



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)**  
Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

---

**16.312 Standesinitiative**  
**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zur**  
**Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten**

**Vernehmlassungsbericht**

---

Bern, Dezember 2020

## Inhaltsverzeichnis

---

1	Ausgangslage .....	5
2	Stellungnahmen .....	5
3	Übersicht.....	6
3.1	Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 3, 5, 61a, 64, 64a Abs. 1bis und 7ter) .....	6
3.2	Begrenzung der Anzahl Betreibungen (Art. 64a Abs. 2) .....	6
	3.2.1 Teilnehmende, die den Vorschlag, höchstens 4 Betreibungen jährlich zu erlauben, begrüßen .....	6
	3.2.2 Teilnehmende, die eine Begrenzung, aber auf höchstens 1-2 Betreibungen jährlich, begrüßen .....	6
	3.2.3 Teilnehmende, die eine Begrenzung ablehnen .....	6
3.3	Vergütung der bekanntgegebenen Forderung durch den Kanton (Art. 64a Abs. 4) ..	7
	3.3.1 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen.....	7
	3.3.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern .....	7
3.4	Abtretung der Verlostscheinforderung an den Kanton (Art. 64a Abs. 5) .....	7
	3.4.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen .....	7
	3.4.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen.....	7
	3.4.3 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern .....	7
3.5	Wechselverbot (Art. 64a Abs. 6).....	8
	3.5.1 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern .....	8
	3.5.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen.....	8
3.6	Teilnehmende, die den Antrag der Kommissionsmehrheit (Abschaffen der Listen) unterstützen .....	8
3.7	Teilnehmende, die den Antrag der Kommissionsminderheit (Beibehalten der Listen) unterstützen .....	8
3.8	Teilnehmende, die sich zur Definition der Notfallbehandlungen geäußert haben ....	8
	3.8.1 Teilnehmende, die eine Definition befürworten.....	8
	3.8.2 Teilnehmende, die eine Definition ablehnen.....	8
3.9	Teilnehmende, die sich zur Versicherung in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers geäußert haben.....	9
	3.9.1 Teilnehmende, die den Vorschlag begrüßen.....	9
	3.9.2 Teilnehmende, die den Vorschlag ablehnen.....	9
3.10	Pflicht zum einheitlichen Datenaustausch (Art. 64a Abs. 7quater & 8) .....	9
3.11	Übergangsbestimmung zu den Abtretungen (Abs. 1) .....	9
	3.11.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen.....	9
	3.11.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen .....	9
3.12	Übergangsbestimmung zu den jungen Erwachsenen (Abs. 2) .....	9
	3.12.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen.....	9
	3.12.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern.....	9

4	Die wichtigsten Argumente.....	10
4.1	Vorlage allgemein .....	10
4.2	Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen .....	10
	4.2.1 Allgemeine Bemerkungen .....	10
	4.2.2 Bemerkungen zu Art. 3.....	10
	4.2.3 Änderungsvorschläge zu Art. 5 .....	11
	4.2.4 Änderungsvorschläge zu Art. 61a und 64.....	11
	4.2.5 Änderungsvorschläge zu Art. 64a Abs. 1bis .....	11
4.3	Anzahl Betreibungen begrenzen (Art. 64a Abs. 2).....	12
	4.3.1 Teilnehmende, die den Vorschlag, den Versicherern höchstens vier Betreibungen gegen eine versicherte Person zu erlauben, begrüssen.....	12
	4.3.2 Teilnehmende, die den Vorschlag, die Anzahl Betreibungen zu begrenzen, begrüssen, aber auf höchstens zwei Betreibungen begrenzen möchten .....	12
	4.3.3 Teilnehmende, die eine Begrenzung ablehnen .....	12
	4.3.4 Weitere Vorschläge und Bemerkungen .....	12
4.4	Art. 64a Abs. 4 .....	13
	4.4.1 Teilnehmende, die beantragen, Absatz 4 zu streichen .....	13
	4.4.2 Teilnehmende, die beantragen Absatz 4 zu ändern .....	13
	4.4.3 Weitere Vorschläge und Bemerkungen .....	14
4.5	Abtretung der Verlustscheinforderungen an den Kanton (Art. 64a Abs. 5).....	14
	4.5.1 Teilnehmende, die Absatz 5 begrüssen .....	14
	4.5.2 Teilnehmende, die beantragen, Absatz 5 zu streichen .....	14
	4.5.3 Änderungsanträge der Kantone für Absatz 5.....	14
	4.5.4 Änderungsanträge der Versicherer und anderer für Absatz 5.....	15
	4.5.5 Weitere Vorschläge und Bemerkungen .....	16
4.6	Wechselverbot (Art. 64a Abs. 6).....	16
	4.6.1 Änderungsanträge für Absatz 6.....	16
	4.6.2 Wechselverbot streichen .....	17
4.7	Art. 64a Abs. 7: Liste säumiger Versicherter .....	17
	4.7.1 Mehrheitsantrag: Abschaffen der Listen .....	17
	4.7.1.1 Stellungnahmen der Kantone .....	17
	4.7.1.2 Kantone, die Listen führen und deren Abschaffung begrüssen.....	17
	4.7.1.3 Stellungnahmen der Versicherer .....	17
	4.7.2 Minderheitsantrag: Beibehalten der Listen .....	18
	4.7.2.1 Kantone, die Listen führen und für deren Beibehalten eintreten .....	18
	4.7.2.2 Weitere Kantone, welche das Beibehalten befürworten.....	18
	4.7.2.3 Politische Parteien, welche das Beibehalten befürworten.....	19
	4.7.2.4 Weitere Bemerkungen bezüglich der Listen für Minderjährige.....	19
	4.7.3 Definition der Notfallbehandlungen.....	19
	4.7.3.1 Teilnehmende, die eine Definition begrüssen.....	19
	4.7.3.2 Teilnehmende, die eine Definition ablehnen.....	19
4.8	Art. 64a Abs. 7bis: Versicherung in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers .....	20
	4.8.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüssen .....	20
	4.8.2 Teilnehmende, die diesen Absatz ablehnen .....	20
	4.8.3 Weitere Vorschläge.....	22
4.9	Ausnahme vom Wechselverbot für junge Erwachsene (Art. 64a Abs. 7ter) .....	22

4.10	Datenaustausch (Art. 64a Abs. 7quater und 8).....	22
4.11	Übergangsbestimmung zu den Abtretungen (Abs. 1) .....	22
	4.11.1 Teilnehmende, die diesen Absatz streichen möchten .....	22
	4.11.2 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen.....	23
	4.11.3 Teilnehmende, die diesen Absatz ändern möchten.....	23
4.12	Übergangsbestimmung zu den jungen Erwachsenen (Abs. 2) .....	24
4.13	Weitere Übergangsbestimmung .....	24
5	Weitere Vorschläge und Bemerkungen .....	24
5.1	Massnahmen, um die Betreibungs- und Zinskosten zu vermindern.....	24
5.2	Prämienbelastung senken .....	25
5.3	Art. 43 SchKG ändern .....	25
5.4	Änderungen im Betreibungsverfahren .....	26
5.5	Änderungsvorschläge für die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ....	26
5.6	Budgetberatung für Jugendliche.....	27
	<b>Anhang : Liste der Vernehmlassungsteilnehmer .....</b>	<b>28</b>

## 1 Ausgangslage

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) verpflichtet den Kanton, dem Versicherer 85 % der Forderungen zu vergüten, für welche dieser einen Verlustschein erhalten hat.

Am 30. Mai 2016 reichte der Kanton Thurgau eine Standesinitiative (16.312) ein, mit der er den Bund auffordert, das KVG zu ergänzen: der Kanton soll sich die Verlustscheinforderung vom Versicherer gegen einen Aufpreis von 5 % abtreten lassen können.

Am 28. März 2017 gab die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) der Standesinitiative Folge. Am 25. Januar 2018 stimmte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) zu. Am 2. März 2018 wurde die Standesinitiative dem Ständerat zugewiesen.

Das KVG sieht vor, dass die Kantone Listen säumiger Prämienzahlender führen können. Die Versicherer schieben für die Versicherten, die der Kanton auf dieser Liste erfasst hat, die Übernahme der Leistungskosten auf. Davon ausgenommen sind die Notfallbehandlungen. Am 6. Juli 2018 reichte die SGK-N eine Motion «Definition des Notfalls» (18.3708) ein. Der Bundesrat soll das KVG so ändern, dass die Kantone die Notfallbehandlungen umschreiben müssen. Der Nationalrat nahm diese Motion am 19. September 2018 an.

Am 16. Oktober 2018 beschloss die SGK-S, Kantone und Versicherer anzuhören, was sie am 17. Januar 2019 tat. Danach beauftragte sie die Verwaltung, einen Vorentwurf auszuarbeiten.

Am 29. Oktober 2019 beriet sie diesen Vorentwurf. Zugleich prüfte sie zwei inhaltlich ähnliche Motionen zu den von den Eltern nicht bezahlten Kinderprämien (17.3323 und 18.4176). Der Ständerat nahm diese Motionen am 4. Dezember 2019 an. Darauf baute die Verwaltung im Auftrag der Kommission entsprechende Bestimmungen in den Vorentwurf ein.

Am 25. Mai 2020 hiess die SGK-S den überarbeiteten und ergänzten Vorentwurf gut und beschloss, ihn zusammen mit einem erläuternden Bericht zur Vernehmlassung zu unterbreiten. Diese dauerte vom 15. Juni bis 6. Oktober 2020.

## 2 Stellungnahmen

Im Rahmen der Vernehmlassung sind 70 Stellungnahmen eingegangen.

	Kategorie	Adressaten	Stellungnahmen auf Einladung	Spontane Stellungnahmen	Total
1	Kantone und Konferenzen der kantonalen Sozial- und Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	28	28	-	28
2	Politische Parteien der Bundesversammlung	12	5	-	5
3	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	3	0	0	0
4	Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	8	3	-	3
5	Konsumentenverbände, Arbeitgeberverbände	5	2	-	2

6	Versicherer	5	2	1	3
7	Versicherte, Patientinnen und Patienten	5	1	-	1
8	Leistungserbringer	54	6	2	8
9	Diverse	18	8	12	20
	Total	138	55	15	70

Der Schweizerische Arbeitgeberverband, die Stiftung für Konsumentenschutz und Pharmalog haben auf eine Stellungnahme verzichtet. Seitens der WEKO bestehen keine Bemerkungen.

