergänzung von Art. 8e Abs. 2 ist deshalb nicht notwendig. Eine solche Ergänzung wäre nur dann notwendig, wenn die Einsichtnahme im kantonalen Recht auf im Kanton St.Gallen tätige Leistungserbringer beschränkt worden wäre.

Widmer kann dies akzeptieren, hält jedoch fest, dass dies aus den Materialien nicht hervorgehe.

Hanselmann gibt zu bedenken, dass dabei aber dem Datenschutz Rechnung getragen werden muss.

Altherr: Es würde die Möglichkeit bestehen, die Einsichtnahme für im Kanton St.Gallen tätige Leistungserbringer kostenlos zu erklären. Für ausserkantonale Leistungserbringer könnte die Einsichtnahme hingegen von der Regierung kostenpflichtig erklärt werden, v.a. dann, wenn andere Kanton kein Gegenrecht bezüglich Einsichtnahme gewähren.

Storchenegger hat eine Frage im Zusammenhang mit Art. 8e Abs. 1 Bst. a. Nach Art. 8e Abs. 1 Bst. b informiert die SVA die versicherte Person über die Aufnahme in und die Streichung aus der Liste. Müsste hier nicht zusätzlich auch eine Information der Schuldnerin bzw. des Schuldners erfolgen? Gemäss der vorherigen Auskunft kann der Schuldner ein Familienvater sein und dessen Kinder wären als versicherten Personen betroffen.

Altherr: Kinder bis zum 18. Lebensjahr wären auf einer solchen Liste ausgenommen. Dass heisst, wenn Eltern ihre eigenen Prämien und auch die Prämien ihrer Kinder nicht bezahlen, dann würden in der Liste lediglich die Eltern aufgeführt werden. Die Kinder jedoch nicht.

Dietrich: Wenn ein Familienvater die Prämien für die Familie nicht bezahlt, dann hat der Versicherer korrekt für jedes Familienmitglied eine eigene Leistungssistierung zu verfügen, und nicht nur für den Vater als Schuldner. Es ist deshalb im Zusammenhang mit der Leistungssistierung ausreichend, wenn von der versicherten Person gesprochen wird. Schuldner kann auch eine Drittperson sein. Schuldner kann z.B. auch ein Sozialamt sein, welches gegenüber dem Krankenversicherer als Prämienzahler angegeben wurde.

Stump: Was heisst, die Regierung kann die Einsichtnahme in die Liste kostenpflichtig erklären? Eine Kostenpflicht könnte dazu führen, dass die Kosten für eine einzelne Einsichtnahme über den Kosten der Behandlung liegen könnten. Stump kann sich durchaus vorstellen, die Einsichtnahme für ausserkantonale Leistungserbringer kostenpflichtig zu erklären, wenn kein Gegenrecht gewährt wird. Dies müsste im Gesetz entsprechend formuliert bzw. angepasst werden.



Hanselmann: Mit der vorgeschlagenen Formulierung, hat die Regierung diesen Entscheidungsspielraum.

Tinner hat mit solchen Kann-Formulierungen nicht nur gute Erfahrungen gemacht. Die geführte Diskussion sei kleinlich. Tinner spricht sich deshalb für folgende Formulierung aus: «Die Einsichtnahme ist kostenlos» und zwar für alle in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringer. Der Aufwand für die Verrechnung von einzelnen Einsichtnahmen dürfte ohnehin unverhältnismässig hoch sein. Er stellt den Antrag, Art. 8e Abs. 4 wie folgt zu formulieren: «Die Einsichtnahme in die Liste ist kostenlos.»

Hanselmann weist darauf hin, dass damit ein Druckmittel aus der Hand gegeben werde, v.a. gegenüber jenen Kantonen, die nicht Gegenrecht gewähren.

Tinner kann sich vorstellen seinen Antrag wie folgt zu ergänzen: «Die Einsichtnahme für ausserkantonale Leistungserbringer ist kostenlos, solange Gegenrecht gewährt wird».

Damit bleibt nach **Hanselmann** die Frage unbeantwortet, wie mit Leistungserbringern aus Kantonen ohne Liste umgegangen wird. Soll die Einsichtnahme für diese Leistungserbringer ebenfalls kostenlos sein? Nach dem heutigen Stand wird der Kanton Luzern auf den 1. Juli 2012 eine Liste einführen. Der genaue Stand in den anderen Kantonen ist nicht bekannt. Basel-Landschaft hat die Diskussion verschoben. In Nidwalden wurde eine entsprechende Motion in ein Postulat umgewandelt. Auch in anderen Kantonen ist die Diskussion noch offen oder nicht abgeschlossen.

