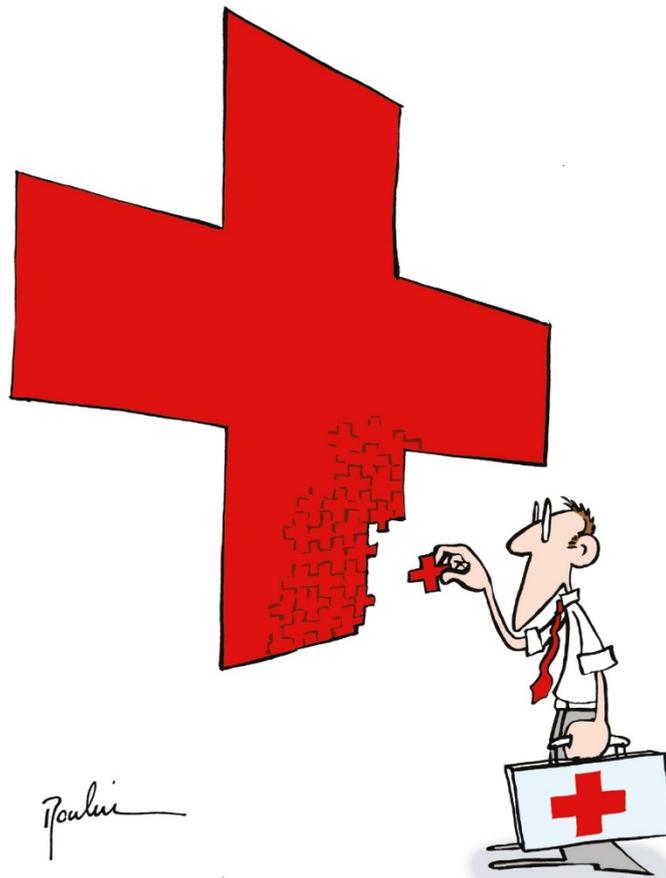


Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz – ein für alle zugängliches Gut?

Eine Forschungsarbeit zum Case Management für
Personen mit Ausständen bei der obligatorischen
Krankenversicherung



Nayla Demarco und Sandra Sjöberg
Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
August 2018

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2015 – 2019 & TZ 2014 – 2019**

Nayla Demarco & Sandra Sjöberg

**Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz – ein für alle
zugängliches Gut?**

**Eine Forschungsarbeit zum Case Management für Personen mit Ausständen bei der
obligatorischen Krankenversicherung**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2018 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die Bachelorarbeit mit dem Titel „Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz – ein für alle zugängliches Gut?“ geht der Frage nach, wie Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung durch ein Case Management unterstützt werden können.

Prämienausstände bei der Krankenversicherung sind seit der Einführung des Obligatoriums stetig angewachsen, so dass sie ein problematisches Ausmass angenommen haben. Die Kantone sind seit der Gesetzesrevision im Jahr 2012 verpflichtet, 85 Prozent der nicht einbringlichen Forderungen zu übernehmen. Im Gegenzug räumt ihnen das Gesetz die Möglichkeit ein, Personen die ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Derzeit stehen in neun Kantonen rund 30'000 Personen auf der Liste. Für diese bedeutet das, dass Kosten für eine medizinische Behandlung von der Krankenversicherung nur noch übernommen werden, wenn es sich um einen Notfall handelt.

Die Autorinnen Nayla Demaro und Sandra Sjöberg untersuchen in einer qualitativen Forschungsarbeit, wie das Bundesgesetz Art. 64a KVG kantonal umgesetzt wird und wie Personen mit Ausständen bei der Krankenversicherung auf Kantons- und Gemeindeebene unterstützt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass in einigen Gemeinden säumige Versicherte aktiv unterstützt werden, damit sie wieder über einen vollumfänglichen Versicherungsschutz verfügen können. Im Vergleich zum Konzept Case Management besteht jedoch noch Optimierungsbedarf.

Dank

An dieser Stelle möchten wir allen Personen, die uns beim Verfassen der vorliegenden Arbeit unterstützt haben, einen Dank aussprechen. Ein spezieller Dank geht an erster Stelle an die interviewten Fachpersonen, ohne diejenige diese Forschungsarbeit nicht hätte entstehen können. Des Weiteren danken wir ganz herzlich Axel Reichlmeier, Ressortleiter der Santé Suisse, der uns in diversen Fachgesprächen wichtige Informationen zukommen liess und uns mit Literatur unterstützt hat. Für die fachliche Unterstützung danken wir Gregor Husi, Peter Mösch und Anita Nelson. Weiter möchten wir unseren Lektorinnen danken, die sich dieser Arbeit sorgfältig angenommen haben und einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung liefern konnten. Zum Schluss geht unser Dank an unsere Familien, Freunde und Bekannten, die uns immer wieder moralischen Zuspruch gaben und für die notwendige Abwechslung sorgten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Dank	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Berufsrelevanz	2
1.3 Motivation	3
1.4 Fragestellung und Zielsetzung	4
1.5 Adressatinnen und Adressaten	5
1.6 Begriffsverwendung	5
1.7 Aufbau der Arbeit	6
2 Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz	7
2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)	7
2.2 Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)	10
2.3 Solidaritätsprinzip der OKP	10
2.4 Prämien der OKP	11
2.5 Individuelle Prämienverbilligung (IPV)	13
2.6 Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen	14
2.7 Verlustscheinübernahme durch die Kantone	16
2.8 Persönliche Stellungnahme	18
3 Liste säumiger Prämienzahlenden	19
3.1 Listeneintrag und Löschung	20
3.2 Personen auf der Liste	22
3.3 Kosten und Nutzen der Liste	24
3.4 Zahlungsunwilligkeit versus Zahlungsunfähigkeit	25
3.5 Medizinischer Notfall	27
3.6 Die Liste aus ethischer Sicht	28
3.7 Unterstützung der Personen auf der Liste	29
3.8 Persönliche Stellungnahme	30

4	<u>Case Management</u>	31
4.1	Case Management als Handlungskonzept.....	31
4.2	Definitionen im Case Management	32
4.2.1	Mensch und Fall	32
4.2.2	Case Management und Care Management.....	32
4.3	Dimensionen des Case Managements	33
4.4	Einsatz von Case Management.....	34
4.5	Fallsteuerung im Case Management	35
4.5.1	Zugangseröffnung	36
4.5.2	Problemeinschätzung	37
4.5.3	Planung	38
4.5.4	Vermittlung	38
4.5.5	Leistungssteuerung und Monitoring.....	39
4.5.6	Abschluss.....	39
4.6	Funktionen im Case Management.....	40
4.6.1	Die Advocacy-Funktion.....	40
4.6.2	Die Broker-Funktion.....	40
4.6.3	Die Gate-Keeper-Funktion	41
4.6.4	Social-Support-Funktion	41
4.7	Case Management in der Sozialen Arbeit	42
5	<u>Forschungsdesign</u>	43
5.1	Forschungsfragen	43
5.2	Auswahl der Interviewpartnerinnen und –partner	43
5.3	Auswahl der Kantone und Gemeinden	44
5.4	Zugang zum Feld	45
5.5	Beschreibung der Stichproben.....	45
5.6	Datenerhebung.....	46
5.7	Entwicklung des Leitfadens.....	46
5.8	Durchführung der Interviews	47
5.9	Datenauswertung.....	47
5.10	Probleme bei der Auswertung	49

6	<u>Forschungsergebnisse</u>	50
6.1	Politik, Recht und Ethik (Makro)	50
6.1.1	Das Bundesgesetz auf kantonaler und kommunaler Ebene	50
6.1.2	Krankenkassenausstände im Schuldbetreibung- und Konkursgesetz	56
6.1.3	Politische Diskussion zur Implementierung des Case Managements	57
6.1.4	Datenschutz	58
6.1.5	Ethische Haltung zur Liste	58
6.2	Vernetzung und Organisation (Meso)	59
6.2.1	Zusammenarbeit im Kanton und mit anderen Organisationen	59
6.2.2	Personelle und finanzielle Ressourcen	60
6.3	Unterstützungsprozess (Mikro)	62
6.3.1	Zugangseröffnung	62
6.3.2	Problemeinschätzung	64
6.3.3	Planung	66
6.3.4	Vermittlung	67
6.3.5	Leistungssteuerung und Monitoring	68
6.3.6	Abschluss	69
6.3.7	Bewährung des Unterstützungsprozesses	69
7	<u>Diskussion der Ergebnisse</u>	71
7.1	Politik, Recht und Ethik (Makro)	71
7.1.1	Das Bundesgesetz auf kantonaler und kommunaler Ebene	71
7.1.2	Krankenkassenausstände im Schuldbetreibung- und Konkursgesetz	77
7.1.3	Politische Diskussion zur Implementierung des Case Managements	78
7.1.4	Datenschutz	78
7.1.5	Ethische Haltung zur Liste	78
7.2	Vernetzung und Organisation (Meso)	79
7.2.1	Zusammenarbeit im Kanton und mit anderen Organisationen	79
7.2.2	Personelle und finanzielle Ressourcen	80
7.3	Unterstützungsprozess (Mikro)	80
7.3.1	Zugangseröffnung	80
7.3.2	Problemeinschätzung	81
7.3.3	Planung	83
7.3.4	Vermittlung	83
7.3.5	Leistungssteuerung und Monitoring	84

7.3.6	Abschluss.....	85
7.3.7	Bewährung des Unterstützungsprozesses	85
8	<u>Schlussfolgerungen und Ausblick.....</u>	86
8.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	86
8.2	Handlungsempfehlungen für die Profession.....	90
8.2.1	Makroebene	90
8.2.2	Mesoebene	91
8.2.3	Mikroebene	92
8.3	Ausblick	94
8.4	Persönliche Stellungnahme	95
9	<u>Literatur.....</u>	97
10	<u>Anhang</u>	102

Die gesamte vorliegende Arbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1	Zahlungssystem Tiers garant (eigene Darstellung).....	2
Abb. 2	Zahlungssystem Tiers payant (eigene Darstellung)	9
Abb. 3	Veränderung Standardprämie OKP 1996-2017 (eigene Darstellung auf Basis von Bundesamt für Gesundheit [BAG] Statistik der OKP 2016, Prämientarif in der OKP T 8.01).....	12
Abb. 4	Prämienverbilligung der OKP (eigene Darstellung auf Basis von Bundesamt für Gesundheit [BAG], Statistik der OKP 2016, Prämienverbilligung T 4.01)	13
Abb. 5	Ausstehende Forderungen OKP (eigene Darstellung auf Basis Bundesamt für Gesundheit [BAG], Statistik der OKP 2012-2016, Prämienverbilligung T 4.10)	17
Abb. 6	Übersicht der Listen säumiger Prämienzahler, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], ohne Datum).....	19
Abb. 7	Ablauf einer Betreuung (leicht modifiziert nach Bundesamt für Justiz)	21
Abb. 8	Entwicklung der Armutsquote in Prozent der Bevölkerung (BFS, ohne Datum)	26
Abb. 9	Anteil der Bevölkerung mit Zahlungsrückständen (BFS, ohne Datum).....	27
Abb. 10	Die dimensionale Einordnung von Case Management (leicht modifiziert nach Monzer, 2018, S. 58).....	33
Abb. 11	Effizienz beim Ressourceneinsatz (leicht modifiziert nach Monzer, 2018, S. 11-12).....	35
Abb. 12	Steuerung auf operativer Ebene (eigene Darstellung auf Basis von Löcherbach, 2012, S. 22-28)	36
Abb. 13	Kategorien und Unterkategorien (eigene Darstellung)	48
Abb. 14	Berechnung Kostenübernahme (eigene Darstellung)	53
Abb. 15	Übersicht der Umsetzung im Kanton Zug (eigene Darstellung).....	72
Abb. 16	Übersicht der Umsetzung im Kanton Aargau (eigene Darstellung).....	73
Abb. 17	Übersicht der Umsetzung im Kanton Thurgau (eigene Darstellung).....	75
Tabelle 1	Anzahl Versicherte auf den Listen (eigene Darstellung auf Basis von Tina Huber, 2017).....	22

1 Einleitung

„Zum Arzt? Kann ich mir nicht leisten!“

Unter diesem Titel veröffentlichte der Beobachter im Jahr 2013 einen Bericht darüber, dass immer mehr Personen das Recht auf eine umfassende Gesundheitsversorgung verlieren und niemand dagegen protestiert. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und zeigt die Folgen über die Nichtbezahlung von Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen auf.

Nachfolgend wird die Ausgangslage beschrieben und der Bezug zur Sozialen Arbeit dargestellt und begründet. Es folgt die persönliche Motivation der Autorinnen, die dieser Arbeit zugrunde liegt. Basierend auf der Ausgangslage werden die Fragestellungen aufgezeigt, die zur Beantwortung des Forschungsgegenstands hergeleitet wurden. Die Adressatinnen und Adressaten sowie die Begriffsverwendung werden dargestellt. Zum Schluss dieses Kapitels wird aufgezeigt, welche Inhalte die einzelnen Kapitel vermitteln.

1.1 Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) dient in der Schweiz dazu, die Bevölkerung im Krankheitsfall abzusichern. Seit der Einführung des Obligatoriums und dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes im Jahr 1996 sind Ausstände bei der obligatorischen Grundversicherung in Form von Prämien und Kostenbeteiligungen zu verzeichnen. Waren bis ins Jahr 2012 die Versicherer ermächtigt, Leistungen aufzuschieben, wenn Personen ihrer Versicherungspflicht nicht nachkamen, wurde diese Bestimmung mit der Revision aufgehoben. Im Gegenzug müssen die Kantone 85 Prozent der Kosten übernehmen, die zur Ausstellung eines Verlustscheins geführt haben. Nach Art. 64a Abs. 7 KVG sind die Kantone befugt, Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Mit dieser Neuregelung wurde der Leistungsaufschub wieder eingeführt. Jedoch liegt es nun in der Kompetenz der Kantone, zu entscheiden, ob eine Liste für säumige Versicherte eingeführt werden soll. Auf entsprechende Meldung hin übernimmt der Versicherer für Personen, die auf der Liste erfasst sind, die Kosten nur dann, wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt. Mit der Einschränkung zu medizinischen Leistungen bezweckte der Gesetzgeber, Druck auf zahlungsunwillige Personen auszuüben, um damit die Zahlungsmoral zu verbessern.

Derzeit führen neun Kantone in der Schweiz eine entsprechende Liste. Die Ausgestaltung und Umsetzung der Massnahmen betreffen nicht nur säumige Versicherte, sondern haben einen erheblichen Einfluss auf Leistungserbringer, Krankenversicherer, Verwaltungsbehörden, politische Gremien und Organisationen der sozialen Arbeit. Die Meinungen gehen auseinander und werden in den Medien meist kritisch hinterfragt. Nicht zuletzt wird mit der Einschränkung auf eine Notfallbehandlung das Obligatorium der Krankenversicherung untergraben, da nicht mehr jede Person die notwendige Pflege zur Sicherstellung der Gesundheit erhält.

In verschiedenen Kantonen und Gemeinden wird ein sogenanntes Case Management betrieben, um Personen mit Ausständen zu unterstützen. Dabei stehen ihnen je nach kantonalen Bestimmungen verschiedene Handlungsspielräume zur Verfügung.

Diese Ausgangslage und die Tatsache, dass die Teilhabe an einer umfassenden Gesundheitsversorgung nicht mehr für die Gesamtbevölkerung der Schweiz gewährleistet wird, veranlasste die Autorinnen dazu, sich mit der Umsetzung des Bundesgesetzes auf kantonaler Ebene auseinanderzusetzen und aufzuzeigen, wie säumige Versicherte auf kantonaler und kommunaler Ebene unterstützt werden können.

1.2 Berufsrelevanz

Die Berufsrelevanz, die sich mit der Problematik der Zahlungsausstände ergibt, zeichnet sich auf verschiedenen Ebenen ab, die nachfolgend näher erläutert werden.

Soziales Problem

Soziale Probleme sind im systemischen Denkmuster sowohl Probleme der Individuen als auch Probleme, die mit einer Sozialstruktur zusammenhängen. Dies ist der Fall, wenn Individuen aufgrund gesellschaftlicher Prägungen ihre Bedürfnisse nicht mehr aus eigener Kraft befriedigen können. Ein soziales Problem liegt auch dann vor, wenn Sozialisation insofern versagt, dass das Aneignen sozialer Normen beziehungsweise die Nichteinhaltung von Pflichten gegenüber der Gemeinschaft zu abweichenden Norm- und Wertvorstellungen der Gesellschaft führt. Das kann für das Individuum den Ausschluss aus einem System zur Folge haben (Silvia Staub-Bernasconi, 2002, S. 250).

Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit

Nach dem Berufskodex ist die Soziale Arbeit verpflichtet, „Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln“ (AvenirSocial, 2010, S. 6). Personen mit Ausständen bei den Versicherern werden grösstenteils in den jeweiligen Sozialen Diensten der Gemeinde beraten und unterstützt. Damit erhält die Soziale Arbeit einen direkten Auftrag, sich an der Lösung des Problems zu beteiligen.

Case Management als Konzept der Sozialen Arbeit

Laut Manfred Neuffer (2009) hat sich die Soziale Arbeit vermehrt von den klassischen Methoden zu lösen und eigene integrative Konzepte zu entwickeln. Mit dem Konzept des Case Managements haben Professionelle der Sozialen Arbeit die Möglichkeit, Wechselwirkungen zwischen Einzelpersonen und Familien sowie deren sozialen Systemen zu erfassen (S. 246).