Die Liste der Vernehmlassungsteilnehmer (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

### 3 Übersicht

#### 3.1 Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 3, 5, 61a, 64, 64a Abs. 1bis und 7ter)

Alle Teilnehmenden begrüssen, dass junge Erwachsene nicht mehr für Ausstände aus der Zeit ihrer Kindheit belangt werden können. Dabei werden verschiedene Änderungen vorgeschlagen.

#### 3.2 Begrenzung der Anzahl Betreibungen (Art. 64a Abs. 2)

##### 3.2.1 Teilnehmende, die den Vorschlag, höchstens 4 Betreibungen jährlich zu erlauben, begrüssen

Kantone (5): BL, BS, NE, TI, UR

Parteien (2): FDP, SVP

Diverse (5): KdSZ, CSP, Schuldenberatung, SGHVR, Betreibungsbeamte

##### 3.2.2 Teilnehmende, die eine Begrenzung, aber auf höchstens 1-2 Betreibungen jährlich, begrüssen

GDK, SKOS und Kantone (18): AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SO, TG, VD, VS, ZG, ZH

Parteien (2): Grüne, SP

Wirtschaft: SGB

Andere (4): FRC, Ombudsstelle, Alternative Liste ZH, VUA

##### 3.2.3 Teilnehmende, die eine Begrenzung ablehnen

Versicherer : Santésuisse, Groupe Mutuel

Wirtschaft: SGV

Diverse : MFÄF

### 3.3 Vergütung der bekanntgegebenen Forderung durch den Kanton (Art. 64a Abs. 4)

#### 3.3.1 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen

Kantone (3): GL, BE, JU

Versicherer: Curafutura, santésuisse

Diverse: CSP, KdSZ, Caritas, Ombudsstelle, VUA

#### 3.3.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern

GDK und Kantone (9): AI, BE, BS, FR, GL, LU, NW, UR, ZG

Wirtschaft: SGV

### 3.4 Abtretung der Verlustscheinforderung an den Kanton (Art. 64a Abs. 5)

#### 3.4.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen

Kantone: GE, SZ,

Parteien: FDP, SP, SVP

Diverse: Schuldenberatung

#### 3.4.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen

Parteien: Grüne

Wirtschaft: SGB

Diverse: MFÄF

#### 3.4.3 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern

GDK, SKOS und Kantone (20): AG, AI, AR, BE, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, UR, VD, ZG, ZH

Wirtschaft : SGV

Versicherer : Curafutura, Santésuisse, Groupe Mutuel

Diverse : Alternative Liste ZH, Ombudsstelle, Triangel, VUA

Hauptanträge	Mehrere Kantone	Versicherer
Geltung der Abtretungsregelung	Wahlmöglichkeit des Kantons	Gesamtschweizerische Regelung
Preis der Abtretung	Wie heute 85 %	92 %
Betroffene Forderungen	Wahl je Betreuung	Alle Forderungen
Umfang der Forderung	Wie heute: <ul style="list-style-type: none"><li>• Prämien,</li><li>• Kostenbeteiligung,</li><li>• Betreuungskosten &amp;</li><li>• Verzugszinse</li></ul>	Curafutura: auch Inkassogebühren der Versicherer

### **3.5 Wechselverbot (Art. 64a Abs. 6)**

#### **3.5.1 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern**

Mehrere Teilnehmende beantragen, das Wechselverbot bei Kinderprämien zu klären.  
Curafutura, Groupe Mutuel, Ombudsstelle beantragen weitere Änderungen.

#### **3.5.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen**

Leistungserbringer: Hausärzte  
Diverse: Caritas, CSP, Schuldenberatung

### **3.6 Teilnehmende, die den Antrag der Kommissionsmehrheit (Abschaffen der Listen) unterstützen**

GDK und Kantone (19): AR, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TI, UR, VD, VS, ZH, wovon SG, SH, TI eine Liste führen  
Politische Parteien (2): SP, die Grünen  
Versicherer (3): curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse  
Wirtschaft (2): SGV, SGB  
Konsumentenverbände (1): FRC  
Leistungserbringer (3): FMH, FSP, SHV  
Diverse (8): Caritas CH, EKKJ, Inclusion Handicap, privatim, PMS, SBS, SGHVR, Triangel

### **3.7 Teilnehmende, die den Antrag der Kommissionsminderheit (Beibehalten der Listen) unterstützen**

Kantone (7): AI, AG, BE, LU, SZ, TG, ZG, wovon AG, LU, TG, ZG eine Liste führen  
Politische Parteien (3): CVP, FDP, SVP  
Leistungserbringer (1): MFÄF  
Diverse (2): VTG, Stadt Frauenfeld

### **3.8 Teilnehmende, die sich zur Definition der Notfallbehandlungen geäußert haben**

#### **3.8.1 Teilnehmende, die eine Definition befürworten**

Kantone (3): LU, SG, TG  
Politische Parteien (3): CVP, FDP, SVP  
Leistungserbringer (1): FMH  
Diverse (1): SAMW

#### **3.8.2 Teilnehmende, die eine Definition ablehnen**

GDK und Kantone (9): AI, BS, GL, GR, SO, TI, UR, ZG, ZH  
Politische Partei (1): SP  
Versicherer (3): curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse  
Leistungserbringer (1): MFÄF  
Diverse (1): Caritas CH



### **3.9 Teilnehmende, die sich zur Versicherung in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers geäußert haben**

#### **3.9.1 Teilnehmende, die den Vorschlag begrüßen**

GDK und Kantone (16): AG, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, VD, VS, ZH  
Politische Parteien (2): FDP, SVP  
Diverse (2): CSP-NE, Triangel

#### **3.9.2 Teilnehmende, die den Vorschlag ablehnen**

Kanton (1): TG  
Politische Parteien (2): SP, die Grünen  
Versicherer (3): curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse  
Wirtschaft (1): SGB  
Konsumentenverbände (1): FRC  
Patientinnen und Patienten (1): Ombudsstelle Krankenversicherung  
Leistungserbringer (4): FMH, FSP, VUA, MFÄF  
Diverse (6): CSP-CH, Inclusion Handicap, PMS, SBS, SGHVR, Alternative Liste ZH

### **3.10 Pflicht zum einheitlichen Datenaustausch (Art. 64a Abs. 7quater & 8)**

GDK, alle Kantone, Curafutura, santésuisse und alle Teilnehmenden, die sich dazu geäußert haben, begrüßen diese Regelung.

### **3.11 Übergangsbestimmung zu den Abtretungen (Abs. 1)**

#### **3.11.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen**

BS, Schuldenberatung, CSP

#### **3.11.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu streichen**

GDK, 12 Kantone: AI, BE, FR, GL, GR, LU, JU, NW, SO, VD, VS, ZG  
Wirtschaft: SGV  
Versicherer: Curafutura, Santésuisse, Groupe Mutuel

### **3.12 Übergangsbestimmung zu den jungen Erwachsenen (Abs. 2)**

#### **3.12.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen**

GDK, BE, FR, GL, VS und Santésuisse

#### **3.12.2 Teilnehmende, die beantragen, diesen Absatz zu ändern**

BS, Caritas

## 4 Die wichtigsten Argumente<sup>1</sup>

### 4.1 Vorlage allgemein

Die meisten Teilnehmenden begrüßen, dass Handlungsbedarf erkannt wird.

GR, SO, ZH und die SODK schliessen sich vollumfänglich und die meisten Kantone weitgehend der Stellungnahme der GDK an.

Die CVP begrüsst die Stossrichtung der Vorlage.

Die SGHVR zweifelt am Sinn der Vorlage, da sie kaum mehr als ein Tropfen auf einen heissen Stein sei. Sie fragt, ob sich der damit verbundene Aufwand lohnt.

SH erkennt die im erläuternden Bericht dargelegte Einschätzung, die Vorlage könne entlastend für die Kantone wirken, nicht. Entlastungspotential dürfte auf den ersten Blick am ehesten die Änderung im Bereich der Verlustscheinbewirtschaftung haben. Dies ist jedoch nicht in allen Kantonen der Fall. Die vorgesehenen Änderungen sollen nicht als Entlastungen für die Kantone ausgewiesen werden.

TG ist befremdet, dass seine Standesinitiative dazu missbraucht wird, die Liste der säumigen Prämienzahler abzuschaffen.

### 4.2 Minderjährige schulden keine Prämien und Kostenbeteiligungen

#### 4.2.1 Allgemeine Bemerkungen

Alle Teilnehmenden begrüßen, dass die jungen Erwachsenen nicht mehr für Ausstände aus der Zeit ihrer Kindheit belangt werden können.

Die Betreibungsbeamten weisen darauf hin, dass die Betreibungsämter im Widerspruch zur geplanten Vorschrift eingereichte Betreibungsbegehren von Versicherern nicht werden zurückweisen dürfen, da ihnen keine entsprechende Prüfungsbefugnis zusteht.

EKKJ und Caritas beantragen, die neue Regelung ebenfalls auf volljährige junge Erwachsene anzuwenden, solange sie noch keine angemessene Ausbildung abgeschlossen haben und die Eltern zum Unterhalt verpflichtet sind. Viele Jugendliche sind auch nach der Volljährigkeit noch in Ausbildung und verfügen meist über kein oder nur ein geringes Einkommen. Die Eltern sind in diesen Fällen, soweit es ihnen zumutbar ist, noch zum Unterhalt verpflichtet (Art. 277 Abs. 2 ZGB).

#### 4.2.2 Bemerkungen zu Art. 3

Die Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) hält den Text der Erläuterungen «Volljährige Personen, die (...) urteilsunfähig sind, werden weiterhin von ihrer gesetzlichen Vertretung versichert» für missverständlich. Wenn die Person verbeiständet ist, zum Beispiel nach Art. 394 ZGB, kann der Vertretungsbeistand bei entsprechender Aufgabenbeschreibung den Vertrag im Namen der urteilsunfähigen Person abschliessen, aber nie in eigenem Namen.

---

<sup>1</sup> Die Stellungnahmen werden in der Reihenfolge der Adressatenliste der Vernehmlassung angeführt : Kantone, in der Bundesversammlung vertretene politische Parteien, Dachverbände der Gemeinden, Städte, Berggebiete und Wirtschaft, interessierte Kreise.

Die KOKES fragt zudem, wer den Vertrag für urteilsunfähige Volljährige, die keine formelle gesetzliche Vertretung haben, abschliesse. Sie fragt, ob dann immer die Erwachsenen-schutzbehörde anzugehen sei oder ob eine Lösung analog Art. 382 Abs. 3<sup>2</sup> ZGB geschaffen werden könnte.

#### 4.2.3 Änderungsvorschläge zu Art. 5

TG beantragt zu ergänzen, dass der Prämienzuschlag solidarisch von den Eltern oder *vom Vormund* geschuldet ist.