Lorenz lässt über den Antrag Tinner über die folgende Änderung von Art. 8e Abs. 4 abstimmen: «Die Einsichtnahme in die Liste ist kostenlos.»

Abstimmung zum Antrag, die Einsichtnahme ist kostenlos	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	9	6	-	-

Lorenz: Art. 8e Abs. 4 heisst somit: «Die Einsichtnahme in die Liste ist kostenlos».

Art. 8g (neu): Meldeverfahren bei Ausstellung des Verlustscheins

Lorenz: In Art. 8g Abs. 2 werden Verfügungen über die Leistung finanzieller Sozialhilfe einem Verlustschein gleichgesetzt. Weshalb werden Verfügungen über die Ausrichtung von EL hier nicht aufgeführt.

Altherr erläutert, dass Verfügungen über die Ausrichtung von EL bereits im Bundesrecht einem Verlustschein gleichgesetzt wurden. Die Gleichsetzung von Verfügungen über die Ausrichtung von EL muss deshalb im kantonalen Recht nicht mehr wiederholt werden. Das kantonale Recht enthält grundsätzlich nur ergänzende Regelungen zum Bundesrecht. Eine Gleichsetzung der Verfügungen über die Leistung finanzieller Sozialhilfe ist im Bundesrecht nicht erfolgt und ist somit im kantonalen Gesetz zu regeln.



Art. 8h (neu): Übernahme und Vergütung der ausstehenden Forderungen

Widmer: Nach Art. 8h Abs. 3 werden der Sozialversicherungsanstalt die nach Abs. 1 und 2 ermittelten Nettokosten a) zu 77 Prozent durch den Kanton und b) zu 23 Prozent durch die Gemeinden vergütet. Was sind die Gründe für diese Verteilung auf den Kanton und die Gemeinden?

Altherr verweist auf das kürzlich beschlossene Sparpaket I. Es wurde bisher zwischen sogenannten anrechenbaren und nicht anrechenbaren Ersatzleistungen unterschieden. Diese Forderungen konnten klar getrennt werden. Im Rahmen des Sparpakets I hat der Kantonsrat beschlossen, dass die nicht anrechenbaren Ersatzleistungen ab dem 1. Januar 2012 von den Gemeinden finanziert werden müssen. Es handle sich dabei nicht um IPV, sondern eher um Sozialhilfeleistungen. Mit der KVG-Änderung erhält der Kanton ab 2012 vom Versicherer nur noch die Gesamtforderung für OKP-Ausstände aufgrund von Verlustscheinen. Es kann nicht mehr zwischen anrechenbaren und nicht anrechenbaren Ersatzleistungen unterschieden werden. Die Krankenversicherer wurden entgegen der Forderung der Kantone leider im Bundesrecht nicht dazu verpflichtet, die Details der Forderungen bzw. die Prämien, Kostenbeteiligungen, Betriebskosten und Verzugszinsen auszuweisen. Damit musste eine Lösung gesucht werden, wie der Sparbeschluss, wonach die nicht anrechenbaren Ersatzleistungen ab 1. Januar 2012 durch die Gemeinden zu finanzieren sind, umgesetzt werden kann. In den Jahren 2008 bis 2010 machten die aufgrund von Pfändungsverlustscheinen erbrachten nicht anrechenbaren Ersatzleistungen rund 23 Prozent und die anrechenbaren Ersatzleistungen rund 77 Prozent der Ersatzleistungen aus. Ein Kommissionsentscheid, wonach die Kosten für die Verlustscheinforderungen zu 100 Prozent durch den Kanton zu finanzieren wären, würde dem im Rahmen des Sparpakets I getroffenen Entscheid widersprechen.

Tinner möchte noch wissen, welchen Betrag die Gemeinden im Rahmen der Sozialhilfe und aufgrund von Verlustscheinen übernehmen.

Dietrich: Die Ersatzleistungen des Jahres 2010 belaufen sich auf insgesamt 31,9 Mio. Franken. Davon entfallen 26,4 Mio. Franken auf die anrechenbaren Ersatzleistungen (Prämien und Verzugszinsen) und 5,5 Mio. Franken auf die nicht anrechenbaren Ersatzleistungen (Kostenbeteiligungen und Betriebskosten). Von diesen 5,5 Mio. Franken entfallen 2,0 Mio. Franken auf Verlustscheine und 3,5 Mio. auf die Sozialhilfe (einschliesslich Mutterschaftsbeiträge).