1.3 Motivation

Die Motivation für die Bearbeitung der vorliegenden Thematik hat sich für beide Autorinnen während des Praktikums ergeben. In der Zeit der Gesetzesrevision im Jahr 2012 arbeitete eine Autorin bei den Sozialen Diensten der Stadt Luzern, die andere Autorin beim ehemaligen Vormundschaftsamt der Stadt Zug. In beiden Kantonen wurde die Liste für säumige Prämienzahlende eingeführt. Die Umsetzung des Bundesgesetzes auf kantonaler Ebene sowie die geltenden Übergangsbestimmungen stellten für die Fachpersonen innerhalb der Institutionen Herausforderungen dar, die rege diskutiert wurden. In der Beratung wurden sie mit den Problematiken der eingeschränkten Gesundheitsversorgung konfrontiert, was weitere Fragen in Bezug auf die Abläufe aufwarfen. Dies motivierte beide Autorinnen, sich vertieft mit der Thematik zu befassen und sich über politische, rechtliche und ethische Aspekte zu informieren. Auch wenn die Revision zwischenzeitlich schon einige Jahre zurückliegt, hat sich an der Aktualität der Thematik nichts geändert. Im Gegenteil wurde gerade in letzter Zeit das Thema vermehrt in den öffentlichen Medien aufgegriffen und Skepsis bei der Durchführung geäussert. Das war ein weiterer Antrieb, das Thema in einer Bachelorarbeit zu vertiefen.

1.4 Fragestellung und Zielsetzung

Literatur zum Thema gibt es vorwiegend in Zeitungsartikeln. Meist wird die Liste in den Medien kritisch hinterfragt. Weitere Informationen sind den kantonalen Gesetzen zu entnehmen, die Regelungen zur Umsetzung des Art. 64a KVG festhalten. Eine Studie zur Wirkung der Liste sowie eine Masterarbeit über die Rechtsgrundlagen und den Vollzug des Bundesgesetzes dienen als weitere Quellen für die Recherche. Wie Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung unterstützt oder durch ein Case Management begleitet werden, ist aus vorliegender Literatur nicht zu entnehmen. Es wurden daher Fragen formuliert, die sich einerseits auf die kantonale Umsetzung des Bundesgesetzes und andererseits auf die Unterstützungsmöglichkeiten auf Kantons- und Gemeindeebene beziehen.

Theoriefrage 1:

Wie wirkt sich die Revision des Art. 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen aus?

Theoriefrage 2:

Welchen Rahmenbedingungen und Standards liegt das Konzept Case Management in der Sozialen Arbeit zugrunde?

Forschungsfrage 1:

Wie gestaltet sich die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auf kantonaler und kommunaler Ebene?

Forschungsfrage 2:

Wie gestaltet sich der Unterstützungsprozess für Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?

Praxisfrage:

Welche Handlungsempfehlungen lassen sich in Bezug auf die Unterstützung für Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung für Professionelle der Sozialen Arbeit ableiten?

1.5 Adressatinnen und Adressaten

Die vorliegende Arbeit richtet sich einerseits an Professionelle der Sozialen Arbeit, die sich mit der Problematik beschäftigen, andererseits aber auch an Fachpersonen und Organisationen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich, die sich dafür interessieren. Die Autorinnen wünschen sich eine breite Sensibilisierung in der Öffentlichkeit.

1.6 Begriffsverwendung

Die Bezeichnung der Liste säumiger Prämienzahlenden wird nicht in allen Kantonen einheitlich verwendet. Eine gebräuchliche Bezeichnung „Liste säumiger Prämienzahler“ wird nicht gendergerecht eingesetzt und deshalb von den Autorinnen nicht verwendet. Im Gesetzesartikel lautet die Liste einfach „Liste“, was die Autorinnen in der vorliegenden Arbeit übernommen haben.

Da betroffene Personen nicht zwangsläufig Klientinnen und Klienten einer sozialen Einrichtung sind, wird dieser Begriff in der Arbeit nicht verwendet. Stattdessen verwenden die Autorinnen die Begriffe säumige Versicherte, betroffene Personen oder zu unterstützende Personen.

Für den Begriff der Krankenkassen wird der Ausdruck Versicherer oder Krankenversicherer verwendet.

Mit Leistungserbringer sind alle Personen und Institutionen gemeint, die medizinische Leistungen erbringen, unabhängig des Geschlechts. Auch in Gesetzestexten und in der zitierten Literatur wird der Begriff „Leistungserbringer“ verwendet.

Der Begriff der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird nicht einheitlich verwendet. Zwischen Krankenpflegeversicherung und Krankenversicherung wird selbst im Gesetz keine Unterscheidung gemacht. Die Terminologie wurde von den Autorinnen von der zitierten Literatur übernommen.

1.7 Aufbau der Arbeit

Als Einleitung in die Arbeit wird im **1. Kapitel** die Ausgangslage, die Berufsrelevanz, die Motivation der Autorinnen und die Fragestellungen beschrieben. Es zeigt auf, an wen sich die Arbeit richtet und welche Begriffe verwendet werden. Um die einzelnen Fragen beantworten zu können, ist die Arbeit so aufgebaut, dass im **2. Kapitel** allgemeine Informationen über das Gesundheitssystem und die obligatorische Krankenversicherung erfolgen. Es werden anschliessend die gesetzlichen Grundlagen und die Revision des Art. 64a KVG aufgezeigt. Das **3. Kapitel** bezieht sich auf die Liste säumiger Prämienzahlende und stellt die Herausforderungen in der Praxis dar. Im **4. Kapitel** wird das Konzept Case Management vorgestellt und die theoretischen Bezüge zu den einzelnen Phasen und Funktionen geschaffen, um die Forschungsfragen beantworten zu können. Das Forschungsdesign wird im **5. Kapitel** erläutert. Es zeigt die gewählten Methoden von der Auswahl der Zielgruppe bis hin zur Auswertung auf. Das **6. Kapitel** widmet sich den Forschungsergebnissen der einzelnen Interviews, die auf den Ebenen Makro, Meso und Mikro präsentiert werden. Diese werden im **7. Kapitel** diskutiert und mit der Theorie verglichen. **Das 8. Kapitel** rundet die Arbeit ab, indem Schlussfolgerungen für den Beruf abgeleitet werden. Die Fragen werden in zusammengefasster Form beantwortet und es werden Handlungsempfehlungen für die Praxis formuliert. Nach dem Ausblick für weitere Forschungen folgt abschliessend die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

2 Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz

Die Schweizer Bevölkerung kann von einem guten Gesundheitssystem profitieren. Zu diesem Schluss gelangt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach einer ausführlichen Analyse. In verschiedenen Abstimmungen bestätigte das Stimmvolk, dass keine radikalen Änderungen im Gesundheitssystem gewünscht werden. Auch internationale Expertinnen und Experten beurteilen die schweizerische Gesundheitsversorgung als ein System mit vielen Vorteilen und Stärken. Dazu gehören ein garantierter Zugang zu medizinischen Leistungen, die Bandbreite der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckten Leistungen und eine hohe Qualität in der Versorgung. Der Bundesrat hält mit dem Bericht „Gesundheit 2020“ die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik fest und prognostiziert, dass dem Gesundheitssystem zahlreiche Herausforderungen bevorstehen, welche die bisherigen Erfolge infrage stellen können. Die Probleme lassen sich in vier gesundheitspolitische Felder gruppieren: eine Zunahme der chronischen Krankheiten, eine Umwandlung der Versorgung in Richtung der Bedürfnisse der Versicherten, die Sicherung der Finanzierung des wachsenden Gesundheitssektors sowie die Behebung einer mangelnden Steuerbarkeit und fehlender Transparenz (Eidgenössisches Departement des Innern [EDI], ohne Datum, S. 4-5).

Die steigenden Gesundheitskosten bedeuten für die öffentlichen Haushalte eine grosse Finanzierungslast und stellen ein zentrales wirtschafts- und finanzpolitisches Handlungsfeld dar. Im Jahr 2014 betrugen die Gesundheitsausgaben für die Kantone 12 Milliarden Franken. Mit einer Beteiligung von 70 Prozent an den Gesundheitskosten sind sie die wichtigsten gesundheitspolitischen Akteure (Soziale Sicherheit [CHSS], 2017).

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Für den Zugang zu medizinischen Leistungen bildet die Krankenversicherung die wichtigste Grundlage. Sie ist seit 1996 für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch. Ziel der obligatorischen Grundversicherung ist die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Gesundheitsversorgung für alle. Auch Personen mit einem niedrigen Einkommen sowie Bezügerinnen und Bezüger von

Sozialhilfe (WSH) und Ergänzungsleistungen (EL) sollen an der sozialen Sicherheit teilhaben und sich gegen gesundheitliche Risiken versichern können. Die Verantwortung und Aufgaben des Gesundheitswesens sind auf Bund, Kanton und Gemeinde verteilt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], ohne Datum a).

Die Leistungserbringer üben ihre Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in den verschiedenen Kategorien aus. Sie müssen zugelassen und vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) anerkannt sein. Die Liste der Leistungserbringer ist lang und reicht von Ärztinnen und Ärzten über Spitäler und Apotheken bis hin zu Transport- und Rettungsunternehmen. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft und übernimmt Kosten für bestimmte Präventionsmassnahmen. Alle Krankenversicherer sind verpflichtet, den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfang zu übernehmen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], ohne Datum b).

Die erbrachten Leistungen werden auf zwei verschiedene Arten vergütet. Es wird zwischen dem System des Tiers garant und dem System des Tiers payant unterschieden. Grundsätzlich gilt das System des Tiers garant. Die versicherte Person schuldet dem Leistungserbringer die Kosten für die erbrachte Leistung. Diese werden ihr von dem Versicherer nach Abzug des Selbstbehalts zurückerstattet (Santésuisse, ohne Datum a).

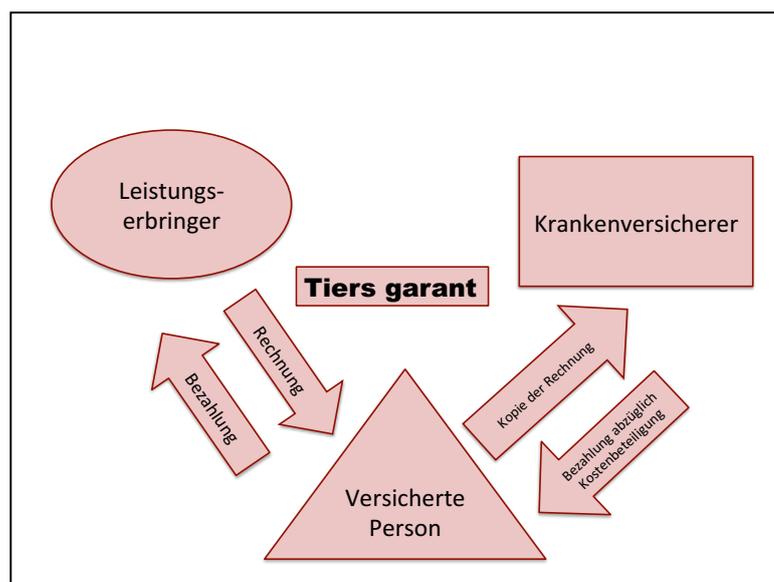


Abbildung 1: Zahlungssystem Tiers garant (eigene Darstellung)

Im System des Tiers payant erhält der Versicherer die Rechnung direkt vom Leistungserbringer und begleicht ihm die Forderung. Der Selbstbehalt wird der versicherten Person in Rechnung gestellt. Dieses System wird meistens bei Spitalrechnungen angewendet (Santésuisse, ohne Datum a).

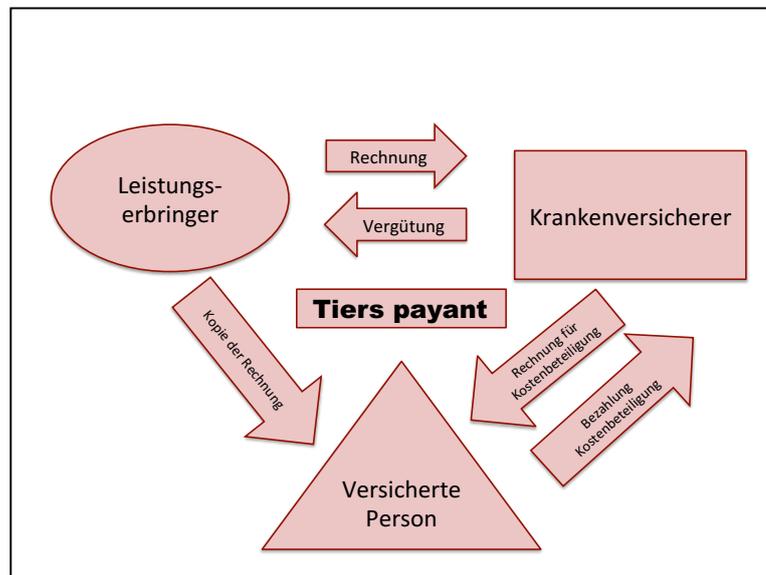


Abbildung 2: Zahlungssystem Tiers payant (eigene Darstellung)

Die Krankenversicherer führen die obligatorische Krankenpflegeversicherung durch. Auch sie unterstehen gesetzlichen Normen. Sie haben den Auftrag, die Gesundheit zu fördern und gemeinsam mit den Kantonen eine Institution zu betreiben. Die Krankenversicherer dürfen die Einnahmen der Grundversicherung nicht für andere Zwecke verwenden und keine Gewinne ausschütten. Die Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung wird ihnen vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) erteilt. Die Leistungen, welche von den Versicherern übernommen werden, sind gesetzlich vorgeschrieben und bauen auf den drei Prinzipien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit auf (Santésuisse, ohne Datum b, S. 22-23).

Neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steht es den Versicherern frei, Zusatzversicherungen anzubieten. Diese decken weitere Leistungen ab, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden (ebd., S. 9).

2.2 Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ist im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10 und der weiterführenden Verordnung zur Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102 geregelt. Die kantonalen Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz werden in den jeweiligen kantonalen Gesetzen definiert.

Im Jahr 1890 wurde dem Bund die Kompetenz zur gesetzlichen Regelung der sozialen Kranken- und Unfallversicherung erteilt, die mit Artikel 34^{bis} in die Bundesverfassung aufgenommen wurde. Das erste Krankenversicherungsgesetz wurde dem Volk im Jahr 1900 zur Abstimmung vorgelegt. Dieses wurde jedoch verworfen. 1914 wurde das zweite Krankenversicherungsgesetz angenommen. Mit dem Inkrafttreten des neuen KVG im Januar 1996 wurde neben einem umfassenden Leistungskatalog auch das Versicherungsobligatorium eingeführt. Neu galten Einheitsprämien für Erwachsene pro Person und Region. Für alle Versicherten gab es eine Garantie zur freien Wahl der Kasse und die volle Freizügigkeit der Versicherung. Mit der vollen Freizügigkeit muss der Versicherer jede antragstellende Person ohne Vorbehalte aufnehmen. Ebenso wurden die freie Wahl der Versicherungsform, neue Versicherungsformen und die Prämienverbilligung eingeführt. Der Risikoausgleich wurde weitergeführt und der Wettbewerb unter Leistungsanbietenden und Krankenversicherern wurde gefördert. Seither wurden das KVG und die KVV mehrmals angepasst, geändert und revidiert. Für die vorliegende Arbeit ist insbesondere die Einführung der neuen Bestimmung mit Art. 64a KVG im Jahr 2006 (nicht mehr in Kraft) und die Revision von Art. 64a KVG am 1. Januar 2012 sowie die Änderung Art. 65 KVG über die Auszahlung der Prämienverbilligung relevant (Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], 2017, S. 72).

2.3 Solidaritätsprinzip der OKP

Die Krankenversicherung baut mit dem Obligatorium der Grundversicherung auf dem Solidaritätsprinzip auf. Dabei gewährleistet sie die Solidarität zwischen Mann und Frau, zwischen Jung und Alt und zwischen Gesunden und Kranken. Bis zu einem gewissen Grad wird die Solidarität auch zwischen Personen in unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährt (Santésuisse, ohne Datum c, S. 7).

Der Solidaritätsbegriff wird vielseitig verwendet und stammt aus verschiedenen sozialen und sozialphilosophischen Traditionen. Geht man von der Definition des Soziologen Emile Durkheim aus, so bezeichnet Solidarität das Konzept für einen sozialen Zusammenhalt. Das Wörterbuch der Académie française beschreibt Solidarität als rechtlichen Fachausdruck als „eine Erklärung, durch die sich zwei oder mehr Personen verpflichten, die einen für die anderen und jede für alle, wenn es notwendig wird, einzustehen“ (Zoll, 2000, zit. in Hubert Kausch, 2007, S. 76).

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen zahlen grundsätzlich eine einheitliche Prämie, die sogenannte Kopfprämie. Da diese die finanzielle Situation der Versicherten nicht berücksichtigt, sieht das KVG als soziales Korrektiv vor, dass die Prämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Bundes- und Kantonsbeiträge verbilligt werden (Bundesamt für Gesundheit, [BAG], 2018).

Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung dürfen Krankenversicherer niemanden aufgrund eines vorhandenen oder potentiell höheren Krankheitsrisikos ausschliessen oder benachteiligen. Es darf nicht nach Personengruppen unterschieden werden und es spielt keine Rolle, inwieweit jemand auf seine Gesundheit achtet. Es gibt in einem Zeitraum Personen, die Leistungen beanspruchen und solche, die keine Leistungen benötigen. Damit ist das Prinzip der horizontalen Solidarität gemeint. Die vertikale Solidarität spielt auf die Ausgestaltung des Gegenseitigkeitsprinzips an, um jeder Person einen zahlbaren Zugang zur sozialen Sicherheit zu ermöglichen. Die solidarische Unterstützung innerhalb der Risikogemeinschaft zeigt sich in der Höhe der Beiträge, die nicht von der Leistungsfähigkeit und dem Leistungsanspruch der versicherten Person abhängig ist. Bund, Kanton und Gemeinden tragen durch ihre Beiträge zusätzlich zu einer solidarischen Umverteilung bei (Gabriela Riemer-Kafka, 2007, S. 60-61).