Die KOKES erklärt, der Prämienzuschlag könne nicht vom Vormund geschuldet werden, er handle nie in eigenem Namen. Im Gesetzestext soll entsprechend klargestellt werden, dass die Haftung des Vormundes den Regeln des Art. 454 ZGB folgt (was zeige, dass er nicht persönlich hafte, sondern dass der Staat für ihn haftet).

#### 4.2.4 Änderungsvorschläge zu Art. 61a und 64

TG und Curafutura beantragen, in Art. 61a Abs. 1, Art. 64 Abs. 1bis und Art. 64a Abs. 1bis zu ergänzen, dass die Prämien solidarisch von den Eltern oder *vom Vormund* geschuldet sind.

Santésuisse beantragt, dass die Eltern, die Verantwortung gemeinsam tragen. Sie sollen die Prämien-schuld unter einander klären. Es ist nicht Aufgabe des Krankenversicherers, die vertraglichen Regeln und deren Einhaltung zwischen den Eltern zu prüfen.

Der SVR erklärt zum Vorentwurf, es werde nicht klar, gegenüber wem und in welchem (Vollstreckungs-)Stadium der vorgesehene Befreiungsbeweis erbracht werden kann. Er geht davon aus, dass bei getrenntlebenden Eltern für gewöhnlich geregelt ist, welcher Elternteil die Prämien bezahlt und dass dies in der Regel der obhutsberechtigte Elternteil ist, während der andere Elternteil Unterhaltbeiträge bezahlt. Er beantragt deshalb, dass die Prämien für das Kind bis zum Ende des Monats, in dem es volljährig wird, ausschliesslich von demjenigen Elternteil geschuldet sind, bei welchem das Kind behördlich gemeldet ist. Leben beide Eltern gemeinsam mit dem Kind im selben Haushalt, sollen die Prämien von seinen Eltern solidarisch geschuldet sein. Bei getrenntlebenden Eltern soll in der gerichtlichen Unterhaltsregelung von diesem Grundsatz abgewichen und festgelegt werden können, dass der jeweils andere Elternteil die Prämien für das Kind schuldet. Der entsprechende Entscheid ist dem Versicherer mitzuteilen. Damit wird vermieden, dass die Unterhaltsregelung durch die solidarische Haftung unterlaufen wird. Sonst müsste der unterhaltspflichtige Elternteil allenfalls doppelt bezahlen.

Die SGHVR befürwortet, dass die Eltern nach einer Scheidung nicht mehr solidarisch für die Krankenkassenprämien ihrer Kinder haften. Sie hätte hingegen Bedenken, wenn die Solidarität bereits mit dem Abschluss einer Trennungvereinbarung dahinfiele.

Groupe Mutuel erklärt, die Prämienzahlungspflicht müsse auch für Kinder unter Vormundschaft geregelt werden.

#### 4.2.5 Änderungsvorschläge zu Art. 64a Abs. 1bis

SGV, Curafutura, Groupe Mutuel, Santésuisse, Ombudsstelle beantragen, den Begriff « grundsätzlich » zu streichen. Ansonsten müssten Ausnahmen aufgeführt werden.

---

<sup>2</sup> Art. 382 Abs. 3 ZGB lautet: Die Zuständigkeit für die Vertretung der urteilsunfähigen Person beim Abschluss, bei der Änderung oder bei der Aufhebung des Betreuungsvertrags richtet sich sinngemäss nach den Bestimmungen über die Vertretung bei medizinischen Massnahmen.

### 4.3 Anzahl Betreibungen begrenzen (Art. 64a Abs. 2)

#### 4.3.1 Teilnehmende, die den Vorschlag, den Versicherern höchstens vier Betreibungen gegen eine versicherte Person zu erlauben, begrüssen

Fünf Kantone (BL, BS, NE, TI, UR), FDP, SVP, KdSZ, CSP, Schuldenberatung, SGHVR, unterstützen den Vorschlag, die Betreibungen auf vier Mal jährlich zu begrenzen.

#### 4.3.2 Teilnehmende, die den Vorschlag, die Anzahl Betreibungen zu begrenzen, begrüssen, aber auf höchstens zwei Betreibungen begrenzen möchten

GDK, 18 Kantone (AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, OW, SO, TG, VD, VS, ZG, ZH), Grüne, SP, SGB, FRC, Ombudsstelle, SKOS, VUA, Alternative Liste ZH begrüssen, dass die Anzahl Betreibungen begrenzt wird. Die Versicherer sollen eine versicherte Person aber höchstens ein bis zwei Mal jährlich betreiben dürfen.

BE schlägt vor, auf die Person und nicht auf den Krankenversicherer zu begrenzen.

TG schlägt vor, pro Schuldner und pro Versicherer zu begrenzen. In Fällen, in denen ein Schuldner von mehreren Versicherern betrieben werden kann (z.B. wenn das Kind und die Eltern unterschiedliche Versicherer haben), kann nicht erwartet werden, dass der Schuldner von sich aus geltend macht, dass er bereits von einem anderen Versicherer betrieben wurde. Die Ombudsstelle schlägt vor, nicht pro Person sondern pro Familie zu begrenzen.

#### 4.3.3 Teilnehmende, die eine Begrenzung ablehnen

Santésuisse und Groupe Mutuel erklären, dass die meisten Versicherer die offenen Forderungen bereits heute zusammenfassen und vierteljährlich betreiben. Die Versicherer müssen die Betreuungskosten vorschliessen und in der Regel 15 Prozent der Verlustscheinforderung tragen. Deshalb haben sie ein Interesse, möglichst wenig Betreuungskosten zu verursachen. Die Vorschrift führt zudem bei den Versicherern zu administrativem Zusatzaufwand. Sie bedeutet einen unnötigen Eingriff in die Autonomie der Versicherer und ist abzulehnen. Auch der SGV lehnt es ab, die Versicherer gegenüber anderen Gläubigern zu benachteiligen. Die MFÄF befürchten, dass eine Begrenzung die Eigenverantwortung der Versicherten schwächt. Curafutura hat sich nicht geäussert.

#### 4.3.4 Weitere Vorschläge und Bemerkungen

Mehrere Teilnehmende beantragen, auch die Kostenbeteiligung einzubeziehen.

SG begrüsst, dass die Kantone weiterhin verlangen können, dass die Versicherer ihnen die von einer Betreibung betroffenen Versicherten bekannt gibt. Damit kann der Kanton säumige Prämienzahlende im Sinn eines freiwilligen Fallmanagements frühzeitig kontaktieren und begleiten.

Die Grünen, die Ombudsstelle, Caritas, CSP und Schuldenberatung schlagen vor, die Gebühren der Versicherer zu begrenzen. Diese seien oft unverhältnismässig hoch.

Die Betreibungsbeamten weisen darauf hin, dass neben den Betreuungskosten auch die Mahnkosten der Versicherer anfallen. Wenn der Versicherer eine Inkassofirma beauftragt oder seine Forderung an eine solche abtritt, stellt diese zusätzliche Kosten in Rechnung.

TG beantragt, im ganzen Art. 64a den Terminus „versicherte Person“ in „Schuldnerin oder Schuldner“ zu ändern, um klarzustellen, dass minderjährige Kinder nicht betrieben werden dürfen.

#### 4.4 Art. 64a Abs. 4

##### 4.4.1 Teilnehmende, die beantragen, Absatz 4 zu streichen

GL ist dezidiert der Ansicht, *dass der Bund die Verlustscheine übernehmen soll*. Da der Bund für die Organisation der Krankenversicherung und die Aufsicht über die einzelnen Versicherer zuständig ist, entspräche eine solche Regelung insbesondere dem verfassungsmässigen Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Art. 43a Abs. 3 BV) wesentlich besser als die heutige Regelung.

BE erklärt, dass der Regelungsbedarf zu Art. 64a sinnvollerweise auf Bundesebene erfolgt, da ansonsten ein unübersichtliches Regelwerk zwischen Kantonen und Krankenversicherern resultieren würde. Dass die Kantone zahlen und der Bund regelt, unterminiert allerdings das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz. Die Prämienfinanzierung soll deshalb ganzheitlich überdacht werden. Der Bund soll entweder die Bestimmung zur Übernahme der Verlustscheine durch die Kantone streichen oder die Prämienausstände übernehmen.

JU hält es für angebracht, dass der Bund zumindest einen Teil der Ausstände übernimmt. Die GDK stellt die Frage, ob der Bund die Kosten für Verlustscheine nach Artikel 64a übernehmen sollte, da er vorsieht, diesen Artikel neu zu regeln und das BAG die Versicherer beaufsichtigt. Damit würde dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz besser Rechnung getragen.

Curafutura, santésuisse, alternative Liste ZH, CSP, KdSZ, Caritas, die Ombudsstelle und VUA beantragen, Absatz 4 zu streichen. Die Verlustscheine sollen nur von den Kantonen bewirtschaftet werden. Eine einheitliche Lösung soll die Prozesse der Versicherer vereinfachen.

Die Schuldenberatung weist darauf hin, dass die Versicherer ihre Forderung heute nach einer Teilzahlung nicht abschreiben können, weil sie dem Kanton rückerstattungspflichtig sind. Die KdSZ macht zudem geltend, die Aufbewahrung der Verlustscheine durch die Versicherer sei nicht seriös revidierbar.

Die SP, CSP, Caritas, MFÄF bemängeln, dass der Versicherer dem Kanton nur 50 % von nachträglichen Zahlungen überweisen muss, während er bis zu 135 % der Forderung erhalten kann.

##### 4.4.2 Teilnehmende, die beantragen Absatz 4 zu ändern

*Verpflichtung der Versicherer, die Verlustscheine zu bewirtschaften*

Die GDK und 9 Kantone (AI, BE, BS, FR, GL, LU, NW, UR, ZG) schlagen vor, die Versicherer zu verpflichten, die Verlustscheine zu bewirtschaften. Sie schlagen vor, Absatz 4 zu ergänzen:

«... Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel auf *und bewirtschaftet sie* bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen. ....»

BS schlägt vor zu schreiben: «Der Versicherer *bewirtschaftet* die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen. *Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.*»

Auf Verordnungsstufe (KVV) wäre diese Pflicht zu konkretisieren, z.B. dass die Versicherer ihre kasseninternen Inkassoregelungen (mit eigener oder ausgelagerter Verlustscheinbewirtschaftung) dem BAG zur Kenntnis und/oder zur Genehmigung unterbreiten müssen. Ferner könnte in der Verordnung vorgesehen werden, dass die Revisionsstellen der Versicherer den Kantonen jährlich zusammen mit der Kontrolle der Verlustscheinabrechnungen bescheinigen, dass die Verlustscheine aktiv bewirtschaftet werden.