Tinner: Spätere Generationen werden nicht mehr nachvollziehen können, wie der prozentuale Schlüssel zu Stande gekommen sei. Bei der finanziellen Sozialhilfe könnte man sich auf den Standpunkt stellen, dass Sozialhilfe eine Aufgabe der Gemeinde sei. Tinner möchte deshalb wissen wie hoch die Kosten im Rahmen der Sozialhilfe für die anrechenbaren Ersatzleistungen waren.

Dietrich: Die anrechenbaren Ersatzleistungen des Jahres 2010 belaufen sich auf insgesamt 26,4 Mio. Franken, davon entfallen 19,6 Mio. auf die Sozialhilfe und 6,8 Mio. Franken auf Verlustscheine.

Tinner: Die Frage der Aufgabenteilung führt immer wieder zu Diskussionen. Eine Gesamtbetrachtung wäre deshalb wichtig. Tinner schlägt vor, dass im Bericht an den Kan-



tonsrat von der Kommissionspräsidentin darauf hingewiesen wird, dass Art. 8h und Art. 14a bei einer Gesamtbetrachtung bezüglich Aufgabenteilung wieder überprüft werden müssen.

Storchenegger: Wie sieht der Zeitplan der Regierung bezüglich der Umsetzung der «schwarzen» Liste aus?

Altherr: Die zweite Lesung und damit die definitive Entscheidung durch den Kantonsrat ist für die Aprilsession 2012 vorgesehen. Die Einführung einer Liste setzt umfangreiche Vorbereitungsarbeiten insbesondere bezüglich Einrichtung einer elektronischen Plattform, Einsichtnahme usw. voraus. Altherr geht davon aus, dass eine Umsetzung auf den 1. Januar 2013 möglich sein sollte. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Umsetzung noch etwas verzögert bzw. allenfalls eine unterjährige Einführung notwendig werden wird.

Für **Leutenegger** ist wichtig, dass die Durchführungskosten nur im beschriebenen Rahmen gehalten werden können, wenn eine elektronische Lösung - wie vorgesehen - realisiert werden kann. Er weist darauf hin, dass sehr viele Partner, beispielsweise alle Krankenversicherer einbezogen werden müssen. Der angegebene Personalbedarf von ein bis zwei Stellen ist nur realistisch, wenn die SVA auch die entsprechende Technik bzw. das entsprechende System zur Verfügung hat. Die erforderlichen Abklärungen laufen bereits. Ziel ist eine Umsetzung auf den 1. Januar 2013.

Hanselmann erwähnt in diesem Zusammenhang, dass für die Führung einer Liste sicher ein bis zwei Stellen benötigt werden – trotz Stellenstopp.

Tinner verteilt einen von ihm bereits angekündigten Antrag zu den offenen Rechnungen der frei praktizierenden Leistungserbringer. Er möchte den folgenden Antrag diskutieren:

«Neue Überschrift nach Art. – Nichtbezahlte Rechnungen freipraktizierender Leistungserbringer

Art. – (neu): Abtretung an die politische Gemeinde

Im Kanton St. Gallen freipraktizierende Leistungserbringer können offene Rechnungen aus Notfallbehandlungen von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton St. Gallen nach Vorliegen eines Verlustscheins gegen Übernahme des offenen Rechnungsbetrags zuzüglich Verzugszinsen von fünf Prozent sowie Betriebskosten an die politischen Gemeinden abtreten.»

Hartmann tritt in den Ausstand, da er vom Antrag direkt betroffen ist.

Hasler-Spirig fragt nach dem Grund der Gemeinden für diesen Antrag. Die Gemeinde könnte genauso gut offene Rechnungen eines Sanitärinstallateurs übernehmen.

Tinner legt dar, dass er kein Anhänger der «schwarzen» Liste ist. Der Transparenz halber möchte er diesen Vorschlag noch einbringen. Die Gemeinden sind der Auffassung, dass ein grosser Teil der bisherigen Probleme mit dem vorliegenden Nachtrag gelöst wird. Es gibt aber immer noch eine ungelöste Situation bei offenen Arztrechnungen. Die Gemeinden sind der Auffassung, dass Hausärztinnen und -ärzte eine bedeutende Rolle spielen



und in den Gemeinden erhalten werden sollen. Es ist für Tinner wichtig, auch diesen Aspekt offen zu legen bzw. zu diskutieren.

Altherr versteht Tinner so, dass der Antrag als Alternative zur «schwarzen» Liste zu betrachten ist. Nach diesem Verständnis würde eine Bezahlung der offenen Rechnungen für Notfallbehandlungen durch die Gemeinde nicht zusätzlich zur «schwarzen» Liste erfolgen.