2.4 Prämien der OKP

Die Prämien der Krankenpflegeversicherung werden jährlich von den Krankenversicherern festgelegt und durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überprüft und genehmigt (Santésuisse, ohne Datum c, S. 22). Grundsätzlich gilt für jede Person die gleich hohe Prämie. Unterschiede in der Kostenhöhe ergeben sich jedoch nach Prämienregion und dem gewählten Versicherungsmodell. Neben der

Prämie beteiligen sich die Versicherten mit einer Franchise, einem Selbstbehalt und einem Kostenbeitrag für einen Spitalaufenthalt an den bezogenen Leistungen (Santésuisse, ohne Datum c, S. 21-23).

Seit der Einführung des KVG sind die Krankenkassenprämien von Jahr zu Jahr gestiegen. Dafür sind verschiedene Faktoren, wie der medizinische und technische Fortschritt, die Alterung der Gesellschaft, aber auch veränderte Krankheitsbilder und steigende Ansprüche an die medizinische Versorgung verantwortlich (Santésuisse, ohne Datum c, S. 5).

Wie die Statistik des BAG aufzeigt, hat sich die sogenannte Standardprämie (OKP einer erwachsenen Person mit 300 Franken Franchise und Unfalldeckung) seit Einführung des Obligatoriums mehr als verdoppelt. Während die monatliche Standardprämie 1996 bei 173.10 Franken lag, ist sie bis ins Jahr 2017 auf 447.30 Franken angestiegen. Die durchschnittliche Erhöhung seit der Einführung des Bundesgesetzes beträgt 4,6 Prozent. Auch die Prämien für junge Erwachsene und Kinder sind seit der Einführung des KVG stetig angestiegen (Bundesamt für Gesundheit, 2017a).

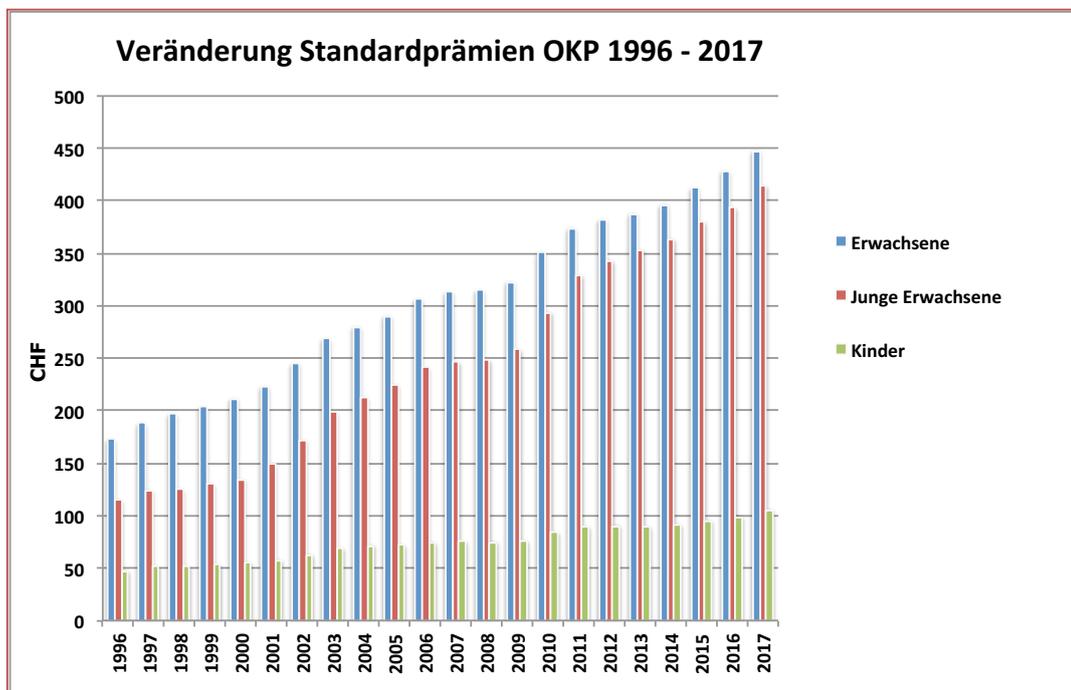


Abbildung 3: Veränderung Standardprämien OKP 1996 – 2017 (eigene Darstellung auf Basis von Bundesamt für Gesundheit [BAG], Statistik der OKP 2016, Prämientarif in der OKP T 8.01)

Prämienhöhungen belasten ein Haushaltsbudget teilweise massiv, so dass für Konsum- und Sparzwecke weniger Mittel zur Verfügung stehen. Bereits 1991 setzte sich der Bundesrat in seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung zum Ziel, dass die Krankenkassenprämien nicht mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens betragen sollen. Eine Differenz soll durch Beiträge der öffentlichen Hand in Form von Prämienverbilligungen für Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen vergütet werden (Schweizerischer Bundesrat, 1991, S. 225).

2.5 Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

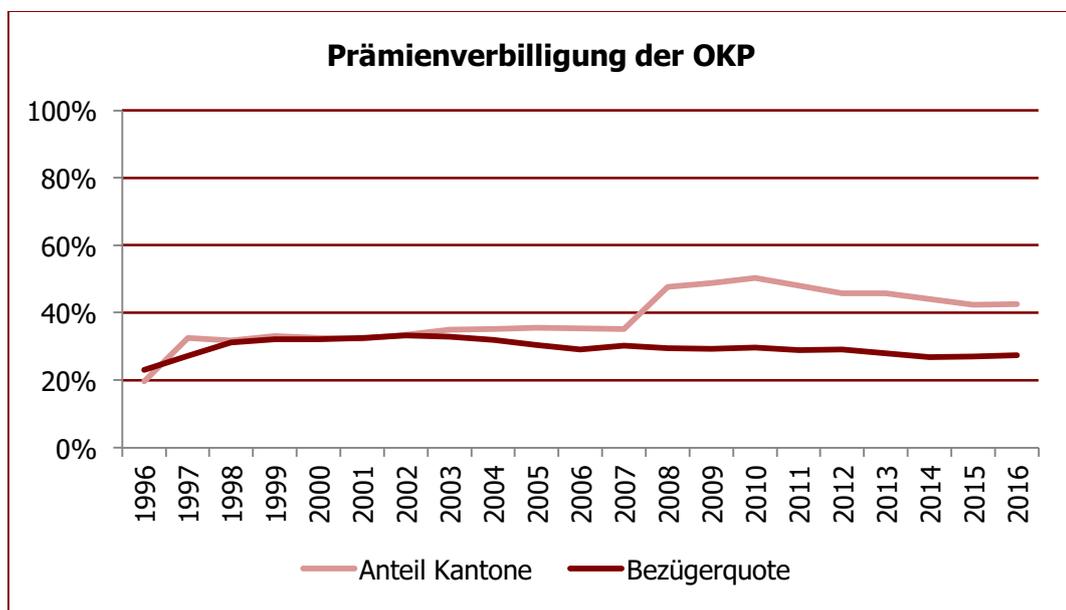


Abbildung 4: Prämienverbilligung der OKP (eigene Darstellung auf Basis von Bundesamt für Gesundheit [BAG], Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016, Prämienverbilligung T 4.01)

Die individuelle Prämienverbilligung wurde zusammen mit der Versicherungspflicht und Inkraftsetzung des KVG im Jahr 1996 eingeführt. Der Bundesbeitrag beträgt seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs im Jahr 2008 fix 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP und wird anhand der Wohnbevölkerung an die einzelnen Kantone aufgeteilt. Diese ergänzen den Beitrag durch eigene Mittel. Bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung wenden die Kantone unterschiedliche Berechnungssysteme an. Daher sind grosse Unterschiede bei der Höhe der Kantonsbeiträge und bei den Beiträgen an die Versicherten zu verzeichnen. Das BAG führt alle drei bis vier Jahre ein Monitoring durch, um die Wirksamkeit der Prämienverbilligung zu messen. Wie die

neuste Analyse zeigt, hat der Kantonsanteil an der IPV weniger stark zugenommen als der Prämienanstieg. Während beim Monitoring im Jahr 2010 der Anteil an der IPV gesamtschweizerisch bei 50 Prozent lag, betrug er im Jahr 2014 nur noch 44 Prozent. Für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen hat sich die finanzielle Belastung durch die Krankenversicherung entsprechend erhöht. Im Jahr 2010 betrug sie gemessen am verfügbaren Einkommen durchschnittlich 10 Prozent. Im Jahr 2014 lag der Durchschnitt bei 12 Prozent. Gesamtschweizerisch liegt die Prämienbelastung gemessen am verfügbaren Einkommen bei rund 6 Prozent. Das Monitoring zeigt zudem auf, dass immer weniger Versicherte eine Prämienverbilligung erhalten. In den Jahren 2014 bis 2016 lag die Quote der Bezügerinnen und Bezüger bei rund 27 Prozent. Im Vergleich zum letzten Monitoring im Jahr 2010 lag der prozentuale Anteil noch bei rund 30 Prozent. Nach wie vor sind es vorwiegend Kinder, junge Erwachsene und betagte Personen, die eine IPV erhalten (Bundesamt für Gesundheit, 2017b).

2.6 Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Seit Inkrafttreten des KVG haben Zahlungsausstände bei der OKP stetig zugenommen und ein problematisches Ausmass erreicht. Diese Entwicklung und die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, wonach eine formellgesetzliche Grundlage fehlte, die einen Versicherungswechsel auch bei ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen verhindern konnte, veranlasste das Parlament, eine Grundlage zu schaffen, welche die Prämienzahlungspflicht und die Folgen eines Verzugs regelt (Schweizerischer Bundesrat, 2000, S. 796).

Der am 01.01.2006 neu eingeführte Artikel 64a KVG (nicht mehr in Kraft) regelte die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen. Absatz 2 ermächtigte die Versicherer, die Kosten für medizinische Leistungen aufzuschieben, sobald im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt worden war. Es stellte sich jedoch heraus, dass mit den Bestimmungen von Artikel 64a KVG für die Versicherer und Kantone Schwierigkeiten im Vollzug auftraten. Der Bundesrat strebte mit einer Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) eine rasche Lösung an. Die neuen Artikel 105a-e der Verordnung bezweckten eine Erleichterung der Verhandlungen zwischen den Kantonen und den Versicherern. Die Revision des KVV trat am 01.08.2007 in Kraft. Die Regelung sah vor, dass die Kantone mit den Versicherern auf freiwilliger Basis Vereinbarungen treffen konnten, um das Verfahren

der Zahlungsausstände zu vereinfachen. Mit der Übernahme der Ausstände durch den Kanton mussten die unterzeichnenden Versicherer den Leistungsaufschub aufheben. Dies geschah in der Regel jedoch erst nach Abschluss des Betreibungsverfahrens und der Ausstellung eines Verlustscheins. In Kantonen ohne Vereinbarung wurde die Leistungssistierung gemäss Artikel 64a KVG angewendet. Die Folge war, dass Leistungserbringer finanzielle Einbussen in Kauf nehmen mussten. Laut Schätzungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren hatten allein die Spitäler Ausstände in der Höhe von rund 80 Millionen Franken zu beklagen. Von einem Leistungsaufschub waren rund 150'000 Personen betroffen. Für eine dauerhafte Lösung war eine Gesetzesrevision notwendig (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, 2009, S. 6618-6620).

Gemeinsam mit Kantonsvertretenden, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Santésuisse, dem Vertreter der Krankenversicherer, wurde mit Unterstützung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) ein Vorschlag zur KVG-Revision ausgearbeitet und der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) vorgelegt. Auf dieser Grundlage stimmten die eidgenössischen Räte einer Kommissionsinitiative zu (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, 2009, S. 6618-6620).

Die Initiative bezweckte, von einer Leistungssistierung abzusehen, eine klare Regelung der Verfahren, das Festhalten der finanziellen Verantwortung der Kantone und Versicherer sowie die Regelung der aufgelaufenen Forderungen bis zum Inkrafttreten der Revision. Künftig war vorgesehen, dass die Kantone 85 Prozent der Forderungen aus der obligatorischen Krankenversicherung, namentlich ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten, die zu einem Verlustschein geführt haben, übernehmen. Im Gegenzug müssen die Versicherer von einem Leistungsaufschub absehen. Da man in den Verhandlungen davon ausging, dass zahlungsunwillige Personen unter dem Druck des Betreibungsverfahrens ihren Verpflichtungen nachkommen würden, sah die Kommission davon ab, dafür eine spezielle Regelung zu treffen. Jedoch wurde der von Toni Bortoluzzi eingereichten parlamentarischen Initiative Folge geleistet, die mit dem Titel „Eigenverantwortung statt Vollkasko bei säumigen Krankenkassenprämienzahlern“ (09.406 n) die Einführung des Thurgauer Modells vorsieht (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit,

2009, S. 6618-6620). Der Kanton Thurgau erfasst seit 2007 Personen mit Ausständen bei den Versicherern auf einer Liste. Für diese übernimmt der Versicherer die Kosten nur noch, wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt (vgl. Kapitel 3).

Mit der Revision des Art. 64a KVG wurde gleichzeitig Art. 65 KVG geändert. Konnten Kantone bisher wahlweise die Prämienverbilligung dem Versicherer oder der versicherten Person ausrichten, sieht die Revision für alle Kantone vor, die Beiträge der Prämienverbilligung direkt an die Versicherer zu bezahlen. Damit soll garantiert werden, dass die Leistungen für Personen mit einem schwachen Einkommen nicht zu einem anderen Zweck verwendet werden. Zudem soll mit diesem System das Risiko von Zahlungsausständen minimiert werden (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, 2009, S. 6618-6620).

Das Bundesgesetz wurde im National- und Ständerat am 19.03.2010 einstimmig angenommen und trat am 01.01.2012 in Kraft (Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament, ohne Datum).

2.7 Verlustscheinübernahme durch die Kantone

Mit der neuen Regelung ist der Kanton nach Art. 64a Abs. 4 KVG verpflichtet, 85 Prozent der Forderungen für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreuungskosten zu übernehmen, aus denen ein Verlustschein oder ein gleichwertiger Rechtstitel entstanden ist. Die restlichen 15 Prozent gehen zu Lasten des Versicherers. In einigen Kantonen werden die Forderungen an die Gemeinde übertragen, in welcher der Verlustschein ausgestellt wurde.

Bereits vor der Einführung dieser Regelung übernahmen die meisten Kantone uneinbringliche Ausstände, damit der Leistungsaufschub der Versicherer für säumige Versicherte aufgehoben werden konnte (Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2008).

Für die Eintreibung der fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen ist der Versicherer verantwortlich. Der allgemeine Prozess einer Betreuung regelt das Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889. Der eigentliche Betreibungsprozess für Forderungen aus der OKP wird in Art. 64a KVG und

Art. 105a-m KVV präzisiert. Gemäss Art. 219 SchKG sind die Forderungen für Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherer in der zweiten Klasse privilegiert. Das bedeutet, dass die Versicherer ihren gesamten Anspruch geltend machen können, bevor Gläubiger aus der dritten Klasse, beispielsweise aus einem Konsumkredit, befriedigt werden (Berner Schuldenberatung, 2017, S. 6).

Mit dieser Regelung werden die Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel neu durch die Versicherer und nicht mehr durch die Kantone bewirtschaftet. Gemäss Art. 64a Abs. 5 KVG bewahrt der Versicherer die Verlustscheine bis zur vollständigen Bezahlung der Forderungen auf. Werden die Forderungen beglichen, muss der Versicherer 50 Prozent des erhaltenen Betrages den Kantonen zurückerstatten.