*Mahn- und Inkassokosten der Versicherer berücksichtigen*

Santésuisse weist darauf hin, dass die Kantone sich nicht an den unbezahlten Mahn- und Inkassokosten der Versicherer beteiligen. Deshalb sollen die Versicherer, falls Absatz 4 nicht

gestrichen wird, dem Kanton höchstens 50 % des von ihm übernommenen Betrages zurück-erstaten müssen. Sie schlägt dazu vor, Absatz 4 zu ergänzen: .... an den Kanton zurück, *höchstens jedoch bis zu 50 Prozent der Forderungen nach Absatz 3.*

SGV beantragt Änderungen, welche die Versicherer für Absatz 5 vorschlagen. Deshalb werden sie dort angeführt.

#### **4.4.3 Weitere Vorschläge und Bemerkungen**

Falls Absatz 4 nicht gestrichen wird, schlägt die KdSZ vor,

- die Versicherer zu verpflichten, dem Kanton für jeden geltend gemachten Verlustschein eine Kopie dieses Verlustscheines und eine Kopie des zu Grunde liegenden Betreibungsbegehrens zu übermitteln. Dies damit der Kanton die Beträge überprüfen kann.
- den Versicherern zu verbieten, Dritte mit dem Inkasso zu beauftragen oder Forderungen an Dritte abzutreten. Denn Inkassobüros schlagen auf solche Forderungen fragwürdige zusätzliche Forderungen. Auch die Alternative Liste ZH schlägt dies vor.

#### **4.5 Abtretung der Verlustscheinforderungen an den Kanton (Art. 64a Abs. 5)**

##### **4.5.1 Teilnehmende, die Absatz 5 begrüßen**

GE, SZ, FDP und SVP begrüßen die vorgeschlagene Regelung.

Die SP hält sie für sinnvoll, da sie den Versicherten erlaubt, die Versicherungsform und den Versicherer zu wechseln. Dabei versteht sie den Ansatz der GDK, den Kantonen die Wahl zu lassen.

Die Schuldenberatung geht davon aus, dass die Versicherten mit dieser Regelung Abzahlungen besser vereinbaren können.

##### **4.5.2 Teilnehmende, die beantragen, Absatz 5 zu streichen**

Die Grünen und der SGB möchten die Kantone verpflichten, die betroffenen Personen zu unterstützen und zu begleiten. Diese sollen nicht durch den Kanton weiter administrativ und finanziell drangsaliert werden.

MFÄF lehnen den Absatz ab, weil er die Eigenverantwortung der Versicherten und der Versicherer untergrabe.

##### **4.5.3 Änderungsanträge der Kantone für Absatz 5**

Die GDK, SKOS und 14 Kantone (AG, AI, AR, BE, GR, NE, NW, OW, SO, TG, TI, UR, ZG, ZH), begrüßen, dass die Kantone die *Möglichkeit* erhalten, die Verlustscheine bei Bedarf zu übernehmen, so dass die Versicherten zu einem günstigeren Versicherer wechseln können.

Die GDK und 18 Kantone (AG, AI, AR, BE, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, TI, UR, VD, ZH) erklären jedoch, dass mit der Übernahme der 85 Prozent das Gläubigerrisiko der Versicherer verkleinert wird. Deshalb sollen die Kantone die Verlustscheine *ohne Zuschlag* übernehmen können.

AI, BE, UR, VD erklären, wenn an der Auffassung festgehalten werde, dass der Kanton einen Zuschlag zahlen müsse, dann 3 %.

ZG geht davon aus, dass alle Forderungen übernommen werden müssen. Dafür wären drei Prozent ein fairer Wert.

BL weist darauf hin, dass er zwischen 2012 und 2017 mit Santésuisse vereinbart hatte, dass die beigetretenen Versicherer ihm ihre Verlustscheine zu 92 Prozent der Verlustscheinforderung abtreten konnten. Die Erfahrungen haben aber gezeigt, dass mit dem kantonseigenen Inkasso kein ausreichender Ertrag generiert werden konnte. Die administrativen Kosten und das finanzielle Risiko würden sich durch die neuen gesetzlichen Vorgaben reduzieren.

Die GDK und 14 Kantone (AI, BE, BS, FR, GL, GR, JU, NW, OW, SO, TG, UR, VS, ZH) möchten zudem, dass der Kanton *je Betreuung* bestimmen kann, ob er sich den Verlustschein abtreten lässt.

BS möchte, dass diese Auskaufmöglichkeit von Einzelfällen bei der jährlichen Schlussabrechnung zwischen Versicherer und Kantonen wie auch zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt möglich sei. BS schlägt deshalb vor zu ergänzen:

„Übernimmt der Kanton zusätzlich fünf Prozent einzelner oder aller Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, so tritt der Versicherer ihm diese Forderungen ab. ...“

#### **4.5.4 Änderungsanträge der Versicherer und anderer für Absatz 5**

Curafutura, Santésuisse, Groupe Mutuel, Ombudsstelle und SGV beantragen eine *einheitliche schweizweite Regelung*, damit alle Versicherten gleich behandelt werden. Eine optionale Regelung führt zu administrativen Zusatzkosten.

Santésuisse erklärt, falls die Kantone wählen können, müsse ihre Wahl für eine Mindestdauer gelten. Sollten die Kantone jährlich wechseln können, hätte dies einen noch grösseren administrativen Aufwand zur Folge.

Curafutura, Santésuisse, Groupe Mutuel und SGV beantragen zudem, den Prozentansatz für die Übernahme der Forderungen auf *92 Prozent* anzusetzen.

Santésuisse erklärt, nur damit würden die Ertragsausfälle aus der Verlustscheinbewirtschaftung kompensiert. Denn ein Verlustschein besteht, nebst der Grundforderung, Betreuungskosten und Zinsen, noch aus Mahn- und Inkassokosten, die der Versicherer im Gegensatz zu heute ebenfalls verliert.

Curafutura beantragt, dass der Kanton dem Versicherer auch 85 Prozent der *Mahngebühren* vergütet. Nach geltendem Recht bestehe der Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten. Die Mahngebühren, die durchschnittlich ein Fünftel des Gesamtbetrags betragen, seien nicht eingeschlossen. Mahngebühren sind eine Aufwandentschädigung nach dem Verursacherprinzip. Ohne angemessene Mahngebühren müssten die Aufwände für das Inkasso mit einem Prämienzuschlag abgegolten werden, wodurch alle Versicherten, welche der Zahlungspflicht nachkommen, zusätzlich belastet würden.

Groupe Mutuel und SGV beantragen weiter, dass die Kantone *alle* Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren, übernehmen

Alternative Liste ZH und VUA schlagen vor, dass der Kanton die Ausstände zu 100 % übernimmt.

Triangel schlägt vor, dem Kanton zu verbieten, diese Entscheidung den Gemeinden zu überlassen. Zudem sollen Kantone, welche eine Liste säumiger Prämienzahlenden führen, verpflichtet werden Absatz 5 umzusetzen.

#### 4.5.5 Weitere Vorschläge und Bemerkungen

TG stellt trotz anderslautender Bestimmungen (Art. 105b Abs. 1 KVV) immer wieder fest, dass *KVG- und VVG-Ausstände gleichzeitig betrieben* und somit auch im gleichen Verlustschein aufgeführt werden. Auf seine Intervention hin erhält er von den Versicherern die Antwort, dass dies den Schuldnern entgegenkomme, da dadurch zusätzliche Betriebskosten eingespart werden. Dem Kanton werde ja nur 85 Prozent der Positionen gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG in Rechnung gestellt. Mit Einführung der Bestimmung eines möglichen Gläubigerwechsels führt es jedoch zu Problemen, wenn auf einem Verlustschein gleichzeitig KVG- und VVG-Forderungen aufgeführt sind. Zumindest in den Erläuterungen sollte deshalb festgehalten werden, dass eine Betreuung von Prämien und Kostenbeteiligungen zwingend getrennt von weiteren Zahlungsausständen erfolgen muss. Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob eine entsprechende Bestimmung im SchKG aufgenommen wird, damit die Betriebsämter eine Rechtsgrundlage haben, nicht korrekte Betriebsbegehren a priori zurückzuweisen.

TG erklärt, dass in einem Verlustschein immer auch *interne Gebühren des Versicherers* (Mahnespesen etc.) aufgeführt sind. Er geht davon aus, dass diese bei einem Gläubigerwechsel vom Kanton auch anteilmässig bezahlt werden müssten. Auch deshalb soll der Ansatz bei 85 % bleiben. Alternativ wäre es möglich, im Gesetz klarzustellen, dass Gebühren der Versicherer nicht unter Art. 64a KVG fallen. TG würde diese Möglichkeit vorziehen, da sie Rechtssicherheit und -gleichheit unter den Versicherern brächte.

TG legt dar, dass die Kantone die Verlustscheinmeldungen gemäss Art. 105f Abs. 1 KVV innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf jedes Quartals erhalten. Die Versicherer müssen den kantonalen Behörden bis zum 31. März die Schlussrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine und den dazugehörigen Revisionsbericht übermitteln. Muss der Kanton bei einem Gläubigerwechsel auch einen anteilmässigen Betrag der internen Gebühren übernehmen, unterscheidet sich der Verrechnungsbetrag nach Absatz 4 vom Betrag nach Absatz 5. Es ist deshalb zwingend festzuhalten, in welchem Zeitraum ein Kanton entscheiden kann, ob ein Gläubigerwechsel stattfinden soll oder nicht.

TG schlägt vor zu ergänzen: Der Kanton kann den Versicherer bis spätestens 15. Februar des Folgejahres auffordern, ihm einzelne oder alle Forderungen, die der Versicherer ihm nach Absatz 3 bekanntgegeben hat, abzutreten. [...]"

Curafutura begrüsst, dass die Versicherten den Versicherer wechseln können, wenn der Kanton sich den Verlustschein abtreten lässt.

Curafutura, Santésuisse, Groupe Mutuel und SGV beantragen zudem, die Zahlungen aus Forderungsminderungen durch Prämienverbilligungen oder Korrekturen aus rückwirkenden Vertragsmutationen zu regeln.

VD schlägt gesetzestechnisch vor, die Absätze 4 und 5 unverändert zu lassen und einen neuen Absatz 5bis einzuführen.