Tinner sagt, dass er seinen Antrag als Ergänzung betrachte. Er gehe aber davon aus, dass die Kommissionsmehrheit auf diese Ergänzung verzichte.

Hanselmann erkundigt sich nach dem Nutzen der vorgeschlagenen Ergänzung. Die Kommission hat sich bereits mehrheitlich für die Einführung einer Liste ausgesprochen. Das Problem der offenen Arztrechnung wurde auch bereits diskutiert. Ist die Gemeinde nicht daran interessiert, dass die Ärzteschaft zum System «Tiers payant» wechselt?

Tinner: Ein Wechsel zum «Tiers payant» wäre sicher im Interesse der Gemeinden. Die Situation sei aber nicht ganz einfach.

Hanselmann: Die Leistungserbringer können selber entscheiden, welches Abrechnungssystem sie mit den Krankenversicherern vereinbaren.

Altherr: Wenn eine «schwarze» Liste vorhanden ist, werden die Notfallbehandlungen vom Krankenversicherer bezahlt. Im Fall der Notfallbehandlung im Spital wird die Rechnung vom Krankenversicherer direkt dem Spital vergütet. Findet eine Notfallbehandlung bei einer Ärztin bzw. einem Arzt statt, vergütet der Krankenversicherer die OKP-Leistung der Patientin bzw. dem Patienten. Die Patientin bzw. der Patient muss entscheiden, was sie bzw. er mit diesem Geld macht. Dieses Inkassorisiko ist die Ärzteschaft bewusst mit dem Wechsel zum System «Tiers garant» eingegangen. Das ist genau der Nachteil des Systems «Tiers garant». Diesem Nachteil stehen jedoch auch gewisse Vorteile gegenüber. Die Ärzte haben sich unter Würdigung aller Vor- und Nachteile für das System «Tiers garant» entschieden. Sie sollen darum auch das entsprechende Risiko tragen. Und, wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt Wahlbehandlungen für einen säumigen Prämienzahlenden erbringt, wird keine Vergütung durch den Krankenversicherer erfolgen.

Storchenegger: Der Antrag trage mehr zur Verwirrung bei als er nütze. Die Kommission habe sich bereits auf das System der «schwarzen» Liste festgelegt. Storchenegger lehnt den Antrag ab.

Altenburger: Es wird auch in Zukunft immer mehr der Fall sein, dass Rechnungen nicht bezahlt werden, oder nicht bezahlt werden können.

Tinner: Zieht den Antrag aufgrund der Diskussion in der Kommission zurück.

6 Rückkommen

Rückkommen wird nicht benutzt.



7 Antrag an den Kantonsrat

Lorenz lässt über den Antrag an den Kantonsrat mit der heute von der Kommission beschlossenen Änderung zu Art. 8e Abs. 4 abstimmen.

Abstimmung	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
Eintreten auf Vorlage und Umsetzung der Änderungen gemäss Nachtrag.	10	3	2	-

8 Varia

8.1 Bezeichnung der Kommissionssprecherin

Lorenz übernimmt die Berichterstattung an den Kantonsrat.

Rehli bittet mit der Verwendung des Begriffs «schwarze» Liste zurückhaltend zu sein. Es sind bereits einige Alternativen zum Begriff «schwarze» Liste genannte worden. Im Gesetz heisst es klar «Liste». Wenn eine andere Bezeichnung gewählt wird, sollte von einer Liste von säumigen Zahlerinnen und Zahlern gesprochen werden.

8.2 Frage Medieninformation

Lorenz stellt zur Diskussion, ob eine Medienmitteilung erfolgen soll.

Tinner spricht sich für eine Medienmitteilung aus.

Lorenz hält fest, dass dazu keine Einwände bestehen und demzufolge eine Medienmitteilung erfolgen wird.



Die Kommissionspräsidentin schliesst die Sitzung und dankt für die gute Zusammenarbeit.

St.Gallen, 6. Februar 2012

Die Präsidentin der vorberatenden
Kommission:

Die Protokollführerin:

Marlies Lorenz

Tanja Huber

Beilagen

- Präsentation der SVA
- Zusätzliche Folien des Gesundheitsdepartementes
- Anmerkung: Auf Wunsch von Herrn Orellano wird auf die Verteilung seiner Folien verzichtet

Geht an

- Mitglieder der vorberatenden Kommission (KR-Versandadresse)
- Gesundheitsdepartement
- Staatskanzlei (2)
- Fraktionspräsidentinnen und -präsidenten (5)