Wie die Statistik der obligatorischen Krankenversicherung zeigt, haben die Kantonsbeiträge für ausstehende Forderungen seit Inkrafttreten des revidierten Artikels 64a KVG im Jahr 2012 stetig zugenommen. Im Jahr 2016 betragen die Kosten für Prämien, Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betriebskosten gemäss Art. 64a KVG und Art. 105k KVV für die ganze Schweiz über 305 Millionen Franken (Bundesamt für Gesundheit, 2012-2016)

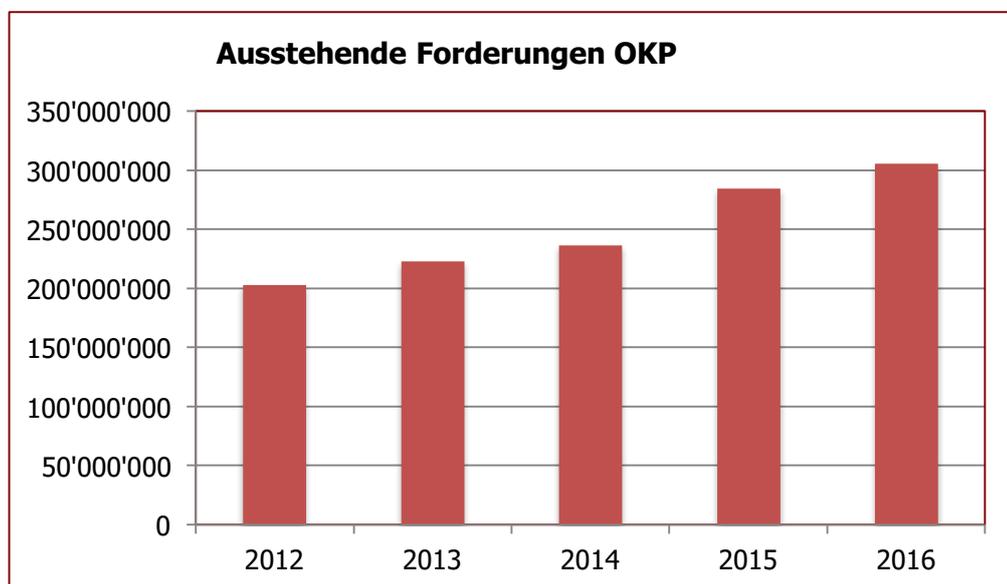


Abbildung 5: Ausstehende Forderungen OKP (eigene Darstellung auf Basis von BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012-2016, Prämienverbilligung T 4.10)

2.8 Persönliche Stellungnahme

Das KVG hat unter staatlicher Regulierung und Aufsicht eine gesellschaftspolitische Aufgabe der Bevölkerung gegenüber. Daher ist der Bund verpflichtet, sowohl die Ausführung wie auch die Finanzierung zu regeln. Trotz mehreren Bemühungen der Regulierung über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligung ist es dem Parlament nicht gelungen, eine zufriedenstellende Lösung herbeizuführen. Die Ausstände nehmen stetig zu und belasten die Budgets der Kantone. Jedoch übernahmen diese bereits vor der Revision des Art. 64a KVG die Kosten für uneinbringliche Prämien, was daher keine Veränderung bedeutet. Es stellt sich die Frage, wie der Anstieg der Prämienausfälle begründet werden kann. Einerseits kann es mit dem gesellschaftlichen Wandel zusammenhängen, der veränderte Werte in der Gesellschaft hervorruft und damit den Gemeinschaftssinn und den Solidaritätsgedanken schwächt. Könnte der Anstieg rein aus diesen Gedanken heraus begründet werden, würde es sich bei den betroffenen Personen eher um Zahlungsunwillige als Zahlungsunfähige handeln. Es zeigt sich jedoch, dass die Gesundheitskosten laufend zunehmen und die Prämien für die OKP steigen. Dadurch werden die Haushaltsbudgets stärker belastet. Dies kann mit dem Instrument der Prämienverbilligung ausgeglichen werden. Doch auch dieses steht unter Druck und wird immer restriktiver umgesetzt. Da die Beteiligung der Kantone an der Prämienverbilligung sinkt, sind immer weniger Personen anspruchsberechtigt. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, ist eher davon auszugehen, dass unter dem Druck der finanziellen Belastung Personen nicht mehr in der Lage sind, ihre Prämien zu bezahlen. Obwohl das Parlament bei der Revision eine klare Regelung der Verfahren anstrebte, wurde durch die Initiative von Bortoluzzi die Möglichkeit für einen Leistungsaufschub wieder eingeführt. Die Autorinnen erachten es als äusserst bedenklich, dass damit eine gewisse Personengruppe von einer medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen wird und durch den föderalistischen Vollzug eine Ungleichbehandlung stattfindet.

3 Liste säumiger Prämienzahlenden

Seit der Revision von Art. 64a KVG im Jahr 2012 müssen die Versicherer Leistungen für medizinische Behandlungen auch dann bezahlen, wenn die versicherte Person Ausstände aufweist. Jedoch haben die Kantone die Möglichkeit, Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Auf Meldung des Kantons schieben die Versicherer für diese Personen die Kosten für medizinische Leistungen auf, ausser es handelt sich um eine Notfallbehandlung.

Die bundesrechtliche Grundlage für die Liste bildet Art. 64a Abs. 7 KVG:

Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

Dieser Gesetzesartikel zielt darauf ab, die Zahlungsmoral von zahlungsfähigen, aber zahlungsunwilligen Personen zu verbessern und damit Zahlungsausstände bei den Versicherern zu reduzieren. Seit der Revision des Art. 64a KVG im Jahr 2012 haben neun Kantone die Liste eingeführt.

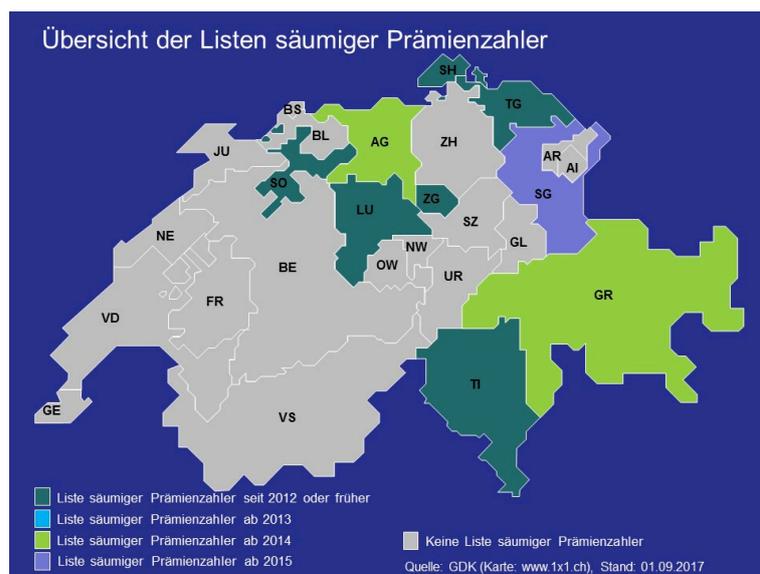


Abbildung 6: Übersicht der Listen säumiger Prämienzahler, Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], ohne Datum

Einesehbar ist die Liste für Leistungserbringer, die Gemeinde und den Kanton. Leistungserbringer aus Kantonen, die keine Liste führen, bekommen auf Antrag beim Datenlogistiker Sasis Zugriff. Damit kann verhindert werden, dass beispielsweise eine im Kanton Aargau wohnhafte, auf der Liste eingetragene Person eine medizinische Behandlung im Kanton Zürich in Anspruch nimmt.

Umgangssprachlich wird die Liste „schwarze Liste“ genannt und gibt damit einen Hinweis auf eine Benachteiligung für die eingetragenen Personen. Diese werden von einer Grundversorgung des Gesundheitssystems, wie sie im Katalog vorgesehen ist, ausgeschlossen. Sie werden nur noch in einem medizinischen Notfall behandelt. Der Leistungsaufschub gilt ebenfalls für Medikamente und alle anderen Leistungen im medizinischen Bereich.

Diverse Medien äussern gegenüber den Listen harte Kritik. So ist beispielsweise die Wirkung der Liste umstritten. Kritisch wird auch die Notfallbehandlung betrachtet, weil die Definition des Begriffs unklar ist und unterschiedliche Interpretationen zulässt. Schwierig erweist es sich ebenfalls, zwischen zahlungsunwilligen und zahlungsunfähigen Personen zu unterscheiden. Des Weiteren sind in den kantonalen Krankenversicherungsgesetzen Unterschiede bei der Umsetzung feststellbar. Die einzelnen wesentlichen Aspekte werden in der Folge näher erläutert.

3.1 Listeneintrag und Löschung

Die Formulierung im Gesetzestext „trotz Betreibung“ lässt den genauen Zeitpunkt für den Eintrag auf die Liste offen. Zwischen der Einreichung eines Betreibungsbegehrens und der Ausstellung eines Verlustscheins liegen weitere Verfahrensschritte, die sich über einen Zeitraum von 8 bis 24 Monaten erstrecken (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2008).

Der Zeitpunkt des Listeneintrags ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich. In einer Studie über die Rechtsgrundlagen und den Vollzug der Liste zeigt Max Bühler (2013) die kantonalen Unterschiede auf. Während beispielsweise der Kanton Thurgau über einen Leistungsaufschub verfügt, sobald die Anhebung der Betreibung gemeldet wird, warten die Kantone Solothurn und Graubünden das Fortsetzungsbegehren ab. Im Kanton Luzern erfolgte ein Listeneintrag bis Juni 2016 zum Zeitpunkt der Meldung der

Versicherer über die Anhebung einer Betreibung (S. 42). Diese Praxis musste nach einer Gerichtsentscheid geändert werden, da gemäss Rechtsprechung des Kantonsgerichts die Zahlungsunwilligkeit einer säumigen Person erst dann feststeht, wenn im Betreibungsverfahren das Fortsetzungsbegehren gestellt wurde und ein Rechtsvorschlag rechtskräftig beseitigt werden konnte. Begründet wurde dieser Entscheid dadurch, da sich nach dem Willen des Gesetzgebers ein Leistungsaufschub an zahlungsunwillige und nicht zahlungsunfähige Personen richtet (Kantonsgericht, 2016).

Ablauf einer Betreibung

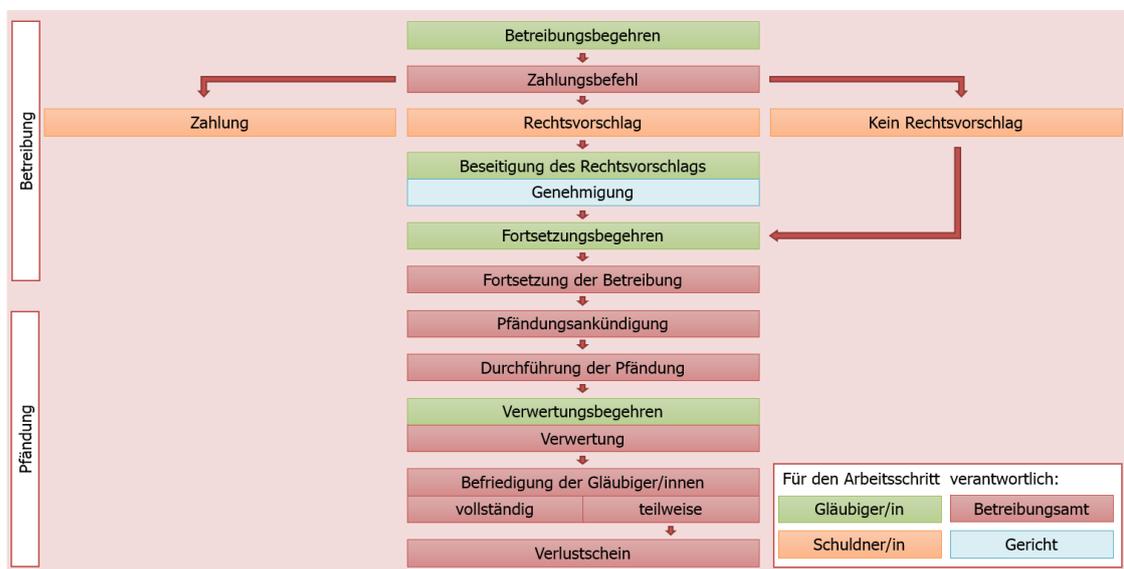


Abbildung 7: Ablauf einer Betreibung (leicht modifiziert nach Bundesamt für Justiz, Ablauf einer Betreibung)

Damit der Eintrag auf der Liste gelöscht werden kann, müssen sämtliche Forderungen des Versicherers beglichen sein. Diese können aus Prämien, Verzugszinsen, Kostenbeteiligungen, Betreibungskosten, Mahnspesen und Bearbeitungsgebühren bestehen. Sobald die Forderungen beglichen sind, erstattet der Versicherer Meldung an die zuständige kantonale Behörde, welche den Eintrag auf der Liste löscht. Neben der Begleichung der ausstehenden Forderungen gibt es weitere Gründe, die eine Aufhebung des Leistungsaufschubes zur Folge haben. Dies kann der Bezug von Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe oder teilweise auch Mutterschaftsbeihilfe sein, der Versicherte wechselt seinen Wohnort in einen Kanton ohne Liste oder ins Ausland oder der Versicherte meldet einen Privatkonkurs an (Bühler, 2013, S. 44-46).

3.2 Personen auf der Liste

Ende 2017 waren in der Schweiz rund 30'000 Personen auf den einzelnen kantonalen Listen eingetragen. Die Zahlen zeigen ab Einführung der Liste eine steigende Tendenz.

Anzahl Versicherte auf den Listen

	2013	2014	2015	2016	2017
LU	5'431	5'347	6'208	6'788	2'655*
SO	88	970	1'536	1'995	2'620
ZG	keine Angaben	32	125	261	348
SH	keine Angaben	111	270	727	879
TI	keine Angaben	893	1'660	2'633	3'626
AG			7'146	10'547	10'823
GR			645	860	1'024
SG				299	773
TG	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	5'947
Total	5'519	7'353	17'590	24'110	28'695

Tabelle 1: Anzahl Versicherte auf den Listen (eigene Darstellung auf Basis von Tina Huber, 2017)

* Die Reduktion der Einträge im Kanton Luzern ist mit dem im Juni 2016 gefällten Gerichtsurteil und der geänderten Praxis begründbar. Es ist mit einem erneuten Anstieg zu rechnen.

Die Verordnung über die Krankenversicherung KVV vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) schreibt mit Art. 105g vor, dass der Versicherer zur Identifikation der versicherten Person der kantonalen Behörden die Schuldnerinnen und Schuldner melden muss. Die Angaben beinhalten den vollständigen Namen, das Geschlecht, das Geburtsdatum, den Wohnsitz sowie die AHV-Versichertennummer. Weitere Merkmale wie das Einkommen, die Haushaltszusammensetzung oder Informationen zum Gesundheitszustand werden nicht genannt. Eine nähere Charakterisierung über die auf den Listen eingetragenen Personen kann daher nicht getroffen werden. Auf Anfrage bei Santésuisse wird bestätigt, dass aus Datenschutzgründen keine weiteren Informationen über Schuldnerinnen und Schuldner erhoben werden.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beauftragte die Volkswirtschaftliche Beratung Basel (B,S,S.) eine Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Prämien im Kanton Zürich durchzuführen. Neben einer umfassenden Kosten- und Nutzenanalyse wurden ausserdem aufgrund der Daten einer Krankenversicherung säumige Prämienzahlende nach Altersklassen unterschieden. Diese zeigt, dass rund 30 Prozent der Schuldnerinnen und Schuldner mit einem Verlustschein zwischen 26 und 35 Jahre alt sind. Mit rund 23 Prozent wird die Altersgruppe zwischen 36 bis 45 Jahren und 46 bis 55 Jahren angegeben. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind Personen ab 56 Jahren, die von einer Betreuung oder einem Verlustschein betroffen sind, wenig vertreten. Bezüglich Geschlecht zeigen die Auswertungen, dass Männer mit Betreibungen oder Verlustscheinen deutlich übervertreten sind. Eine signifikante Unterscheidung zwischen Einzelpersonen und Familien ist nicht ersichtlich. Beide Haushaltgruppen sind je rund zur Hälfte vertreten (B,S,S., 2015, S. 51-52).

Was den Gesundheitszustand der auf den Listen eingetragenen Personen betrifft, zeigt eine Studie des Krankenversicherers CSS, dass beinahe 40 Prozent chronisch Erkrankte und deren Familienmitglieder sind (B,S,S., 2015., S. 54). Zum gleichen Schluss kommt eine Analyse von Viktor von Wyl (2014). Von insgesamt 540'000 Versicherten wurden Daten ausgewertet. Von diesen Versicherten wurden im Jahr 2012 infolge ausstehender Prämienzahlungen 3,6 Prozent betrieben. Die Resultate basieren auf verschiedenen Variablen, darunter auch auf Zahlen einer pharmazeutischen Kostengruppe und Gesundheitskosten sowie Kostenbeteiligungen aus dem Vorjahr. Während in einer ersten Gruppe der betriebenen Personen 61 Prozent eher jung, gesund und kinderlos sind, besteht die zweite Gruppe mit einem Anteil von 18 Prozent aus überwiegend älteren, kinderlosen Personen, die chronisch erkrankt sind. Die dritte Gruppe ist mit einem Anteil von 21 Prozent vertreten. Diese besteht hauptsächlich aus Familien und Einzelpersonen mit Kindern, wobei auch in dieser Gruppe Gesundheitsprobleme stark vertreten sind. Diese Daten legen nahe, dass bei fast 40 Prozent der untersuchten Fälle (Total der Gruppe 2 und 3) medizinische Gründe für die Nichtbezahlung der Prämien eine Rolle spielen können (S. 131-138).

Betrachtet man die wirtschaftliche Situation der Personen, ist ein paradoxes Phänomen feststellbar. Obwohl die individuelle Prämienverbilligung Betreibungen eigentlich

verhindern sollte, zeigt sich, dass subventionierte Versicherte ein zirka 25 Prozent höheres Betreibungsrisiko haben als Personen ohne Anspruch. Trotz der staatlichen Unterstützung sind sie anscheinend nicht in der Lage, die Prämien der Krankenversicherung zu bezahlen. Eine vertiefte Analyse zeigt auf, dass das höchste Betreibungsrisiko dort besteht, wo die Subvention nicht mehr als 74 Prozent der Prämien deckt. Das Risiko einer Betreuung nimmt mit der Höhe der Subvention ab (von Wyl, 2014, S. 136-137).

3.3 Kosten und Nutzen der Liste

In der von der B,S,S. durchgeführten Untersuchung wurden mit ausgewählten Kantonsvertretenden und Versicherern die Kosten einer Liste ermittelt und analysiert, ob sich die Zahlungsmoral durch das Führen einer Liste verbessert. Die Kosten der Liste wurden in der Untersuchung in direkte und indirekte Kosten unterteilt. Direkte Kosten beziehen sich auf den administrativen Aufwand für die Einführung einer Liste sowie deren Betrieb (B.S.S, 2015, S. 1-2). Der Initialaufwand weist bei den untersuchten Kantonen grosse Unterschiede auf, die sich aus der Implementierung der EDV-Kosten und der Ausgestaltung der Liste ergeben. Aus den gewonnenen Daten schätzt der Kanton Zürich als grobe Grössenordnung einen Initialaufwand von 200'000 bis 600'000 Franken und einen jährlichen Aufwand von 850'000 bis 1,8 Millionen Franken. Damit eine Kostenneutralität erreicht werden könnte, müssten im Kanton Zürich die Kosten für die Verlustscheinübernahme in der Höhe von 38 Millionen Franken um 3,5 Prozent reduziert werden. Kosten für ein Case Management wurden in der Studie nicht berücksichtigt (ebd., S. 22).