#### 4.6 Wechselverbot (Art. 64a Abs. 6)

##### 4.6.1 Änderungsanträge für Absatz 6

Die GDK, mehrere Kantone, Santésuisse und weitere Teilnehmende begrüssen die vorgeschlagene Präzisierung (Forderung kann auch durch Angehörige und andere bezahlt werden). Mehrere von ihnen beantragen, das Wechselverbot bei nicht bezahlten Kinderprämien klarer zu umschreiben: die Eltern sollen den Versicherer nicht wechseln dürfen, wenn sie Prämien und Kostenbeteiligungen für das Kind schulden.



Curafutura beantragt, den Wechsel nur zu erlauben, wenn auch alle Mahngebühren bezahlt sind.

Groupe Mutuel beantragt klar zu stellen, dass die Versicherten nur wechseln können, wenn der Kanton 92 Prozent der Verlustscheinforderung übernommen hat.

Die Ombudsstelle fragt, ob es ausreicht, dass der Kanton die 85% des Verlustscheines und die versicherte Person 30% übernimmt. Damit hat der Versicherer – nach Rückerstattung der 50% an den Kanton - 100% seiner Forderungen gedeckt. Die Ombudsstelle schlägt vor zu ergänzen, dass die Übernahme von 85% des Verlustscheines durch den Kanton als Zahlung angerechnet wird.

#### **4.6.2 Wechselverbot streichen**

Die Hausärzte, Caritas, CSP und Schuldenberatung beantragen, Absatz 6 zu streichen. Sie beanstanden, dass durch das Wechselverbot verhindert wird, dass die versicherte Person zu einem günstigeren Versicherer wechseln kann. Wird ein Verlustschein ausgestellt, zahlt auch der Kanton mehr. Wenn die Versicherten unabhängig von offenen Forderungen wechseln könnten, würden zudem viele Doppelversicherungsfälle und somit zusätzliche Verschuldungen verhindert.

#### **4.7 Art. 64a Abs. 7: Liste säumiger Versicherter**

##### **4.7.1 Mehrheitsantrag: Abschaffen der Listen**

###### **4.7.1.1 Stellungnahmen der Kantone**

Die GDK weist darauf hin, dass die Listen eine Ungleichbehandlung der Versicherten herbeigeführt haben, indem in gewissen Kantonen der Zugang zu OKP-Leistungen eingeschränkt wurde. Eine Aufhebung dieser Ungleichbehandlung ist höher zu gewichten als allenfalls positive Erfahrungen einzelner Kantone mit der Einführung der Liste. Neunzehn Kantone (AR, BL, BS, GE, GL, GR, FR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TI, UR, VD, VS, ZH) schliessen sich der Stellungnahme der GDK an.

###### **4.7.1.2 Kantone, die Listen führen und deren Abschaffung begrüessen**

Von den 7 Kantonen (AG, LU, SG, SH, TG, TI, ZG), die Listen führen, sind 3 (SG, SH, TI) mit der Abschaffung der Listen säumiger Versicherter einverstanden. SH führt aus, dass die Liste säumiger Prämienzahlender nicht den gewünschten Erfolg gebracht und sich damit nicht bewährt hat. SH hat ausserdem seine Liste auf den 31. Dezember 2020 abgeschafft. SG opponiert nicht gegen den Vorschlag der Kommissionmehrheit. Aufgrund des schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnisses hatte sich die Regierung 2018 erfolglos für die Gutheissung einer Motion zur Abschaffung der Liste ausgesprochen. TI erklärt, dass mit der Abschaffung der Listen der Ungleichbehandlung der Versicherten hinsichtlich des Zugangs zu OKP-Leistungen ein Ende gesetzt wird.

###### **4.7.1.3 Stellungnahmen der Versicherer**

Curafutura steht Listen seit Jahren kritisch gegenüber, weshalb ihre Abschaffung positiv beurteilt wird. Santésuisse begrüsst deren Abschaffung ebenfalls. Groupe Mutuel teilt diese Haltung, da diese Listen eine Ungleichbehandlung der Versicherten bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung schaffen und tragische Folgen haben können, wenn bestimmt werden muss, was als Notfallbehandlung zu qualifizieren ist.

#### **4.7.1.4 Weitere Stellungnahmen**

Die SP hat sich wiederholt gegen Listen ausgesprochen und begrüsst den Antrag der Kommission, diese abzuschaffen. Die Grünen sind ebenfalls für die Abschaffung der Listen und der damit verbundenen Leistungseinschränkungen.

Die Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ) begrüsst die Abschaffung von Absatz 7, weil das Führen von Listen säumiger Versicherter zur Folge haben kann, dass Kinder ausser in Notfällen keinen Zugang zu pädiatrischen Leistungen mehr haben. Der SGB erachtet die Abschaffung der Listen für dringend und nötig. Der SGV unterstützt die Streichung von Absatz 7 ebenfalls. Das Listensystem hat das Zahlungsausfallrisiko vom Versicherer zum Leistungserbringer hin verschoben, was nach dem Dafürhalten des SGV nicht ins System einer sozialen Krankenversicherung passt.

Die FMH und die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) befürworten die Aufhebung der Listen. Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) begrüsst diese Änderung, weil die Schwangerenvorsorge und die Betreuung im Wochenbett keine sogenannten Notfallbehandlungen sind. Hebammen laufen deshalb Gefahr, dass ihre Leistungen nicht vergütet werden. Privatim, die Konferenz der schweizerischen Datenschutzbeauftragten, begrüsst die Streichung der Listen säumiger Prämienzahlender aus datenschutzrechtlicher Sicht. Die Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht (SGHVR) begrüsst Abschaffung der Listen, ebenso wie die Fédération romande des consommateurs (FRC), die betont, dass sie die damit verbundene Aufhebung der Leistungssperren ausdrücklich unterstützt. Caritas CH verweist auf die fehlende Wirksamkeit der Listen säumiger Prämienzahlender. Verheerend ist die Tatsache, dass Personen von der medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen werden und einzig noch ein Anrecht auf Notfallbehandlung haben. Dies kann für die Gesundheit und das Leben der betroffenen Menschen gravierende und langfristige Folgen haben. SBS und CSP-CH unterstützen den Antrag zur Abschaffung der Listen ausdrücklich, durch die säumigen Versicherten der Zugang zur Grundversorgung verwehrt wird. Inclusion Handicap unterstützt die Abschaffung der Listen voll und ganz und betont, dass Menschen mit Behinderungen oftmals in äusserst engen finanziellen Verhältnissen leben und dass insbesondere Chronischkranke dringend und ohne Unterbruch auf notwendige medizinische Behandlungen angewiesen sind. Pro Mente Sana (PMS) unterstützt diese Argumentation aus Sicht der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Triangel, der Schuldenberatungsdienst der Reformierten Kirche des Kantons Zug, begrüsst die Abschaffung der Listen ebenfalls.

#### **4.7.2 Minderheitsantrag: Beibehalten der Listen**

##### **4.7.2.1 Kantone, die Listen führen und für deren Beibehalten eintreten**

AG lehnt ein schweizweites Verbot der Listen ab, weil dies in die Autonomie der Kantone eingreifen würde. LU teilt diese Ansicht und listet Bedingungen auf, die beim Führen der Listen gelten sollen. ZG will die Liste der säumigen Versicherten beibehalten. Diese sendet ein wichtiges Signal an alle, die ihrer Zahlungspflicht ordnungsgemäss nachkommen.

TG erachtet die Liste als ein essentielles Instrument für die Durchführung eines aktiven Case Managements. Damit können Probleme frühzeitig erkannt und Lösungen gesucht werden. Der Verband Thurgauer Gemeinden spricht sich ebenfalls für die Beibehaltung der Listen aus. Die hohe Rückerstattungsquote bei Prämienausständen zeigt, dass sich der Aufwand lohnt. Die Stadt Frauenfeld unterstützt die Beibehaltung der Listen ebenfalls.

##### **4.7.2.2 Weitere Kantone, welche das Beibehalten befürworten**

AI fordert, dass es den Kantonen weiterhin erlaubt sein soll, Listen mit säumigen Prämienzahlenden zu führen. SZ teilt diese Auffassung aus Respekt vor dem Föderalismus. BE hält in

Fällen der Zahlungsunfähigkeit eine Kontaktaufnahme zu den betroffenen Personen für sinnvoll.

#### **4.7.2.3 Politische Parteien, welche das Beibehalten befürworten**

Die FDP regt an, den Kantonen freizustellen, Listen säumiger Prämienzahlender zu führen, auch wenn deren Nutzen fraglich ist. Die SVP beantragt, es solle den Kantonen nicht untersagt werden, solche Listen zu führen. Die CVP ist aus föderalistischer Sicht der Meinung, dass es den Kantonen grundsätzlich offenstehen soll, entsprechende Massnahmen zu ergreifen, wenn sie dies als sinnvoll erachten.

#### **4.7.2.4 Weitere Bemerkungen bezüglich der Listen für Minderjährige**

BS beantragt, zumindest die Kinder von dieser Versicherungsbeschränkung auszunehmen, sollte der Antrag der Kommissionsminderheit wider Erwarten weiterverfolgt werden. LU und die Stadt Frauenfeld sind der Auffassung, dass Minderjährige nicht auf Listen gesetzt werden sollten. Die CVP lehnt Listen für Minderjährige ab. Das Unterlassen von gewissen Behandlungen im Kindesalter kann zu einem späteren Zeitpunkt zu hohen Folgekosten führen.

### **4.7.3 Definition der Notfallbehandlungen**

#### **4.7.3.1 Teilnehmende, die eine Definition begrüssen**

LU regt an, den Begriff des Notfalls schweizweit zu definieren. Dabei ist gemäss der Rechtsprechung von einem weiten Notfallbegriff auszugehen. SG erklärt, eine umfassende Aufzählung aller denkbaren Notfallkonstellationen sei nicht möglich. Auch mit der vorgeschlagenen Definition des Notfallbegriffs dürften sich deshalb unterschiedliche und allenfalls auf dem Rechtsweg zu klärende Auffassungen nicht vermeiden lassen. TG moniert, dass die vorgeschlagene Definition einen zu grossen Interpretationsspielraum bietet. Es muss zwingend präzisiert werden, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt oder nicht. Die Krankenversicherer sollen diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen. Der Bundesrat soll den Notfallbegriff in der Verordnung detaillierter umschreiben, oder die Beschreibung ist direkt ins Gesetz aufzunehmen.

Die SVP erachtet eine landesweit einheitliche Definition des Notfalls als unerlässlich. Die CVP steht Listen aus föderalistischen Gründen offen gegenüber, jedoch nur sofern eine Definition der Notfallbehandlung im Gesetz verankert wird, die schweizweit für Klarheit sorgt. Die FDP fordert, dass die zu den Notfallbehandlungen zählenden Leistungen klar definiert werden. Die SAMW ist skeptisch bezüglich der Frage, ob es gelingen wird, dass der Begriff im Sinne einer unité de doctrine in der ganzen Schweiz Anwendung findet. Die FMH stimmt der Definition der Notfallbehandlung nur subsidiär zu, mit der Präzisierung, dass diese nur so ausgelegt werden kann, dass sie die Beistandspflichtsfälle von Art. 40 Bst. g des Medizinalberufegesetzes (MedBG; SR 811.11) deckt.

#### **4.7.3.2 Teilnehmende, die eine Definition ablehnen**

Die GDK, AI, GL, GR, SO, TI, UR, ZG, ZH lehnen die vorgeschlagene Definition der Notfallbehandlung als praxisuntauglich ab. Sie bringt nicht mehr Rechtssicherheit als heute. Wollte man an den Listen säumiger Prämienzahlender festhalten, sollte im KVG definiert werden, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt abschliessend entscheidet, ob eine Notfallbehandlung vorliegt. Die Versicherer sollten diese Beurteilung nicht noch einmal prüfen müssen. BS bemängelt, dass die Formulierung zu unpräzise ist und den Leistungserbringern beim Entscheid, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, keine Hilfe sein wird. Vielschichtige Streitfälle wären vorprogrammiert.

Die SP fordert die entschiedene Bekämpfung des Antrags der Kommissionsminderheit, mit dem die Möglichkeit noch bestünde, unter der Voraussetzung einer klareren Definition der

Notfallbehandlung Listen von säumigen Prämienzahlenden mit entsprechendem Leistungsaufschub zu führen. Die daraus resultierende restriktive Definition der Notfallbehandlungen könnte zu weiteren Tragödien führen.

Curafutura, santésuisse und Groupe Mutuel lehnen eine Definition der Notfallbehandlung ab. Curafutura erachtet die Definition des Notfalls als problematisch, und es besteht die Gefahr, dass in gewissen Fällen die medizinische Grundversorgung nicht gewährleistet werden kann. Santésuisse legt dar, dass die Auslegung in Kantonen mit Listen folglich von Fall zu Fall dem zuständigen medizinischen Fachpersonal überlassen werden muss.

Caritas CH hat festgestellt, dass ihre Schuldenberatungen in gewissen Fällen die Erfahrung machen, dass der Arzt eine Behandlung als Notfall qualifiziert, jedoch die Krankenkasse dies verneint und die Leistung verweigert. Eine gesetzliche Definition des Begriffs «Notfalls» ändert daran nichts, da es auch dabei auf die Auslegung im konkreten Einzelfall ankommt. MFÄF befürwortet Listen, damit die Versicherten nicht aus der Verantwortung genommen werden, lehnen aber eine Definition der Notfallbehandlung ab.

#### **4.8 Art. 64a Abs. 7bis: Versicherung in einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers**

##### **4.8.1 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen**

Die GDK und 13 Kantone (AG, BE, BS, GL, GR, LU, NE, OW, SO, TI, UR, VD, ZH) begrüßen diese Ergänzung, wonach künftig säumige Prämienzahlende in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu versichern sind. Es sollte zudem sichergestellt werden, dass es ein Modell mit tieferer Prämie ist. Sie erachten es auch als sinnvoll, dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen und nähere Bestimmungen erlassen kann, weil sichergestellt werden muss, dass Chronischkranke und Menschen mit einer Behinderung keine Nachteile erfahren. BE regt an, der Bundesrat sollte gleichzeitig regeln, was passiert, wenn der Versicherer am Wohnort des Versicherten kein solches Modell anbietet. BL hält die geplante Änderung für sinnvoll. Insbesondere die Anpassung des Modells hin zu Hausarzt- und HMO-Modellen kann die Prämien wie auch die Gesundheitskosten reduzieren. FR und VS erachten es als sinnvoll, dass Ausnahmen vorgesehen werden, da das Verhalten von Versicherten, die gegen ihren Willen in ein Hausarzt-, HMO- oder Telemedizinmodell umgeteilt werden, nicht vorhersehbar ist.

Die FDP unterstützt den Antrag, da diese Versicherungsmodelle zur Kostendämpfung beitragen und in Bezug auf das Leistungsniveau mindestens gleichwertig sind. Eine Einschränkung der Wahlfreiheit ist ein vertretbarer Eingriff bei Versicherten, die ihre Prämien nicht zahlen. Die Einschränkung entfällt, sobald die Schuld beglichen wird. Die SVP begrüsst den Antrag ebenfalls.

Das CSP-NE hat grundsätzlich Verständnis für diese Massnahme. Die Versicherten müssen aber richtig informiert werden, damit ihnen die Erstattung von Leistungen nicht verweigert wird und sie sich nicht noch mehr verschulden. Triangel unterstützt die Kommissionsmeinung. Es ist sinnvoll, die säumigen Prämienzahlenden in einem günstigeren Versicherungsmodell zu versichern.

##### **4.8.2 Teilnehmende, die diesen Absatz ablehnen**

TG führt aus, dass es säumigen Versicherten bereits heute möglich ist, in ein günstigeres Versicherungsmodell zu wechseln. Diese Anpassung generiert einen administrativen Aufwand, der im Hinblick auf ein mögliches Sparpotenzial in keiner Weise gerechtfertigt ist. TG empfiehlt, diesen Absatz zu streichen.

Die Grünen lehnen diesen Vorschlag ab. Dieser stellt ein Anreiz für die Krankenkassen dar, Versicherungsmodelle mit noch tieferen Leistungen gezielt für Versicherte mit Zahlungsausständen zu lancieren. Die SP hält diese Massnahme für kontraproduktiv, weil sie die Versicherten zwingt, die Ärztin bzw. den Arzt zu wechseln, wenn diese nicht auf der Liste des Alternativmodells des Versicherers aufgeführt sind. Die Unterbrechung der therapeutischen Betreuung kann die Folge sein, mit dem Risiko, dass die Versorgungsqualität sinkt. Ausserdem erlaubt es diese Massnahme den Versicherten nicht, der Schuldenspirale zu entkommen und sie kann sogar Anreize für die Versicherer schaffen, eigens für Versicherte mit Zahlungsausständen spezifische neue Alternativmodelle zu schaffen, wie auch der SGB festhält.

Curafutura warnt vor der Gefahr, dass mit dieser Bestimmung die Risikostruktur solcher Modelle verzerrt wird, zuungunsten der Versicherten, die sich für ein solches Modell entschieden haben. Ausserdem würde die Bestimmung zu einem grossen administrativen Aufwand führen, und sie wäre nicht umsetzbar, weil es Versicherer gibt, die keine solchen Modelle anbieten. Die Bestimmung ist deshalb aus dem Gesetz zu streichen. Santésuisse lehnt Absatz 7bis ebenfalls ab. Die Bestimmung würde zu einem nicht vertretbaren Mehraufwand bei den Versicherern führen, während einzig der Kanton profitiert. Ausserdem würde die Wahlfreiheit der Versicherten übermässig eingeschränkt. Groupe Mutuel lehnt diesen Absatz ab, weil sich damit praktische Probleme ergeben: Wer entscheidet über das Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, wenn mehrere Optionen verfügbar sind? Was tun, wenn sich Versicherte weigern, den mit dem aufgezwungenen Modell verbundenen Vorgaben nachzukommen?

Die FRC lehnt diesen Vorschlag entschieden ab. Einige Modelle sind mit mehr Auflagen verbunden als andere. Versicherte müssten damit rechnen, ungewollt Bedingungen unterworfen zu werden, die nicht ihren Bedürfnissen entsprechen. Die Ombudsstelle kann die Absicht der Prämieneinsparung nachvollziehen, sieht aber weitere Hürden, die sich durch diese Zwangszuteilung ergeben können. Beispielsweise werden die Sanktionen bei einem Regelverstoss je nach Versicherer unterschiedlich gehandhabt. Ihres Erachtens sollte eine Leistungsablehnung erst bei einem dritten Regelverstoss möglich sein.

Die FMH und die FSP lehnen die Massnahme in dieser Form ab. Sie beantragen eine Ergänzung, wonach für die Umteilung von Personen mit Zahlungsausständen in ein Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers die Einwilligung der versicherten Person vorliegen muss. Die Vereinigung unabhängiger Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierenden (VUA) und die Alternative Liste ZH verlangen die Streichung dieses Absatzes. Es leuchtet ihnen nicht ein, warum bei Prämienschulden Betroffene mit einer Zwangs-Hausarztversicherung «bestraft» werden sollen. MFÄF lehnen diesen Absatz ab.

CSP CH und SBS lehnen diese Massnahme ab. Eine einseitige Änderung der Versicherungsbedingungen durch Umteilung in eine Kategorie mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers wäre für die Versicherten nicht nachvollziehbar und würde unweigerlich zu zahlreichen Fehlern und damit zu Verweigerungen der Rechnungsvergütung führen. Inclusion Handicap und PMS stehen dem Vorschlag kritisch gegenüber. Es ist nicht auszuschliessen, dass die grösseren Versicherer eigens für Versicherte mit Zahlungsausständen Alternativmodelle kreieren werden. Die SGHVR meldet Bedenken gegen die Massnahme an, weil nicht nach dem Grund der Säumnis der Versicherten gefragt wird. Ausserdem hat die Kommission nicht dargelegt, welches die Gründe für eine Ausnahme sein könnten.

### 4.8.3 Weitere Vorschläge

JU schlägt folgende Änderung vor: «Im Falle einer Forderungsübernahme durch den Kanton im Sinne von Abs. 4 kann der Kanton den Versicherten von Amts wegen bei einem Versicherer, dessen Prämien unter dem kantonalen Durchschnitt liegen, in einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers versichern. Eine erneute Versicherung von Amts wegen darf erst nach Ablauf von drei Jahren erfolgen.»

VD befürwortet diesen Absatz, befürchtet aber, dass sich diese Änderung insbesondere bei chronisch kranken Versicherten negativ auf die Versorgung der Betroffenen auswirken kann. Daher sollte die Wahl des neuen Modells nicht dem Versicherer, sondern dem Versicherten oder seinem Vertreter überlassen werden. Dies bietet Gewähr, dass die gewählte Lösung den Bedürfnissen der Versicherten optimal entspricht, im Wissen, dass alternative Modelle sehr unterschiedliche Vorgaben und Sanktionen beinhalten.

Die Haus- und Kinderärzte (mfe) fordern, dass die Umteilung von Versicherten in Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers auf Freiwilligkeit beruhen muss. Sie würden jedoch unterstützen, dass Personen mit Prämien schulden verpflichtet würden, sich bei Versicherungen mit tiefen Prämien (aber ohne Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers) zu versichern.