Der Nutzen einer Liste wird in der Verbesserung der Zahlungsmoral und den damit verbundenen tieferen Prämienausständen und Reduktion der Verlustscheine gesehen. Um die Zahlungsmoral zu analysieren, diente die Summe der Mahnungen, Betreibungen und Verlustscheine, die mit dem jeweiligen Prämienvolumen ins Verhältnis gesetzt wurden. Für die Analyse der Zahlungsmoral wurde ein Doppelvergleich von drei Kantonen mit Liste (LU, SH, ZG) und drei Kantonen ohne Liste (BE, SG, ZH; Stand 2012) angestellt. Die statistische Analyse ergab, dass sich die Zahlungsmoral in den Kantonen mit Liste gegenüber Kantonen ohne Liste nicht signifikant verbesserte. Je nach Auswertung konnte sogar eine Verbesserung der Zahlungsmoral bei Kantonen ohne Liste beobachtet werden (B.S.S, 2015, S. 3-4).

Aufgrund der Ergebnisse der analysierten Daten wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Liste skeptisch beurteilt, da Kosten anfallen, jedoch kein Nutzen nachgewiesen werden konnte (B.S.S, 2015, S. 3-4).

Medienberichten zufolge wird die Wirksamkeit einer Liste auch in anderen Kantonen infrage gestellt. Namentlich werden die Kantone Schaffhausen, Graubünden und Solothurn erwähnt, die eine Abschaffung der Liste in Erwägung ziehen, da der gewünschte Nutzen nicht eingetroffen sei.

3.4 Zahlungsunwilligkeit versus Zahlungsunfähigkeit

Wie bereits erwähnt, beabsichtigt der Bund, mit der Liste ein Druckmittel für Personen zu schaffen, welche die Prämien aus der Grundversicherung nicht bezahlen wollen. Personen, die zwar zahlungsfähig sind, dies aber aus anderen Gründen nicht tun, sollen nicht von der gleichen Gesundheitsversorgung profitieren können wie diejenigen, die ihrer Prämienpflicht nachkommen. Es zeigt sich jedoch in der Praxis, dass es schwierig ist, zwischen zahlungsunwilligen und zahlungsunfähigen Personen zu unterscheiden.

Kann jemand aufgrund der finanziellen Verhältnisse die Prämien bezahlen, tut dies jedoch aus anderen Gründen nicht, kann davon ausgegangen werden, dass unter dem Druck der Betreibung der finanziellen Verpflichtung nachgekommen wird und kein Verlustschein entsteht. Eine Betreibung gibt nach geltendem Recht noch keine Auskunft darüber, ob eine Person zahlungsunwillig oder zahlungsunfähig ist. Erst wenn ein Verlustschein vorliegt, bedeutet dies nach Art. 26, Art. 115, Art. 149 und Art 264 SchKG die momentane Zahlungsunfähigkeit des Schuldners. Folglich müssten Personen, für die ein Verlustschein ausgestellt wurde, auf der Liste gelöscht werden (Bühler, 2013, S. 46).

Auch in der Schweiz gibt es Personen, denen es aufgrund ihrer finanziellen Lage Mühe bereitet, die monatlichen Prämien zu begleichen. Im Jahr 2016 lebten rund 615'000 Personen in Armut. Das sind 7,5 Prozent der Wohnbevölkerung. Von den erwerbstätigen Personen, die trotz Erwerbsarbeit unter der Armutsgrenze leben (sogenannte Working Poor), waren 140'000 Personen betroffen. Dies entspricht einer Armutquote von 3,8 Prozent. Die Armutsgrenze, welche sich an den Richtlinien der

Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) orientiert, betrug im Jahr 2016 durchschnittlich 2247 Franken pro Monat für eine Einzelperson und für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren 3981 Franken (Bundesamt für Statistik, 2018). In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass das soziale Existenzminimum gemäss den SKOS-Richtlinien unterhalb dem betriebsrechtlichen Existenzminimum liegt, der Begriff der Zahlungsunfähigkeit sich aber auf das betriebsrechtliche Existenzminimum bezieht. Das kann bedeuten, dass auch einkommensschwache Personen auf der Liste erfasst werden, die knapp oberhalb des Anspruchs für wirtschaftliche Sozialhilfe liegen oder den Anspruch nicht geltend machen (B,S,S., 2015, S. 54). Dazu kommt, dass vom Recht Sozialhilfe zu beziehen, oft kein Gebrauch gemacht wird. Oliver Hümbelin (2016), Soziologe der Berner Fachhochschule, zeigt im Rahmen seiner Dissertation auf, dass jede vierte Person keine Sozialhilfe bezieht, obwohl sie dafür Anspruch hätte (S. 14).

Entwicklung der Armutsquote in Prozent der Bevölkerung

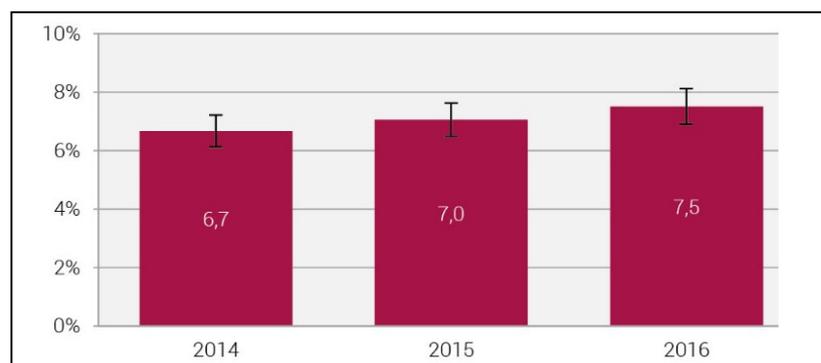


Abbildung 8: Entwicklung der Armutsquote in Prozent der Bevölkerung (BFS, 2018)

Bei den Working Poor handelt es sich hauptsächlich um Personen, die nicht das ganze Jahr hindurch erwerbstätig sind, Teilzeitangestellte, Selbstständigerwerbende, Personen mit befristeten Arbeitsverträgen oder solche, die in kleinen Betrieben arbeiten. Die Armutsquote der Gesamtbevölkerung zeigt im Vergleich zu den Vorjahren eine steigende Tendenz (Bundesamt für Statistik, 2018).

In der Schweiz sind 40 Prozent der Haushalte verschuldet. Zahlungsrückstände sind neben einem Fahrzeugleasing oder einem Kleinkredit die häufigste Schuldenart. Innerhalb der Zahlungsrückstände liegen Steuerzahlungen an erster Stelle, gefolgt von

nicht-immobilienbezogenen Darlehen. Rückstände aus Krankenkassenprämien liegen an dritter Stelle (Bundesamt für Statistik, 2015).

Anteil der Bevölkerung mit Zahlungsrückständen

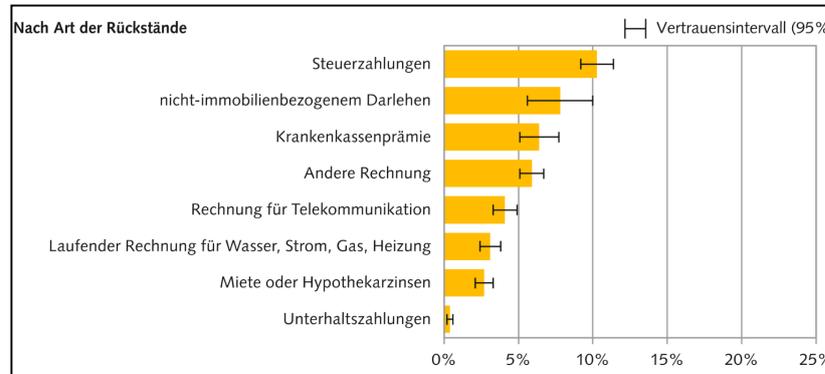


Abbildung 9: Anteil der Bevölkerung mit Zahlungsrückständen (BFS, 2015)

Als Ursache einer Verschuldung gilt meistens eine Kombination von exogenen, individuellen und strukturellen Ereignissen. Beispielsweise kann ein Schicksalsschlag wie eine Scheidung oder Arbeitslosigkeit, eine mangelnde Budgetverwaltungs-kompetenz oder eine Arbeitsstelle im Niedriglohnsektor eine Überschuldungssituation auslösen (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS], ohne Datum, S.4).

3.5 Medizinischer Notfall

Ist eine Person auf der Liste erfasst, übernimmt der Versicherer die Kosten für eine medizinische Behandlung nur dann, wenn es sich um einen Notfall handelt. Da es vom Gesetzgeber unterlassen wurde, den Notfallbegriff in Art. 64a Abs. 7 KVG weiter zu definieren, fehlt eine bundesweit gültige Festlegung. Auch aus medizinischer Sichtweise ist die Definition eines medizinischen Notfalls nicht allgemeingültig. In der Literatur lassen sich nur vereinzelt abstrakte Definitionen finden. Demnach wird ein Notfall als „akuter, lebensbedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr, plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung“ verstanden. Gemäss dieser Definition liegt ein Notfall vor, wenn plötzlich und unvermittelt eine Lebensgefahr besteht oder eine Organschädigung zu befürchten ist, ohne dass eine unmittelbare Lebensgefahr vorliegt (Elmar Killinger, 2009, S. 23-24).

Die gesetzlichen Bestimmungen, was als Notfall gilt, lassen sich in den einzelnen Verordnungen zum KVG finden. Hier sind kantonale Unterschiede zu verzeichnen. Darüber hinaus gelten nicht für alle Versicherer die gleichen Kriterien für eine Notfallbehandlung.

Eine Studie der CSS Versicherung zeigt, dass rund 40 Prozent der auf der Liste aufgeführten Personen chronisch Erkrankte und deren Familienmitglieder sind (B,S,S, S. 54). Auch sie erhalten für die Behandlung ihrer Krankheit keine Medikamente, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt.

Ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht, entscheidet grundsätzlich der Leistungserbringer. Damit er die Situation beurteilen kann, muss er die zu behandelnde Person untersuchen, was bereits Kosten verursacht, die allenfalls vom Versicherer nicht vergütet werden. Schlussendlich entscheidet dieser, für welche Behandlung die Kosten übernommen werden (Manuel Bühlmann, 2017).

3.6 Die Liste aus ethischer Sicht

Mit der Führung einer Liste wird von den Kantonen in Kauf genommen, dass nicht alle Personen in der Schweiz von einem Versicherungsschutz und einer medizinischen Grundversorgung profitieren können. Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte SR 0.103.1 trat in der Schweiz am 18. September 1992 in Kraft und schreibt mit Artikel 12 vor, dass jede Person das Recht auf ein Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit besitzt. Damit dieses Recht voll und ganz verwirklicht werden kann, gehören zu den Massnahmen gemäss lit. d, dass Voraussetzungen geschaffen werden, damit jede Person im Krankheitsfall den Zugang zu einer medizinischen Einrichtung oder ärztlichen Leistung hat.

Die Verantwortung, dass sich die Schweizer Wohnbevölkerung gegen Risiken von Krankheit und Unfall versichert, wird in der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) vom 18. April 1999 Art. 117 dem Bund übertragen. Art. 41 Abs. 1 lit. b BV definiert, dass sich neben der persönlichen Verantwortung auch Bund und Kantone dafür einsetzen, dass jede Person die notwendige Pflege zur Sicherstellung seiner Gesundheit erhält.

Art. 41 Abs. 2 BV beschreibt darüber hinaus, dass sich der Bund und die Kantone ebenfalls dafür einsetzen, dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen verschiedener Risiken, darunter auch solche von Krankheit und Unfall gesichert ist.

Lebensnotwendige Behandlungen und die Definition des Notfallbegriffs bringen schliesslich auch Ärztinnen und Ärzte in ein Dilemma, da sie nach dem Genfer Gelöbnis einen ethischen Kodex ablegen. Mit ihrem Eid schwören sie, dass die Gesundheit und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten das oberste Gebot ihres Handelns ist und sie ihr Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen (Hippokratische Gesellschaft Schweiz, ohne Datum).

Die Einschränkung der medizinischen Versorgung widerspricht auch der Leitidee und dem Menschenbild der Sozialen Arbeit. Nach Art. 4.1 des Berufskodexes soll allen Menschen das Anrecht auf die Befriedigung der existentiellen Bedürfnisse sowie die Integrität und Integration zu einem sozialen System gewährleistet werden. Nach Art. 5.4 des Berufskodexes sind Fachpersonen der Sozialen Arbeit verpflichtet, Lösungen für soziale Probleme zu Verfügung zu stellen und nach Art. 5.6 verpflichtet sich die Soziale Arbeit, Personen zu begleiten und zu betreuen, um sie in ihrer Entwicklung nicht zu gefährden (AvenirSocial, 2010, S. 6).

3.7 Unterstützung der Personen auf der Liste

Da nach geltendem Recht die Entscheidung bei den Kantonen liegt, ob eine Liste geführt wird und wer darauf erfasst werden soll, ist eine Unterstützung der betroffenen Personen auf Kantons- oder Gemeindeebene sinnvoll und notwendig. Der Kanton Thurgau hat bereits vor Einführung des Bundesgesetzes säumige Versicherte auf einer Liste erfasst und unterstützt betroffene Personen seit November 2007 mit einem aktiven Case Management auf Gemeindeebene (Patientenstelle Zürich, 2010).

Das Konzept des Case Managements in der Sozialen Arbeit wird im Kapitel 4 näher erläutert.

3.8 Persönliche Stellungnahme

Wie bereits im Kapitel 2.8 ausgeführt, ist die Führung einer Liste und die daraus entstehenden Folgen für Versicherte, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, als bedenklich zu erachten. Die steigenden Zahlen der aufgeführten Personen sind ein Indiz dafür, dass die erzielte abschreckende Wirkung nicht eingetroffen ist. Unter diesem Aspekt aber auch unter der Berücksichtigung, dass immer mehr Leute von Armut betroffen sind und das Instrument der Prämienverbilligung nicht zu greifen vermag, ist davon auszugehen, dass sich Personen auf der Liste befinden, die nicht zahlungsunwillig, sondern zahlungsunfähig sind. Auch wenn eine versicherte Person über genügend finanzielle Mittel verfügt, kann der Grund für eine Nichtbezahlung an einem Schicksalsschlag liegen, die aus anderen Motiven eine Zahlungsunfähigkeit begründen. Als kritisch wird darüber hinaus der Umstand betrachtet, dass nicht alle Versicherer und Leistungserbringer von der gleichen Notfalldefinition ausgehen. Das bringt eine weitere Ungleichbehandlung mit sich. Aus Sicht der Autorinnen ist es deshalb notwendig, dass sich die Soziale Arbeit diesen Personen mit geeigneten Unterstützungsangeboten annimmt und sich politisch engagiert, an der Lösung des sozialen Problems mitzuwirken.

4 Case Management

Wenn es um die Unterstützung von säumigen Versicherten geht, verwenden verschiedene Kantone und Gemeinden den Begriff Case Management. Um die Forschungsfrage über die Gestaltung des Unterstützungsprozesses für Personen mit Ausständen bei den Krankenversicherungen beurteilen, bewerten und vergleichen zu können, wird in diesem Kapitel ein Bezug zum Konzept des Case Managements geschaffen.

4.1 Case Management als Handlungskonzept

Peter Löcherbach (2012) definiert Case Management als "(...) eine besondere Management-Aufgabe, die als kooperativer Prozess angelegt und zu verstehen ist. Case Management in Humandiensten ist immer dann angebracht, wenn eine komplexe zeitlich andauernde Problembewältigung zu besorgen ist, bei der sich mehrere Akteure untereinander abstimmen müssen" (S. 18).

Case Management ist gemäss Michael Monzer (2018) schwer zu erfassen. Es ist ein Konzept, welches weder vollständig als Methode noch als Organisationsmodell definiert werden kann. Case Management kann in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden. Damit greift es nicht nur über verschiedene Fachrichtungen, sondern auch über verschiedene gesellschaftliche Institutionen (S. 1).

Case Management orientiert sich an den Bedürfnissen eines Individuums und geht vom systematischen Einzelfall aus. Ziel ist es, ein möglichst massgeschneidertes und fallübergreifendes Versorgungs- und Unterstützungsnetz aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Dabei ist es von Bedeutung, nicht einen rein personenzentrierten Ansatz zu betreiben, sondern einen Prozess über einen gewissen Zeitraum zu verfolgen (ebd.). Ziel dieses Prozesses ist die Lösung oder Bewältigung einer Problemsituation, die mit verschiedenen Aufgaben im Rahmen des Case Managements zusammenkommen (Wolf Rainer Wendt, 2012, S. 5). Eine wichtige Aufgabe im Case Management ist das Erschliessen und die Nutzung formeller und informeller Ressourcen. Durch die systemische Orientierung können Fälle mit hoher Komplexität so installiert werden, dass die Qualität und Quantität von Unterstützungsangeboten stimmig sind. Für die Professionellen gilt in diesem Prozess nebst einer systemischen Denkweise auch das Arbeiten nach einem mehrschichtigen, stufenweisen Vorgehen zu den wichtigsten Grundlagen (Monzer, 2018, S. 2).

4.2 Definitionen im Case Management

4.2.1 Mensch und Fall

Laut Wendt (2012) leidet Case Management oft unter dem Vorwurf, dass ein Mensch nicht mehr als Mensch, sondern als Fall betrachtet und einem Case Management zur Bearbeitung übergeben wird. Er betont, dass es von hoher Wichtigkeit ist, eine Unterscheidung zwischen Mensch und Fall zu machen. Im Rahmen des Case Managements wird ein Fall (Case) so gemanagt, dass anhand des Arbeitsprozesses Lösungen entstehen können. Beratungen mit den betroffenen Personen finden statt, es werden jedoch keinesfalls Menschen gemanagt, sondern Fälle (S. 5).