### 4.9 Ausnahme vom Wechselverbot für junge Erwachsene (Art. 64a Abs. 7ter)

Die GDK, mehrere Kantone, Curafutura, Santésuisse und die Ombudsstelle beantragen, das Wechselverbot bei nicht bezahlten Kinderprämien klarer zu umschreiben. Sie sind sich einig, dass Ausstände, die aus der Zeit der Minderjährigkeit stammen, junge Erwachsene nicht am Wechsel des Versicherers und der Versicherungsform hindern sollen.

### 4.10 Datenaustausch (Art. 64a Abs. 7quater und 8)

Die GDK und alle Kantone begrüßen, dass Kantone und Versicherer verpflichtet werden, ihre Daten zum Art. 64a KVG einheitlich auszutauschen. Dies analog zum bestehenden erfolgreichen Datenaustausch Prämienverbilligung gemäss Art. 65 Abs. 2 KVG. Santésuisse und die GDK haben einen solchen (freiwilligen) Datenaustausch seit 2017 etabliert. Der SGV, Santésuisse und Groupe Mutuel beantragen zu präzisieren, dass die Daten elektronisch ausgetauscht werden. Curafutura hat sich nicht geäußert. Caritas regt an, den Datenaustausch auch zur Erkennung und Verhinderung von Doppelversicherungen einzusetzen und dementsprechend zu regeln. Der Datenaustausch ist jedoch auf die notwendigsten Informationen zu beschränken.<sup>3</sup>

### 4.11 Übergangsbestimmung zu den Abtretungen (Abs. 1)

#### 4.11.1 Teilnehmende, die diesen Absatz streichen möchten

GDK und 11 Kantone (AI, BE, FR, GL, GR, LU, JU, NW, SO, VD, VS) beantragen, dass die Versicherer den Kantonen die Verlustscheinforderungen gegen Vergütung von 85 Prozent der Forderung abtreten. Damit erübrige sich dieser Absatz.

---

<sup>3</sup> Anmerkung BAG: Der Bundesrat hat die Verordnung über den Risikoausgleich auf den 1. Januar 2021 geändert. Ab dann kann die gemeinsame Einrichtung KVG den Versicherern melden, wenn ihre Versicherten doppelt versichert sind. Damit können die Versicherer die Versicherungsverhältnisse prüfen und die gesetzwidrigen beenden.

ZG und der SGV beantragen, dass die Kantone die Verlostscheinforderungen zu 88 beziehungsweise zu 92 Prozent übernehmen können. Damit erübrige sich dieser Absatz.

TG erklärt, dass die Kantone den Versicherern 85 Prozent der ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten verrechnet. Zusätzlich sind auf den Verlostscheinen auch die Kosten für die internen Gebühren aufgeführt. Damit ein Gläubigerwechsel stattfinden kann, muss geklärt sein, was mit diesen Kosten geschieht. Sollten die Versicherer Anspruch darauf haben, dass die Kantone auch diese Forderungen anteilmässig übernehmen, ist ein Zuschlag von 3 Prozent nicht gerechtfertigt. In diesem Fall wäre auf einen Zuschlag zu verzichten.

Curafutura erklärt, unabhängig davon, ob die Kantone das Verfahren wählen können oder für alle Kantone das gleiche Verfahren angewandt wird, darf dieses nur für zukünftige Fälle ab Inkrafttreten gelten. Für Verlostscheine aus der Vergangenheit muss das bisherige Verfahren weiter gelten, da diese Fälle durch die Versicherer bewirtschaftet werden. Eine Übergabe «alter» Fälle wäre weder aus Sicht der Kunden noch des Kantons vorteilhaft (bspw. aufgrund laufender Abzahlungsvereinbarungen).

Santésuisse und Groupe Mutuel lehnen diesen Absatz ab. Er wäre für Versicherer und Kantone aufwändig.

Santésuisse führt aus, dass Gelder, welche bisher nicht forderungstilgend auf den Verlostscheinen gebucht wurden, nun tilgend gebucht werden müssen (85%+3%). Die Differenzbeträge (die restlichen 12%) müssen alle abgeschrieben werden. Sofern bereits Teilzahlungen auf den Verlostscheinen stattgefunden haben, ist der korrekte Betrag zu berechnen. Auch müssten bereits getroffene Abzahlungsabkommen abgelöst werden. Was geschieht weiter mit Verlostscheinforderungen, welche durch die Bewirtschaftung in Betreuung sind? Der Kanton läuft zudem Gefahr, Verlostscheine von verstorbenen Personen zu erhalten.

Kantone und Versicherer sollen vereinbaren können, dass der Versicherer Forderungen, die vor dem Inkrafttreten entstanden sind, an den Kanton abtritt. Der Kanton soll den Versicherer angemessen entschädigen. Damit können beide sicherstellen, dass ihr administrativer Aufwand vertretbar bleibt.

Groupe Mutuel weist darauf hin, dass keine zeitliche Begrenzung vorgesehen ist. Die Kantone könnten somit Abtretung über einen Zeitraum von 20 Jahren verlangen. Die meisten Verlostscheine sind in Papierform, somit müssten viele Dokumente übertragen werden. Es stellen sich Probleme bei Verlostscheinforderungen, die teilweise zurückerstattet wurden (Berechnung des Ausstandes) oder die an Inkassofirmen abgetreten wurden (Gleichbehandlung der Versicherten).

#### **4.11.2 Teilnehmende, die diesen Absatz begrüßen**

BS begrüsst diesen Absatz. Er ermöglicht den Kassenwechsel auch bei vor Inkrafttreten der Revision ausgestellten Verlostscheinen. Dass ein Kanton diese zu einem tieferen Preis als die künftigen Verlostscheine übernehmen kann, erscheint aufgrund des grösseren Inkassorisikos sachlich geboten: In vielen Fällen alter Schulden dürfte ein Schuldenerlass angezeigt sein, um die finanzielle Selbständigkeit nicht zu gefährden.

Die Schuldenberatungen und CSP begrüßen diesen Absatz. Sie regen an festzuhalten, dass die versicherte Person den Versicherer nach der Abtretung wieder wechseln kann.

#### **4.11.3 Teilnehmende, die diesen Absatz ändern möchten**

Santésuisse erklärt, ein Versicherer und ein Kanton sollen eine Übernahme vereinbaren können. Sie schlägt deshalb vor:

*Kantone und Versicherer können vereinbaren, dass Forderungen, die vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... entstanden sind, an den Kanton übergehen. Der Kanton hat den Versicherer angemessen zu entschädigen. Der Kanton informiert die versicherte Person über die Abtretung.*

#### 4.12 Übergangsbestimmung zu den jungen Erwachsenen (Abs. 2)

Die GDK, BE, FR, GL, VS und Santésuisse erachten die vorgeschlagene Regelung als sinnvoll. Curafutura äussert sich nicht.

ZG beantragt, die Bestimmung sprachlich zu bereinigen.

BS und Caritas regen an, das neue Recht generell auf im Zeitpunkt des Inkrafttretens laufende und künftige Inkassoverfahren für Kinderprämien anwendbar zu erklären.

#### 4.13 Weitere Übergangsbestimmung

Santésuisse und Groupe Mutuel erklären, für die Umsetzung eines einheitlichen Datenaustausches müsse eine Übergangsfrist vorgesehen werden. Die Frist von einem Jahr sollte ausreichen. Denn die Konzepte (Datenaustauschkonzept, Betriebskonzept) bestehen bereits, für den Datenaustausch wird die Plattform Sedex verwendet, die entsprechende Domäne existiert und diverse Teilnehmer tauschen bereits elektronisch Daten aus.

Sie schlagen folgenden Absatz 3 vor:

*Die Kantone und Versicherer führen innerhalb von einem Jahr ab Inkrafttreten dieser Änderung den elektronischen Datenaustausch nach Artikel 64a Absatz 7quater ein.*

### 5 Weitere Vorschläge und Bemerkungen

#### 5.1 Massnahmen, um die Betreibungs- und Zinskosten zu vermindern

Die GDK, AG, GL, SP regen an, weitere Massnahmen zu ergreifen, um die hohen Betreibungs- und Zinskosten, die die Kantone ebenfalls zu 85% übernehmen müssen, zu vermindern.

ZH unterstützt dieses Anliegen und regt folgende Massnahmen an:

– **Die Kantone sollen die Mahngebühren der Versicherer nicht abgelten:** Gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG übernimmt der Kanton 85% der Forderungen, die «Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3» waren. Nach Abs. 3 haben die Krankenversicherer dem Kanton pro Schuldnerin oder Schuldner unter anderem «den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten)» bekannt zu geben. Es ist nicht klar, ob der Begriff der Betreibungskosten nur die beim Krankenversicherer anfallenden Gebühren für das Betreibungsverfahren umfasst oder auch die Bearbeitungsgebühren (Mahngebühren) der Krankenversicherer. Die Praxis ist uneinheitlich. In der Literatur wird die zweite Meinung vertreten (Ivo Bühler / Cliff Egle, Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz, Art. 64a N. 80). Das ist abzulehnen.

Auch die KdSZ beantragt, ausdrücklich klar zu stellen, dass **Mahngebühren** nicht abgegolten werden.

– **Begrenzung des Zinssatzes für fällige Forderungen:** Gemäss Art. 105a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) beträgt der Zinssatz für fällige Prämien der Versicherer 5% pro Jahr. Dieser Zinssatz ist mit Blick auf die heutigen Verhältnisse des Finanzmarkts überrissen. Da nicht sicher ist, ob der Bundesrat bereit ist, diesen Zinssatz durch eine Änderung der KVV zu senken, ist im KVG ein Verzugszins von höchstens 2% festzuschreiben. Angesichts der häufigen Revisionen des KVG könnte der Zinssatz bei Bedarf jederzeit angepasst werden.

- **Genügenlassen eines früheren Verlustscheins** nach Art. 115 Abs. 1 SchKG: Nach geltendem Recht müssen die Kantone den Krankenversicherern die Forderungen zu 85% ab-



gelten, die «zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben» (Art. 64a Abs. 3 und 4 KVG). Im Vordergrund steht die Ausstellung eines Verlustscheins. Um einen solchen zu erlangen, müssen die Versicherer das gesamte Betreibungsverfahren durchlaufen. Daraus ergeben sich hohe Gebühren von regelmässig 200 bis 300 Franken, die von den Versicherern vorgeschossen und von den Kantonen ebenfalls zu 85% vergütet werden müssen. Einen Verlustschein vorzusetzen, ist dann nicht zweckmässig, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass die Schuldnerin oder der Schuldner zahlungsunfähig ist. Die Zahlungsunfähigkeit einer Person steht mit genügender Sicherheit fest, wenn gegen sie in der jüngeren Vergangenheit ein Verlustschein erwirkt worden ist, aus dem sich ergibt, dass kein pfändbares Vermögen vorhanden ist (Verlustschein nach Art. 115 Abs. 1 SchKG).