4.2.2 Case Management und Care Management

Ein weiterer elementarer Fehler geschieht, wenn trotz eines ähnlichen Wortlauts Case und Care Management nicht differenziert werden.

Während im Case Management vom Management des Einzelfalls gesprochen wird (Mikroebene), ist mit Care Management das Management der Fälle gemeint (Mesoebene). Im Case Management handelt es sich um die Steuerung des Falles, während sich Care Management auf die Steuerung des Versorgungssystems fokussiert. Im Case Management liegt der Schwerpunkt darin, ein nachhaltiges Versorgungsnetz für den Einzelfall eines Menschen zu organisieren, zu optimieren und allenfalls zu koordinieren. Im Care Management hingegen werden regional, fallübergreifend, organisationsintern und organisationsübergreifend Netzwerke geschaffen, auf welche man sich im Case Management allenfalls berufen kann (Monzer, 2018, S. 56).

Care Management ist eine wichtige Grundlage im Konzept des Case Managements und für die Implementierung eines einwandfreien Case Managements notwendig. Da die Ursache für ein Problem oft nicht direkt fassbar ist, dürfen sich Professionelle im Case Management nicht einzig mit den Ressourcen und Problemen eines Individuums beschäftigen, sondern müssen unbedingt einen Blick auf alle beteiligten Strukturen werfen. Diese Strukturen spielen zum Beispiel eine Rolle, wenn Leistungen benötigt werden, welche eine Kostengutsprache eines Kostenträgers benötigen. Die im systemischen Ansatz betonte Zirkularität ist insofern gegeben, dass die Strukturen innerhalb des Versorgungssystems ein Individuum beeinflussen und umgekehrt (ebd.).

4.3 Dimensionen des Case Managements

Case Management lässt sich in die drei Dimensionen Makro-, Meso- und Mikroebene einteilen. Monzer (2018) stellt fest, dass Case Management oft nur über die Mikroebene definiert und so als eine engere Betreuung im Einzelfall betrachtet wird. Wichtig ist jedoch, das Zusammenspiel aller Dimensionen zu betrachten (S. 58-59).

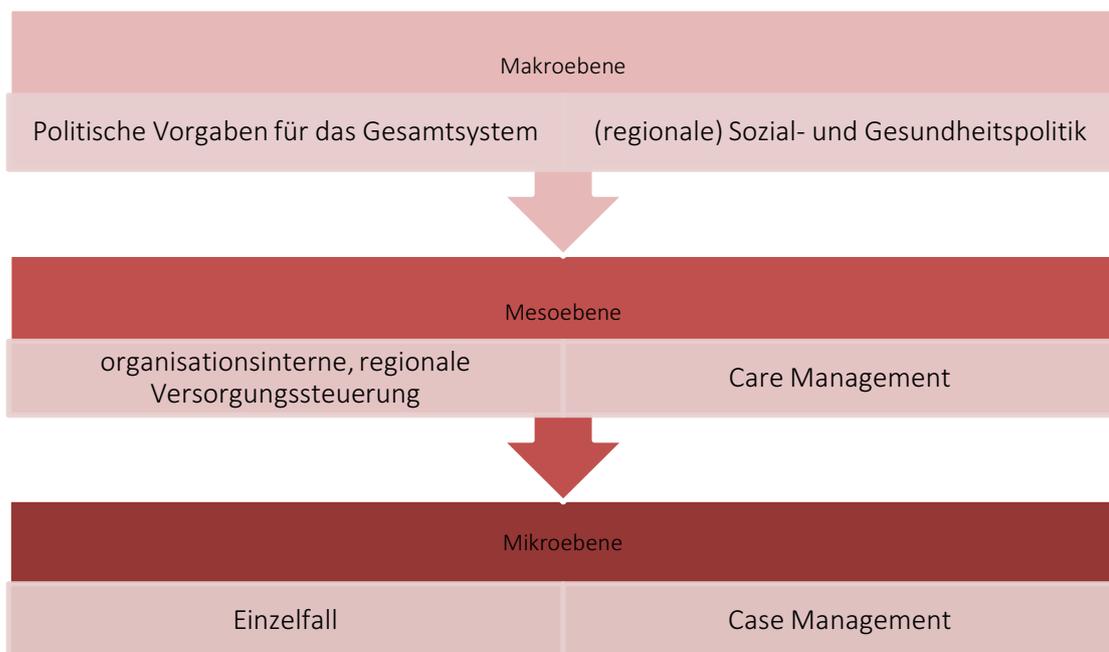


Abbildung 10: Die dimensionale Einordnung von Case Management (leicht modifiziert nach Monzer, 2018, S. 58)

Unter der **Makroebene** ist im organisatorischen und administrativen Bezugsrahmen des Sozial- und Gesundheitssystems hauptsächlich die politische Ebene zu verstehen (Monzer, 2018, S. 58). In den Humandiensten werden aufgrund der freiheitlichen Unterstützungsangebote sowie dem wachsenden Ressourcenbewusstsein sachlich durchdachte Methoden und Arbeitsweisen gefordert (Monzer, 2018, S. 6). Die Politik definiert Case Management deshalb als Auftrag und fordert, diesen als Steuerungskonzept für verschiedene Fachbereiche einzusetzen (Monzer, 2018, S. 58).

Auf der **Mesoebene** findet das Care Management statt. In dieser Dimension steht die geregelte Vernetzung diverser Variablen im Zentrum. Idealerweise geschieht dieses Zusammenspiel auf der Basis eines Leitbildes oder eines Konzeptes. Auf der Mesoebene ist es wichtig, eine klare Unterscheidung von fall- und feldbezogener Netzwerke zu machen (Monzer, 2018, S. 58-59).

Auf der **Mikroebene** ist Case Management als Methode für die Fallführung zu betrachten. Während es bei den anderen Dimensionen darum geht, fallübergreifend Leistungsnetze zu kreieren, handelt es sich auf der Mikroebene um die fallbezogene Netzwerkarbeit. Diese beinhaltet die Koordination und Kooperation der Unterstützungseinheiten. Es geht um die „individuell abgestimmte Steuerung, Koordination, Überwachung und Evaluation aller vereinbarten Unterstützungsangebote und Dienstleistungen“ (Monzer, 2018, S. 59).

4.4 Einsatz von Case Management

Case Management muss die Grundlage des betrieblichen Kontextes und den betrieblichen Versorgungsstrukturen bilden, damit das Konzept in einer Organisation umgesetzt werden kann. Zudem muss die Zusammenarbeit zwischen den im Fall involvierten Stellen und den Professionellen gewährleistet werden. Es muss damit gerechnet werden, dass die Einführung eines Case Management-Angebotes für eine Organisation bedeutende Veränderungen mit sich bringt (Netzwerk Case Management Schweiz, 2014, S. 11).

Case Management wurde bereits in vielen Bereichen implementiert, beispielsweise im Beschäftigungsbereich, im Gesundheitswesen oder im Versicherungswesen. Sobald eine komplexe Problematik mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren sowie Vernetzungspartnerinnen und -partnern besteht, ist ein Case Management angezeigt. Mithilfe des Handlungskonzeptes kann eine zielführende Steuerung des Prozesses stattfinden (Wendt, 2008, S. 17).

Monzer (2018) präzisiert, dass heutzutage generell ein grosses Angebot an verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten besteht. Dies kann aber auch Nachteile für die betroffenen Personen mit sich bringen. Es ist schwierig, Zuständigkeiten zu verstehen und zu trennen. Dies kann dazu führen, dass nicht die richtigen Einrichtungen miteinbezogen werden. Zudem ist es für Aussenstehende schwierig, die Kompetenzen der verschiedenen Akteurinnen und Akteure zu verstehen und diese systematisch zu koordinieren. Auch kann es geschehen, dass die Aufgaben zwischen den Beteiligten nicht immer zielführend und den Kompetenzen entsprechend verteilt werden. Alle diese Faktoren sind für die betroffenen Personen eine zusätzliche Belastung. Wenn der Einbezug der vorhandenen Ressourcen nicht systematisch

geschieht, überlagern sich die Unterstützungsangebote und lassen damit die Autonomie und die vorhandenen Ressourcen der betroffenen Person in den Hintergrund rücken. Es wird dann von einem ineffizienten Ressourceneinsatz gesprochen (S. 10-11).

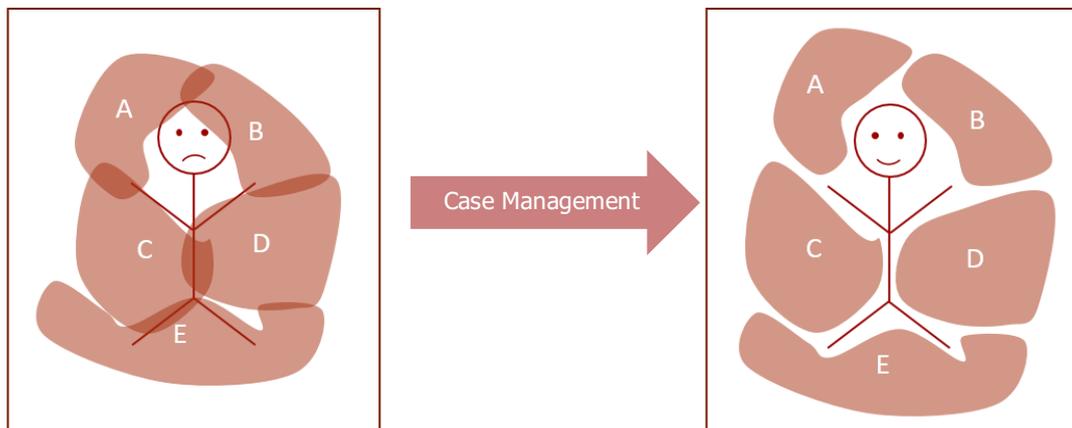


Abbildung 11: Effizienz beim Ressourceneinsatz (leicht modifiziert nach Monzer, 2018, S. 11-12)

Durch eine fallbezogene Koordination und Kooperation in Form eines Case Managements kann innerhalb eines Klientinnen- und Klientensystems die Überlappung von Ressourcen verhindert werden. Damit können Ressourcen eingespart werden. Case Management hat die Aufgabe, darauf zu achten, dass die begrenzt vorhandenen Ressourcen der Gesellschaft verantwortlich und zweckmässig eingesetzt werden (Monzer, 2018, S. 11-12).

4.5 Fallsteuerung im Case Management

In der Sozialen Arbeit werden Handlungskonzepte oft mit Hilfe von Phasen strukturiert. Dabei handelt es sich nicht einzig um eine Unterstützung zur Erfüllung der einzelnen Arbeitsschritte, sondern auch um die Einhaltung der Prozesse innerhalb eines Falles (Neuffer, 2009, S. 63). Löcherbach (2012) fügt an, dass nur durch diese Strukturierung die Voraussetzungen für eine Prozesssteuerung und eine Leistungstransparenz gegeben sind (S. 23).

Die Phasen für die Strukturierung im Case Management definiert er wie folgt:

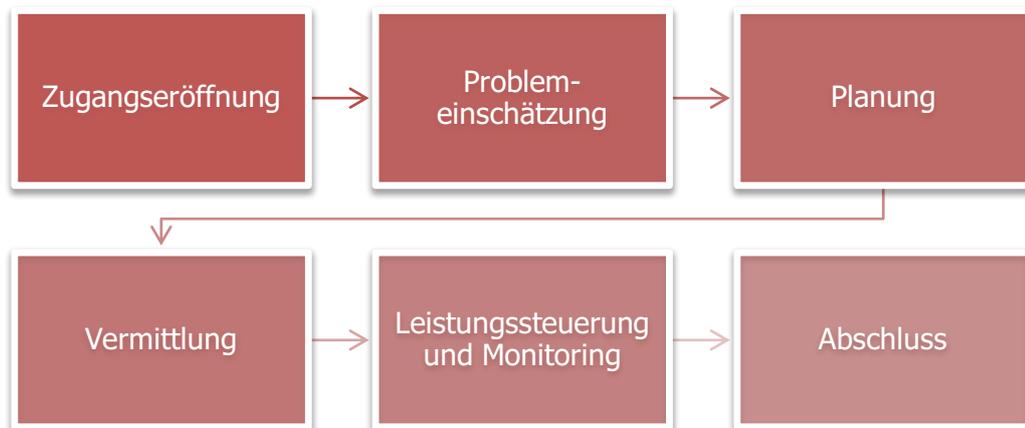


Abbildung 12: Steuerung auf operativer Ebene (eigene Darstellung auf der Basis von Löcherbach, 2012, S. 22-28)

4.5.1 Zugangseröffnung

Bevor überhaupt der Kontakt zu den Betroffenen stattfinden kann, muss die jeweilige Institution anhand eigener Abläufe die Personen mit den Problemlagen herausfiltern, für welche die Institution zuständig ist. Zudem muss festgestellt werden, ob diese Person ein Case Management benötigt (Löcherbach 2012, S. 23). Monzer (2018) verwendet dafür den Begriff Outreach und beschreibt diesen als die Anstrengungen, das Case Management-Angebot so zu platzieren, damit unterstützungsbedürftige Personen dieses erreichen können. Es ist notwendig, gut zu eruieren, welche Fälle für ein Case Management sinnvoll sind. Eine Einschätzung kann bereits stattfinden, wenn die zuweisende Stelle über das Konzept des Case Managements informiert ist. Oft sind zuweisende Stellen und das Case Management bereits in derselben Organisation angesiedelt (Monzer, 2018, S. 80-82).

Nachdem die Fälle ermittelt worden sind, findet das sogenannte Intaking statt (Löcherbach, 2012, S. 23). Hier geht es um die Auftrags- und Rollenklärung sowie die Information über das Case Management an die betroffene Person. Monzer (2018) stellt infrage, ob Freiwilligkeit für die Inanspruchnahme eines Case Management als Voraussetzung gilt. Zwar legt Case Management hohen Wert auf die Übernahme von Eigenverantwortung, doch muss damit gerechnet werden, dass viele Betroffene vom Unterstützungsangebot ausgeschlossen werden können, wenn eine freiwillige

Teilnahme als Voraussetzung gilt. Dieser Ausschluss würde für die betroffenen Personen früher oder später eine Bestrafung bedeuten, da sie die notwendige Begleitung und Versorgung nicht bekommen (S. 114). Es gibt Betroffene, die aufgrund der aktuellen Lebenslage dazu gezwungen sind, das Unterstützungsangebot in Anspruch zu nehmen (Manfred Neuffer, 2013; zit. in Patrick Zobrist & Anita Nelson, 2017, S. 4). Im Umgang mit Unfreiwilligkeit sind geeignete Methoden zu empfehlen (Zobrist & Nelson, 2017, S. 6).

4.5.2 Problemeinschätzung

Eine ganzheitliche Problemeinschätzung oder ein sogenanntes Assessment ist wichtig, damit Unterstützungsangebote so koordiniert werden können, dass keine Überlappung der Ressourcen oder ein Mangel an Unterstützung entsteht (vgl. Abbildung 11). Im Gespräch mit der betroffenen Person wird eine Problem- und Ressourcenanalyse durchgeführt, die zur Ermittlung des Bedarfs führt. Wenn bei der betroffenen Person keine psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen vorliegen, die zu Verständnisproblemen führen können, ist die Bedarfsanalyse direkt mit ihr durchzuführen. Falls es notwendig erscheint, können andere Beteiligte oder entsprechendes Aktenmaterial beigezogen werden. Da involvierte Akteurinnen und Akteure verschiedene Hintergründe oder ein anderes Verständnis haben, sind abweichende oder gegensätzliche Informationen möglich. Die fallführende Person befindet sich in solchen Situationen in der moderierenden Rolle. Das Zusammenspiel der Gefühle aller involvierten Personen ist in diese Ermittlung miteinfließen zu lassen (Löcherbach, 2012, S. 24).

Eine Problemeinschätzung oder ein Assessment erfolgt generell über mehrere Gespräche. Je nach Arbeitsfeld sind unterschiedliche Informationen relevant. Denkbar ist auch, eine Problemeinschätzung in einer Helferkonferenz vorzunehmen. Idealerweise werden dann mit den beteiligten Personen und Stellen Vereinbarungen getroffen und der weitere Plan festgelegt (Löcherbach, 2012, S. 24-25).

4.5.3 Planung

Damit ein Ziel erreicht werden kann, ist eine Planung notwendig. Eine systematische Planung kann verhindern, dass bezüglich möglichen Unterstützungsangeboten voreilige Entscheidungen getroffen werden. Auch diese Phase kann gut in einer Helferkonferenz angegangen werden. Es ist wichtig, dass ein transparenter Dokumentations- und Informationsfluss stattfindet (Löcherbach, 2012, S. 25).

4.5.4 Vermittlung

Nachdem die Planung abgeschlossen ist, werden im Rahmen des Case Managements vereinbarte Massnahmen sowie die Verbindung zwischen den Betroffenen und den Unterstützungsangeboten in die Wege geleitet. Dieser Prozess wird als Linking beschrieben. Die Case Managerin oder der Case Manager nimmt die sogenannte Fallführung wahr. Diese beinhaltet in erster Linie, dass die fallführende Person beginnt, die besprochenen Angebote zu vermitteln, aufzugleisen und zu koordinieren, so dass Lücken in den Ressourcen geschlossen werden können. Wichtig ist dabei, dass für alle Beteiligten die vereinbarten Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit erkennbar sind. Löcherbach meint dazu: "Im Umgang mit den hinzugezogenen Diensten sind strukturierte Leistungsvereinbarungen sowie Regeln oder Standards für den Informationsaustausch hilfreich". Die fallführende Person bewahrt einerseits den Kontakt und den Überblick über das geplante Versorgungssystem, andererseits aber auch über die Situation der betroffenen Person. Im Rahmen des Case Managements wird die betroffene Person dabei begleitet, geplante Angebote in Anspruch zu nehmen. Wenn sie diese alleine in Anspruch nehmen will, kann sie dabei unterstützt werden, wie sie dies am besten angehen und durchführen soll. Mögliche Beispiele können das Beantragen von Sozialversicherungsleistungen, das Organisieren von stationären respektive teilstationären Aufenthalten und von ambulanten Unterstützungsangeboten sein. Werden Angebote in die Wege geleitet, ist die fallführende Person in der Verantwortung, die Kostenübernahme zu klären und allenfalls zu organisieren. Des Weiteren ist sie dafür zuständig, dass der Kontakt zu der betroffenen Person aufrecht erhalten bleibt. Sollten Kontaktabbrüche seitens der betroffenen Person stattfinden, ist es die Aufgabe der fallführenden Person, den Kontakt erneut herzustellen. Ohne die Erfüllung dieser Aufgaben ist es praktisch nicht möglich, die nächste Phase durchzuführen (Löcherbach, 2012, S. 26).