In diesem Sinn sollen die Kantone offene Forderungen der Versicherer auch dann zu 85% abgelden, wenn der Versicherer nachweist, dass gegen die versicherte Person höchstens sechs Monate vor Eintritt der Fälligkeit der Forderung ein Verlustschein nach Art. 115 Abs. 1 SchKG ausgestellt worden ist. Zudem ist ergänzend zu regeln, dass ab Mitteilung des Versicherers an den Kanton kein Verzugszins mehr geschuldet ist. Denn auch bei Forderungen, die zu einem Verlustschein führen, endet die Zinspflicht ab Ausstellung des Verlustscheins (Art. 149 Abs. 4 SchKG).

Auch die Betreibungsbeamten schlagen dies vor.

ZH regt somit folgende **Ergänzung von Art. 64a Abs. 3 KVG** an:

«Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse von höchstens 2 Prozent pro Jahr und Gebühren des Betreibungsverfahrens) bekannt,

- a. die während des berücksichtigten Zeitraums zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben; oder
- b. bei denen sich die Zahlungsunfähigkeit der versicherten Person aus einem Verlustschein gemäss Artikel 115 Absatz 1 SchKG ergibt, der höchstens sechs Monate vor Fälligkeit der Forderungen des Versicherers ausgestellt worden ist; die Zinspflicht der versicherten Person endet mit der Bekanntgabe der Forderung an den Kanton.

Er ersucht.....»

## 5.2 Prämienbelastung senken

SP und SGB weisen darauf hin, dass mehrere Kantone seit einigen Jahren die Prämien weniger verbilligen. Gemäss Monitoring des BAG zur Prämienverbilligung betrage die Prämienbelastung der Haushalte in mehreren Kantonen über 15 % des verfügbaren Einkommens. Zugleich haben die Beträge, welche die Kantone für unbezahlte Prämien bezahlen müssen, stark zugenommen. Deshalb sei es unerlässlich, ein Korrektiv einzurichten: die Prämienbelastung soll das verfügbare Einkommen höchstens um 10 Prozent übersteigen. Die von der SP eingereichte Prämien-Entlastungs-Initiative verlange dies.

## 5.3 Art. 43<sup>4</sup> SchKG ändern

ZH beantragt, die Betreuung auf Pfändung bei Inhaberinnen und Inhabern einer Einzelfirma zuzulassen: Inhaberinnen und Inhaber einer Einzelfirma unterstehen der Betreuung auf Konkurs (Art. 39 Abs. 1 Ziff. 1 Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, SchKG, SR

---

<sup>4</sup> Art. 43 SchKG:

Ausnahmen von der Konkursbetreuung

281.1). Dies gilt auch für Forderungen der Krankenversicherer. Die bei einer Konkursbetreuung anfallenden Gebühren liegen bei mindestens 2000 Franken und betragen damit ein Mehrfaches der bei einer Betreuung auf Pfändung anfallenden Gebühren. Rund zwei Drittel der im Kanton Zürich durchgeführten Betreibungen auf Konkurs (total rund 2000 pro Jahr) entfallen auf Forderungen von Krankenversicherern gegen Inhaberinnen und Inhaber von Einzelfirmen. Um die Betreuungskosten für offene Forderungen der Krankenversicherer zu senken, sollte das SchKG in dem Sinne angepasst werden, dass die Forderungen von Krankenversicherern auch bei Inhaberinnen und Inhaber von Einzelfirmen auf dem Weg der Betreuung auf Pfändung eingetrieben werden können. Eine entsprechende Regelung besteht heute schon für eine Reihe von Forderungen, so für offene Steuern, Abgaben, Gebühren und insbesondere auch für Prämien der obligatorischen Unfallversicherung (vgl. Art. 43 SchKG). ZH regt deshalb an, Art. 43 SchKG wie folgt anzupassen:

«Die Konkursbetreuung ist in jedem Fall ausgeschlossen für: [...]

1ter. Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;

Auch die Betreibungsbeamten regen an, dies zu überlegen.

#### 5.4 Änderungen im Betreibungsverfahren

SP, Grüne, SGB schlagen vor, dass die Betreibungsämter die Krankenkassenprämien, Kostenbeteiligungen und diesbezügliche Ausstände ins betreibungsrechtliche Existenzminimum einbeziehen.

Die Betreibungsbeamten erklären, dass die laufenden Krankenversicherungsprämien grundsätzlich zum Existenzminimum gehören. Beahlt ein Schuldner seine laufenden Prämien aber nicht, können diese nicht von Vornherein ins Existenzminimum eingerechnet werden. Der Schuldner muss somit die Prämien Anfang Monat bezahlen und kann sich diese aus der eingegangenen Pfändungsquote zurückerstatten lassen. Leider nutzen zahlreiche Schuldner diese Möglichkeit nicht und die Krankenkassenprämien bleiben offen und zusätzlich entstehen neue Betreuungskosten im Zusammenhang mit der Einforderung dieser Prämien. Dem könnte beispielsweise in der Weise abgeholfen werden, dass es den Krankenversicherungen erlaubt würde, insbesondere mit ihren laufenden Prämienforderungen an einer Pfändung analog Art. 111 SchKG ohne vorgängige Betreuung teilzunehmen.

#### 5.5 Änderungsvorschläge für die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

AG schlägt vor, die Versicherer zu verpflichten, bei Erreichen der Volljährigkeit die Policen der Kinder von denjenigen der Eltern oder gesetzlichen Vertreter zu trennen.

BS schlägt vor, die Versicherer zu verpflichten, die Kinder und jungen Erwachsenen rechtzeitig über ihre Rechte zu informieren.

CSP-NE schlägt vor, die Kantone zu verpflichten, die jungen Erwachsenen ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sie mit ihrer Volljährigkeit für das Bezahlen ihrer Prämien und Kostenbeteiligungen verantwortlich werden.

---

Die Konkursbetreuung ist in jedem Fall ausgeschlossen für:

- 1 Steuern, Abgaben, Gebühren, Sporteln, Bussen und andere im öffentlichen Recht begründete Leistungen an öffentliche Kassen oder an Beamte;
- 1<sup>bis</sup> Prämien der obligatorischen Unfallversicherung;
- 2 periodische familienrechtliche Unterhalts- und Unterstützungsbeiträge sowie Unterhaltsbeiträge nach dem Partnerschaftsgesetz vom 18. Juni 2004<sup>4</sup>;
- 3 Ansprüche auf Sicherheitsleistung.

## **5.6 Budgetberatung für Jugendliche**

Alternative Liste ZH und VUA schlagen vor, dass Jugendlichen, welche in einem Haushalt sozialisiert wurden, in welchem Schulden zum Alltag gehörten, beim Erreichen der Volljährigkeit zwingend eine Budget- und Laufbahnberatung angeboten wird.

AG merkt an, dass sich sämtliche in der Vorlage vorgesehenen Punkte bei einer anderen Finanzierungsform der Krankenkassenprämien (zum Beispiel analog der Finanzierung in der AHV/IV) überhaupt nicht stellen würden. Durch einen solchen Systemwechsel könnten die Zahlungsausstände bei den Prämien bereits von Beginn weg verhindert werden.

## **Anhang : Liste der Vernehmlassungsteilnehmer**

### **Kantone / Cantons / Cantoni**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo

SG	Staatskanzlei des Kantons St-Gallen Chancellerie d'État du canton de Saint-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CDOS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali degli affari sociali

**In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali

grüne les verts i verdi	grüne les verts i verdi
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du Centre Unione democratica di Centro

**Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)

**Konsumentenverbände / Associations de consommateurs, associations patronales / Associazioni dei consumatori**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori

**Versicherer / Assureurs / Assicuratori**

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel Services SA
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori-malattia svizzeri

## Versicherte, PatientInnen / Assurés, Patients / Assicurati, Pazienti

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
OM-KV OM-AM UM-AM	Ombudsstelle Krankenversicherung Office de médiation de l'assurance-maladie Ufficio di mediazione dell'assicurazione-malattie

## Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
mfe	Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
MFÄF	Ärztinnen und Ärzte Freiburg Médecins Fribourg
	Pharmalog.ch
SHV	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse d'odonto-stomatologie Società svizzera di odontologia e stomatologia
VUA	Vereinigung unabhängiger Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierende Association des médecins indépendants et des étudiants en médecine

## Diverse / Divers / Vario

<b>Abk. Abrév. Abbrev.</b>	
Caritas CH	Caritas Suisse
CSP-CH	Association des Centres sociaux protestants
CSP-NE	Centre social protestant Neuchâtel
EKKJ CFEJ CFIG	Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse Commissione federale per l'infanzia e la gioventù
Betreibungs- beamte	Konferenz der Betreibungs- und Konkursbeamtinnen und -beamten der Schweiz Conférence des préposés aux poursuites et faillites de Suisse Conferenza degli ufficiali di esecuzione e fallimenti della Svizzera
Privatim	Konferenz der schweizerischen Datenschutzbeauftragten Conférence des préposés à la protection des données Conferenza dei incaricati svizzeri della protezione dei dati

SBS DCS	Schuldenberatung Schweiz Dettes conseils Suisse
	Inclusion Handicap
KdSZ	Konferenz der Stadtammänner (Betreibungsbeamten) Zürich Conférence des préposés aux poursuites de la ville de Zurich
KOKES COPMA COPMA	Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes Conferenza per la protezione dei minori e degli adulti
	Alternative Liste ZH Liste alternative ZH
PMS	Pro Mente Sana
SAMW ASSM ASSM	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche
SGHVR SDRCA SVRCA	Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht Société suisse du droit de la responsabilité civile et des assurances Società svizzera di responsabilità civile e diritto delle assicurazioni
SKOS CSIAS COSAS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe Conférence suisse des institutions d'action sociale Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale
	Stadt Frauenfeld Ville de Frauenfeld Città di Frauenfeld
SVR ASM ASM	Schweizerische Vereinigung der Richterinnen und Richter Association suisse des magistrats de l'ordre judiciaire Associazione svizzera dei magistrati
Triangel	Triangel Beratung Zug
VTG	Verband Thurgauer Gemeinden Association des communes de Thurgovie Associazione dei comuni della Turgovia
WEKO COMCO	Wettbewerbskommission Commission de la concurrence