4.5.5 Leistungssteuerung und Monitoring

Im Case Management wird der Prozess regelmässig überprüft und bewertet. Durch das sogenannte Monitoring wird die Einhaltung der getroffenen Vereinbarungen überprüft, damit diese gegebenenfalls frühzeitig reklamiert werden können. Zudem muss geprüft werden, ob die vereinbarten Massnahmen für den Einzelfall angebracht sind. Ist dies nicht der Fall, liegt es in der Verantwortung des Case Managements, neue Ansätze auszuarbeiten und die getroffenen Vereinbarungen im Interesse der unterstützten Person sowie in Absprache mit den involvierten Akteurinnen und Akteuren umzudisponieren. Diese Phase ist für die fallführende Person eine grosse Herausforderung, da durch die anwaltschaftliche Vertretung der betroffenen Person oft das Verhältnis zu den im Fall involvierten Personen oder Stellen getrübt werden kann. Dies führt dann zu einer Beeinträchtigung der Hauptaufgabe, die in der gemeinsamen Betreuung der betroffenen Person besteht. Des Weiteren wird im Rahmen des Unterstützungsprozesses die aktuelle Situation der betroffenen Person neu bewertet. Man spricht von einem Re-Assessment. Auch hier wird geprüft, ob die Planung noch zielführend ist. Generell macht es Sinn, das Re-Assessment direkt mit der betroffenen Person und deren System durchzuführen (Löcherbach, 2012, S. 26-27).

4.5.6 Abschluss

Der Abschluss eines Case Managements wird generell zusammen mit der betroffenen Person definiert. Falls notwendig ist auch die Betreuung, welche über die Zeit des Case Managements hinausgeht, zu organisieren. Mit dem Abschluss des Prozesses ist eine ausführliche Evaluation durchzuführen, die sich auf den Serviceplan und die Aktenführung bezieht. Die Evaluation soll aufzeigen, wie die Situation zu Beginn und zum Abschluss des Case Managements war und wie der Prozess verlaufen ist. Zudem ist zu überprüfen, ob die geplanten Ziele erreicht werden konnten. Löcherbach stellt fest, dass in der Praxis in dieser Phase noch Entwicklungspotential besteht. Eine systematische Evaluation findet selten statt (Löcherbach, 2012, S. 27-28).

4.6 Funktionen im Case Management

Case Management kann unterschiedlich ausgeführt werden. Je nach Komplexität, Ziel oder strukturellen Merkmalen kommen verschiedene Funktionen zur Anwendung. Bei der Erarbeitung einer Strategie ist die Klärung von Erwartungen aller involvierten Parteien wichtig. Abhängig von den Erwartungen an die Rolle der fallführenden Person muss der Handlungsansatz unterschiedlich ausgearbeitet werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht immer klar unterschieden werden kann, wann welche Funktion sinnvoll ist. Es wird eher als unrealistisch erachtet, eine einzige Funktion von Beginn bis zum Abschluss des Case Managements aufrecht zu erhalten. Die meisten Case Managerinnen und Case Manager müssen je nach Situation von einer Funktion zu einer anderen wechseln. Monzer unterscheidet dabei zwischen vier verschiedenen Funktionen: Die Advocacy-Funktion, die Broker-Funktion, die Gate-Keeper-Funktion und die Social Support-Funktion (Monzer, 2018, S. 14-21).

4.6.1 Die Advocacy-Funktion

Bei dieser Funktion begleitet die Case Managerin oder der Case Manager die betroffene Person sehr eng. Diese Funktion eignet sich, wenn Lücken im System mit geeigneten Ressourcen geschlossen werden sollen. Gegenüber der betroffenen Person wird das Case Management anwaltschaftlich und parteilich ausgeführt, indem sie dahingehend begleitet und beraten wird, notwendige Unterstützungsmöglichkeiten aufzugleisen und diese nachhaltig in Anspruch zu nehmen. Dabei können Widerstände, beispielsweise bei der kostentragenden Stelle, auftauchen, die dazu führen können, dass gewisse Leistungen nur noch teilweise oder gar nicht mehr beansprucht werden können. Ist dies der Fall, hat das Case Management im Rahmen der Einzelfallhilfe dafür zu sorgen, dass fehlende Angebote durch andere Angebote ersetzt und kompensiert werden können (Monzer, 2018, S. 14-15).

4.6.2 Die Broker-Funktion

Im Gegensatz zur Advocacy-Funktion steht das Case Management in der Broker-Funktion nicht neben der betroffenen Person, sondern zwischen der Person und dem Ressourcensystem. Die Kernaufgabe ist die Vermittlung der Aufgaben. Damit das Case Management in der Funktion als Broker erfolgreich ist, muss ein umfassendes und wahrheitsgetreues Assessment durchgeführt worden sein. Zudem braucht es fundierte

Kenntnisse darüber, welche Unterstützungsangebote vorhanden sind und welche Rahmenbedingungen gelten. Sind diese Voraussetzungen vorhanden, ist es die Aufgabe des Brokers, die Situation der betroffenen Person mit den daraus resultierenden Versorgungslücken und dem Unterstützungssystem so abzugleichen, dass für die betroffene Person ein individuelles Unterstützungsangebot entsteht. Die Frage bei der Broker-Funktion liegt darin, ob und welche Unterstützung nach der Vermittlung weitergeführt wird. Entweder sind Broker weiterhin dafür verantwortlich, dass das Versorgungssystem stets der Person angepasst ist oder die Aufgabe ist nach der Vermittlung erledigt. In den USA wird die Funktion so gehandhabt, dass ein Übergang in die Advocacy-Funktion stattfindet und anhand des Monitorings auch die Qualität und Bewährung der Vermittlung geprüft werden kann (Monzer, 2018, S. 15-16).

4.6.3 Die Gate-Keeper-Funktion

Gate Keeper stehen im Nutzen der betroffenen Person, aber auch des finanzierenden Instituts. Der Auftrag für ein Case Management stammt in dieser Funktion von der kostentragenden Stelle. Das Case Management erhält dabei die Aufgabe, zu prüfen, dass öffentliche Ressourcen zweckmässig dort eingesetzt werden, wo sie die betroffene Person benötigt. Hier soll der Bedarf unter Berücksichtigung des Budgets gedeckt werden. Gate-Keeping steht somit hauptsächlich im Nutzen der kostentragenden Stelle. Da Case Managerinnen und Case Manager mit der Doppelaufgabe von Ressourcendeckung und Finanzbeaufsichtigung beschäftigt sind, bewegen sie sich sehr breit zwischen Einzelfallorientierung und Finanzverantwortung. Durch die unterschiedlich eingenommenen Positionen, können die Absichten nicht immer durchschaut werden (Monzer, 2018, S. 17).

4.6.4 Social-Support-Funktion

In dieser Funktion nimmt das Case Management eine befähigende Rolle gegenüber der betroffenen Person ein. Die Social-Support-Funktion dient dazu, die Personen in ihren Entscheidungen und in der Auseinandersetzung mit dem sozialen Versorgungssystem zu stärken. Dabei wird das Ziel verfolgt, dass die betroffene Person ihre Selbstbestimmung wieder erlangen kann. In erster Linie kümmert sich das Case Management darum, vorhandene Probleme so zu regeln, dass ein freier Zugang zu den

Unterstützungsmöglichkeiten entsteht. In einem nächsten Schritt wird die betroffene Person bei der Gestaltung des Versorgungsnetzes miteinbezogen (Monzer, 2018, S. 18).

4.7 Case Management in der Sozialen Arbeit

Case Management stammt aus der sozialen Einzelhilfe. Durch die ganzheitliche Betrachtung des Systems eines Individuums oder einer Familie kann eine Veränderung des Unterstützungssystems stattfinden. Neuffer (2009) stellt fest, dass Case Management mit der bereits alten Grundidee eines systemtheoretischen Ansatzes der Sozialen Arbeit neue Qualität zurückbringen kann. Die Beziehung von Mensch und Umwelt kann durch ein Case Management verwirklicht werden, was die Profession der Sozialen Arbeit unterstreicht (Neuffer, 2009, S. 246-247).

In der Arbeit mit Betroffenen begegnen Sozialarbeitende regelmässig dem Phänomen der sogenannten Schnittstellenproblematik. Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote sowie deren Finanzierung sind nicht per se klar geregelt oder deutlich ausgewiesen. Betroffene Personen befinden sich insofern in einem Nachteil, da davon ausgegangen werden muss, dass sie ihre Rechte und Pflichten nicht kennen oder nicht wissen, wie diese einzusetzen sind. In diesen Lebenslagen benötigen sie eine Person, die soweit möglich anwaltschaftlich und allparteilich ihre Interessen vertritt. Die Erfüllung dieser Aufgabe darf jedoch nicht dazu führen, dass Betroffene ihre Autonomie verlieren. Neuffer (2009) betont, dass von den betroffenen Personen nur so viel gefordert werden darf, wie in ihren Mitwirkungskompetenzen liegt (Neuffer, 2009, S. 61-62).

Damit Case Management innerhalb der Sozialen Arbeit an Position gewinnen kann, ist es notwendig, eine eigene Handlungstheorie zu entwickeln. Diese soll berufsethische Aspekte, transtheoretische Modelle und Rahmenbedingungen berücksichtigen (Neuffer, 2009, S. 60).

5 Forschungsdesign

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Schritte im Prozess der qualitativen Forschung dargestellt. Es werden die Wahl der Forschungsmethode, die Auswahl der Stichprobe, die Datenerhebung sowie die Auswertung der Daten erläutert, die zur Beantwortung der Forschungsfragen eingesetzt wurden.

5.1 Forschungsfragen

Wie im Kapitel 1.2 beschrieben, bestehen Wissenslücken in Bezug auf die kantonale Umsetzung des Bundesgesetzes und in der Handlungspraxis des von den Gemeinden angebotenen Case Managements für Personen mit Ausständen bei der Krankenversicherung. Die Forschung zielt darauf ab, die Nahtstelle zwischen der aus Kapitel 2, 3 und 4 beschriebenen Theoriebildung mit der Praxis zu schliessen. Dabei werden die wichtigsten kantonalen und kommunalen Unterschiede in der Ausgestaltung sowie im Unterstützungsprozess dargestellt. Die Ergebnisse aus der Forschung sollen Antworten auf folgende Fragestellungen liefern:

Wie gestaltet sich die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auf kantonaler und kommunaler Ebene?

Wie gestaltet sich der Unterstützungsprozess für Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung?

5.2 Auswahl der Interviewpartnerinnen und –partner

Der Fokus der Arbeit liegt bei den Kantonen und Gemeinden und deren zuständigen Stellen. Für die Autorinnen sind in erster Linie Kantone mit Liste von Interesse, da durch den Leistungsaufschub die medizinische Grundversorgung nicht gewährleistet werden kann. Des Weiteren richtet sich der Blick auch auf Kantone ohne Liste, da die Problematik der ausstehenden Forderungen gleichermassen besteht. Auch dort ist es möglich, betroffene Personen mit einem Case Management zu unterstützen. Es wurden Professionelle, die mit säumigen Versicherten in Kontakt sind sowie am Prozess beteiligte Personen in leitender Stellung befragt. Sie gelten als Expertinnen und Experten in diesem Gebiet. Laut Horst Otto Mayer (2009) gilt als Expertin oder Experte

jemand, der in einem klar abgegrenzten Bereich über ein umfassendes Wissen verfügt und dessen Einstellung und Urteile auf verbindlichen Annahmen beruhen. In einem Expertinnen- respektive Experteninterview ist nicht die befragte Person als Einzelperson, sondern als Repräsentant der Organisation zu verstehen (S. 38-41). Gegenstand der Interviews bilden die Aufgaben, Tätigkeiten und Zuständigkeiten sowie die damit gewonnenen Erfahrungen und Wissensbestände der interviewten Personen. Ihr Erfahrungswissen wird als Betriebswissen bezeichnet und unterscheidet sich vom Kontextwissen (Michael Meuser & Ulrike Nagel, 1991, S. 444-446). Da in der vorliegenden Forschung das Handeln der Fachpersonen im Vordergrund steht, verzichteten die Autorinnen auf die Befragung weiterer Akteurinnen und Akteuren, wie beispielsweise Leistungserbringer oder Krankenversicherer. Auch Betroffene können als Expertinnen und Experten gelten. Für die Auswahl wurde bewusst darauf verzichtet, säumige Versicherte zu befragen. Einerseits erachteten die Autorinnen den Zugang als schwierig, andererseits verfügen die Betroffenen nicht über das notwendige Expertinnen- oder Expertenwissen zur Beantwortung der Fragestellungen.

5.3 Auswahl der Kantone und Gemeinden

Wie erwähnt, beabsichtigen die Autorinnen einen Vergleich zwischen Kantonen mit Liste und Kantonen ohne Liste zu machen. Die Auswahl wurde auf die deutsche Schweiz begrenzt. Bei der Rekrutierung, die in einer ersten telefonischen Anfrage und bei Bedarf einer anschliessenden schriftlichen Erläuterung erfolgte, stellte sich bald heraus, dass Kantone ohne Liste in den meisten Fällen keine Unterstützung anbieten. Anfragen wurden in den Kantonen Nidwalden, Obwalden, Uri, Glarus, Basel Stadt, Basel Land und Bern (Stadt Bern, Thun und Biel) getätigt. Einzig im Kanton Schwyz konnte dank einem Bericht in der Zeitschrift Beobachter ein Interviewpartner eines Kantons ohne Liste gefunden werden.

In den Listenkantonen gestaltete sich die Rekrutierung etwas einfacher. Im Kanton Thurgau wird seit Jahren ein Case Management angeboten. Mittels Internetrecherche und aufgrund von Medienmitteilungen konnten schnell geeignete Interviewpartnerinnen und -partner gefunden werden. Die Auswahl fiel auf die Gemeinden Rickenbach, Weinfelden und Münsterlingen. Auch im Kanton Zug konnte ein Interview dank persönlichen Kontakten problemlos organisiert werden. Schwieriger erwies sich die Situation im Kanton Aargau, da keine Gemeinde gefunden werden konnte, die bereits ein aktives Case Management implementiert hat.

Schaffhausen, Solothurn und Graubünden wurden nicht angefragt, da diese Kantone beabsichtigen, die Liste wieder abzuschaffen. In St. Gallen wurde die Liste erst im Jahr 2015 eingeführt und soll Medienberichten zufolge noch nicht richtig funktionieren. Deshalb wurde auf eine Anfrage verzichtet. Im Kanton Luzern, der eine hohe Zahl von Einträgen verzeichnet, wurde den Autorinnen telefonisch mitgeteilt, dass weder von der Durchführungsstelle Stapuk noch vom Sozialdienst eine Unterstützung für betroffene Personen stattfindet. Säumige Versicherte werden von der Durchführungsstelle schriftlich benachrichtigt und entweder an einen Sozialdienst oder eine Schuldenberatungsstelle verwiesen.

5.4 Zugang zum Feld

Die Vorabklärungen mit den Kantonen ohne Liste erfolgten telefonisch. Einzig im Kanton Bern mit den Vertretenden aus den Städten Bern, Thun und Biel wurde eine schriftliche Anfrage per E-Mail getätigt. Die Kantone, welche eine Liste führen, wurden entweder telefonisch oder per E-Mail angefragt.

5.5 Beschreibung der Stichproben

In Münsterlingen erfolgte das Interview mit der Leiterin des Kompetenzzentrums sowie der für das Case Management zuständigen Person. In Weinfelden stellte sich der Leiter der Einwohnerdienste und Case Manager für Personen mit Krankenkassenausständen zur Verfügung. Das Interview in Rickenbach konnte mit dem Gemeindeamman durchgeführt werden, der das Case Management in der Gemeinde implementiert hatte. Auch im Kanton Schwyz konnte das Interview mit dem Gemeindeamman von Schübelbach durchgeführt werden. Er setzt sich persönlich mit der Problematik der Verlustscheinforderungen auseinander. Im Kanton Zug erfolgte das Interview mit der verantwortlichen Person der Durchführungsstelle. Im Kanton Aargau wurden der Leiter der Sozialen Dienste der Stadt Aarau sowie die Leiterin vom Departement Gesundheit und Soziales befragt.

5.6 Datenerhebung

Für die Erhebung der Daten wurde ein Leitfadeninterview in Form eines Expertinnen- respektive Experteninterviews gewählt, da die befragten Personen über das notwendige Wissen in ihrer Funktion innerhalb der Organisation verfügen. Ein Leitfadeninterview eignet sich dann, wenn über einen bestimmten Gegenstand konkrete Aussagen gewonnen werden sollen. Der Leitfaden wurde mit offenen Fragen formuliert, die der befragten Person Raum für freies Erzählen ermöglichte. Wird der Leitfaden bei den durchgeführten Interviews konsequent eingesetzt, erhöht sich einerseits die Vergleichbarkeit der Daten, andererseits werden sie in eine Struktur gebracht. Damit alle für die Beantwortung der Forschungsfrage wesentlichen Aspekte abgedeckt werden, dient der Leitfaden als Orientierung und Gerüst. Bei der Durchführung eines Leitfadeninterviews soll der Anspruch der Offenheit erhoben werden. Daher muss die Reihenfolge der Fragen nicht strikt eingehalten werden. Rückfragen oder Ausführungen sind durch die interviewenden Personen zu steuern (Horst Otto Mayer, 2009, S. 37).

5.7 Entwicklung des Leitfadens

Der Leitfaden wurde nach eingehender Recherche der theoretischen Zugänge entwickelt und orientierte sich an der zuvor definierten Forschungsfrage. Laut Meuser und Nagel (1991) ist es wichtig, dass sich die Forschenden mit der Thematik vertraut machen, um im Interview als kompetente Partner auftreten zu können. Zudem kann durch die Orientierung am Leitfaden garantiert werden, dass die gewünschten Themen zur Sprache kommen (S. 448).

Für die Entwicklung des Leitfadens wurde im Vorfeld eine Mindmap erstellt, die die wichtigsten Haupt- und Unterthemen festhielt. Aufgrund dieser wurden sieben offene Hauptfragen formuliert, die jeweils mit möglichen Zusatzfragen angereichert wurden. Um eine Gesamtdarstellung des Problembereiches und die Zusammenhänge zu erhalten, bezogen sich die ersten beiden Fragen auf den Personenkreis sowie das allgemeine Vorgehen. Die weiteren vier Fragen bezogen sich explizit auf den Unterstützungsprozess und die letzte Frage orientierte sich am organisatorischen Aufbau. Der Leitfaden ist im Anhang zu finden.

5.8 Durchführung der Interviews

Die Mehrzahl der Interviews wurde in den jeweiligen Büroräumlichkeiten der interviewten Personen durchgeführt. Im Kanton Schwyz fand das Gespräch im Hause des Gemeindeammans statt und im Kanton Aargau erfolgte das Interview mit der Leiterin Gesundheit aus zeitlichen Gründen telefonisch. Zu Beginn des Interviews stellten sich die Autorinnen vor und legten ihre Motivation für die Arbeit sowie einen Kurzbeschrieb dar. Es wurde auf die Rahmenbedingungen des Interviews aufmerksam gemacht und über die Aufzeichnung informiert. Die Interviews dauerten zwischen sechzig und neunzig Minuten. Das Telefoninterview dauerte dreissig Minuten.

5.9 Datenauswertung

Um die digitalen Daten auswerten zu können, wurden diese wortgetreu transkribiert. Für den Vorgang der Interpretation wurde das Verfahren nach Uwe Flick (2011) angewendet. In einem ersten Schritt wurden alle transkribierten Interviews gelesen und relevante Textstellen markiert. Diese wurden anschliessend in Sinneinheiten gegliedert und mit Codes versehen. Für die Benennung der Codes wurden Begriffe aus der Theorie sowie Aussagen der interviewten Personen verwendet. Mit dem Ziel, den Text aufzubrechen, wurden Kodierungen teilweise abschnittsweise und wo notwendig Zeile für Zeile vorgenommen. Durch das Stellen von W-Fragen an den Text entstand eine Vielzahl von Codes, die anschliessend zu Kategorien gruppiert wurden (S. 388-392).

Die aus dem ersten Schritt entstandenen Kategorien wurden in einem zweiten Schritt, dem sogenannten axialen Kodieren, weiter verfeinert und gegliedert. Dabei wurden sie miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt. Es wurde eine induktive Kategorienbildung vorgenommen, indem Kategorien und Unterkategorien aus dem vorhandenen Material entwickelt und anschliessend deduktiv am Text aus dem Theorieteil überprüft wurden. Aus den vorhandenen Codes wurden Kategorien ausgewählt, die für die Beantwortung der Fragestellungen als relevant erachtet wurden. Diese wurden zur besseren Übersicht auf Flipcharts festgehalten. Der Text wurde mit je einer Farbe der zugehörigen Kategorie markiert. Flick (2011) fasst den Vorgang des axialen Kodierens als „Prozess des In-Beziehung-Setzens der Subkategorien zu einer Kategorie“ zusammen (S. 393-395). Um die Komplexität der entstandenen Kategorien und Unterkategorien weiter zu verfeinern, wurden in einem dritten Schritt, dem

sogenannten selektiven Kodieren, Kernkategorien gebildet (S. 396-397). Diese wurden in Makro-, Meso- und Mikroebene unterteilt und mit den bereits entwickelten Unterkategorien angereichert. Die zuvor markierten Textstellen aus den Interviews wurden noch einmal durchgearbeitet und auf die drei Ebenen verteilt, um für die Darstellung der Ergebnisse eine Struktur zu erhalten. Wiederholungen wurden gestrichen und relevante Kernaussagen fett markiert.

Aus diesen Schritten ergab sich folgende Struktur, die für die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse sowie die anschliessenden Handlungsempfehlungen übernommen wurde.

Makroebene	
Politik, Recht und Ethik	Das Bundesgesetz auf kantonaler und kommunaler Ebene
	Krankenkassenausstände im Schuldbetreiber- und Konkursgesetz
	Politische Diskussion zur Implementierung des Case Managements
	Datenschutz
	Ethische Haltung zur Liste
Mesoebene	
Vernetzung und Organisation	Zusammenarbeit im Kanton und mit anderen Organisationen
	Personelle und finanzielle Ressourcen
Mikroebene	
Unterstützungsprozess	Zugangseröffnung
	Problemeinschätzung
	Planung
	Vermittlung
	Leistungssteuerung und Monitoring
	Abschluss
	Bewährung des Unterstützungsprozesses

Abbildung 13: Kategorien und Unterkategorien (eigene Darstellung)

5.10 Probleme bei der Auswertung

Bereits bei der Durchführung der ersten Interviews fiel den Autorinnen auf, dass die Umsetzung des Bundesgesetzes Einfluss auf Strukturen und Abläufe haben, die sich auch auf den Unterstützungsprozess auswirken. Den einzelnen Abläufen, aber auch den rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen wurden von den interviewten Personen entsprechend viel Gewicht eingeräumt. Im Kanton Zug und im Kanton Aargau ist die Durchführung eines Case Management auf kantonaler Ebene fakultativ und führt daher zu Unterschieden in der Implementierung und Ausführung auf kommunaler Ebene. Zudem stellte sich bei der Auswertung der Interviews heraus, dass auch in den Kantonen Schwyz und Thurgau Unterschiede in den Strategien, Abläufen sowie Handlungsspielräumen zu verzeichnen sind. Um dem Postulat der Offenheit eines Expertinnen- respektive Experteninterviews Rechnung zu tragen und den Aussagen und Interessen der befragten Personen gerecht zu werden, entschlossen die Autorinnen, die ursprünglich formulierte Forschungsfrage zum Unterstützungsprozess mit einer vorgelagerten Frage zu ergänzen, die sich auf die kantonale Umsetzung des Bundesgesetzes bezieht.

6 Forschungsergebnisse

Für die Gliederung der Forschungsergebnisse wurde von den Autorinnen die Unterteilung in Makro-, Meso- und Mikroebene gewählt. In den drei Hauptebenen wurden die Ergebnisse den jeweiligen Kategorien zugeteilt.

6.1 Politik, Recht und Ethik (Makro)

6.1.1 Das Bundesgesetz auf kantonaler und kommunaler Ebene

Die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenversicherung setzen auf Kantons- und Gemeindeebene verschiedene Abläufe in Gang. Die Umsetzung und das damit verbundene Verfahren werden von allen Kantonsvertreterinnen und -vertretern als aufwändig bezeichnet.

Jeder Kanton verfügt gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG über eine zuständige kantonale Behörde. Im Kanton Thurgau wird der Vollzug über das Sozialversicherungszentrum (SVZ) und im Kanton Aargau über die Sozialversicherungsanstalt (SVA) durchgeführt. Im Kanton Schwyz ist die Ausgleichskasse des Kantons zuständig. Der Kanton Zug verfügt über eine eigene Durchführungsstelle, die nicht beim Kanton angegliedert ist.

Kanton Zug

Die Kantonsvertreterin der Durchführungsstelle Zug beschreibt, dass sie einmal pro Monat von den Versicherern die Betreuungsmeldungen erhält, wobei auch Versicherer darunter seien, die diesen Zeitraum nicht immer einhalten. Es kann daher sein, dass im Laufe der Zeit bereits ein Verlustschein entstanden ist. Sie prüft, ob die Person in Zug wohnhaft ist und macht eine entsprechende Meldung an die Einwohner- oder Bürgergemeinde. In den meisten Fällen ist der Sozialdienst dafür zuständig. Dort wird geprüft, ob die Person wirtschaftliche Sozialhilfe bezieht. Ist dies der Fall, werden die Ausstände, die Gegenstand der Betreuungsmeldung sind, durch den Sozialdienst übernommen. Die Betreuung wird damit gestoppt. Alle anderen Personen werden schriftlich darüber informiert, dass der Sozialdienst Kenntnis über die Ausstände hat und sie sich bei finanziellen Problemen melden können.

Die Betreibungen werden von der Durchführungsstelle im System erfasst, damit geprüft werden kann, wann die Information an die Gemeinden weitergeleitet wurde und ob die betriebenen Ausstände von der Gemeinde übernommen werden. Wenn dies nicht der Fall ist, und die Forderung während des Betreibungsverfahrens auch durch die versicherte Person nicht beglichen wird, kommt es zur Ausstellung eines Verlustscheins. Der Versicherer meldet der Durchführungsstelle die Schuldnerin oder den Schuldner des Verlustscheins. Im Kanton Zug erfolgt der Listeneintrag zu diesem Zeitpunkt. Man kann sich darüber streiten, meint die Vertreterin. Jedoch ist das so vom Kanton entschieden worden und man hält sich an diese Regelung. Mit diesem Vorgehen soll Mehraufwand verhindert werden, da davon ausgegangen wird, dass viele Personen im Verlauf des Betreibungsverfahrens die Forderung begleichen und dann wieder von der Liste gelöscht werden müssen. Im letzten Jahr war das in rund 75 Prozent der Betreibungen der Fall. Bei rund 15 Prozent wurden die Forderungen vom Sozialdienst übernommen.

Einmal pro Jahr gehen die Verlustschein-Meldungen von den Versicherern an die Durchführungsstelle zur Bearbeitung. Dort werden sie zusammengestellt und der Gemeinde, in welcher der Verlustschein ausgestellt wurde, in Rechnung gestellt. Falls es zu einem Eintrag auf der Liste kommt, ist die Gemeinde zuständig, die Schuldnerin oder den Schuldner per Verfügung zu informieren.

Bezieht eine Person wirtschaftliche Sozialhilfe oder wird neu bei der Sozialhilfe angemeldet, werden sämtliche Ausstände ab der Revision im Jahr 2012 vom Sozialdienst übernommen. Mit der Begleichung sämtlicher Krankenkassen-Forderungen wird der Listeneintrag gestrichen. Die Vertreterin erläutert, dass die Gemeinden dadurch zusätzlich belastet werden. „Sie übernehmen einerseits 85 Prozent der Verlustscheinsumme, begleichen die Schuld zu 100 Prozent, erhalten jedoch nur 50 Prozent zurück. Sie bezahlen also eigentlich 135 Prozent“.

Es liegt in der Kompetenz der Gemeinden, zu entscheiden, ob auch für Personen, die keine wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, Ausstände übernommen werden. „Das wird nicht in jeder Gemeinde gleich gehandhabt“, meint die Vertreterin.

Von der Begleichung bis zur Aufhebung des Eintrags dauert es nach Auskunft der Vertreterin zirka zwei Wochen. Danach ist der vollumfängliche Versicherungsschutz wiederhergestellt.

Kanton Thurgau

Im Kanton Thurgau werden Personen bereits bei der Meldung einer Betreuung auf die Liste gesetzt. Ausschlusskriterien gibt es nicht. Die Meldungen über eine Betreuung werden dem Sozialversicherungszentrum (SVZ) von den Versicherern zugestellt. Die Gemeinden prüfen daraufhin, ob die Zuständigkeit aufgrund des Wohnortes gegeben ist. Die Vertreterin aus Münsterlingen schildert, dass diese Prüfung mehrmals wöchentlich geschieht. Ist eine Person im System erfasst, sind die Gemeinden verpflichtet, die betroffene Person über einen Listeneintrag und den daraus resultierenden Leistungsaufschub zu informieren. Die Person wird schriftlich aufgefordert, sich innerhalb einer gewissen Frist bei der Gemeinde zu melden. Im weiteren Verlauf setzt das Case Management ein.

Um Verlustscheine zu vermeiden, werden im Kanton Thurgau fällige Kosten in Form einer Vorschussleistung von der Gemeinde übernommen und den Versicherern überwiesen. „Indem wir das machen, sind wir eigentlich das verlängerte Inkassoinstrument der Krankenkasse“, sagt der Vertreter aus Rickenbach. Der Vertreter aus Weinfelden betont, dass Entscheide nachvollziehbar sein müssen und einer höheren politischen Instanz gegenüber gerechtfertigt werden können.

Jene Gemeinden, die im Kanton Thurgau ein aktives Case Management betreiben, werden durch ein kantonales Bonussystem entschädigt. Jährlich wird vom Regierungsrat eine Summe aus den Mitteln der Prämienverbilligung festgelegt, die unter den Gemeinden aufgeteilt wird. Im letzten Jahr konnten dadurch 50 Prozent der durch die Gemeinden vorfinanzierten Kosten rückvergütet werden. Der Vertreter aus Weinfelden rechnet vor, dass sich dieses Modell lohnt. „Wenn ich bei der Kostenfolge die Alternative habe zwischen 135 Prozent und 50 Prozent, ist es klüger, die Forderungen vor der Ausstellung eines Verlustscheins zu übernehmen, als später 85 Prozent in Rechnung gestellt zu bekommen und im schlechtesten Fall nachher 135 Prozent zu bezahlen“.

Nachfolgendes Beispiel verdeutlicht die Kostenfolge bei einer ausstehenden Forderung von CHF 100.—:

Kostenfolge bei Übernahme bei der Betreuung	Aufwand	Ertrag
Kostenübernahme durch die Gemeinde	100.00	
Rückvergütung durch kantonales Bonussystem (50 %*)		50.00
Total	100.00	50.00
Saldo	50.00	

* Prozentsatz variiert je nach Festlegung des Regierungsrates

Kostenfolge bei Entstehung eines Verlustscheins	Aufwand	Ertrag
Verrechnung an Gemeinde 85%	85.00	
Verlustscheinübernahme beim Versicherer	100.00	
Rückvergütung durch Versicherer 50%		50.00
Total	185.00	50.00
Saldo	135.00	

Abbildung 14: Berechnung Kostenübernahme (eigene Darstellung)

In Weinfelden und Münsterlingen werden auch Ausstände übernommen, die bis zur Revision im Jahr 2012 zu einem Verlustschein geführt haben, damit ein Versicherungsschutz wieder hergestellt werden kann. Dies ist jedoch nur der Fall, wenn die versicherte Person belegen kann, dass die laufenden Prämien bezahlt werden. In Rickenbach werden Verlustscheine nicht übernommen. „Wir bemühen uns um die aktuellen Forderungen, nicht um alte Verlustscheinforderungen“.

Sind alle Forderungen beglichen worden, meldet der Versicherer der Gemeinde, dass die Betreuung abgeschlossen ist. Die Gemeinde wiederum gibt dem Kanton die Meldung über die Aufhebung des Leistungsaufschubes und informiert gleichzeitig die versicherte Person, dass wieder ein ordentlicher Anspruch auf medizinische Behandlung besteht. Laut dem Vertreter der Gemeinde Weinfelden ist es wichtig, diese Meldungen zeitnah zu verarbeiten. Wird sie im System erfasst, erfolgt am nächsten Tag die Aufhebung des Leistungsaufschubes.

Kanton Aargau

Im Kanton Aargau werden die Betreibungen durch die SVA erfasst, geprüft und registriert. Für die administrative Abwicklung ist ebenfalls die Durchführungsstelle zuständig. Die Versicherer melden der SVA die Schuldnerinnen und Schuldner, die aufgrund ausstehender Prämienzahlungen oder Kostenbeteiligungen betrieben werden. Diese werden von der SVA täglich der zuständigen Gemeinde weitergeleitet. Laut Aussage des Vertreters der Stadt Aarau werden die Meldungen daraufhin geprüft, ob eine Person bei der Sozialhilfe angemeldet ist. Nach den Ausschlusskriterien, die im kantonalen Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG) festgelegt sind, werden Personen, die Sozialhilfe beziehen, nicht auf der Liste eingetragen. Auch Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen sowie Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 19. Altersjahr sind nicht von einem Leistungsaufschub betroffen. Die SVA informiert die Schuldnerinnen und Schuldner über den Eingang der Betreibungsmeldung und macht sie auf die Konsequenzen aufmerksam. Wird die Schuld nicht innerhalb von 30 Tagen beglichen, erfolgt ein Listeneintrag und der Leistungsaufschub wird verhängt. Während dieser Zeit hat die Gemeinde die Möglichkeit, zusammen mit den Versicherten den Sachverhalt zu klären und mögliche Gründe für die Nichtbezahlung zu eruieren. Als weitere Indikatoren dienen die Steuerveranlagung und der Betreibungsauszug. Falls zur Klärung mehr Zeit benötigt wird, kann die Gemeinde die Frist bei der SVA auf 60 Tage verlängern. Nach Klärung des Sachverhalts meldet die Gemeinde der SVA diejenigen Personen, die nicht auf der Liste eingetragen werden sollen. Erfolgt keine Meldung, nimmt die SVA den Listeneintrag vor. Der Vertreter der Stadt Aarau erklärt, dass bei ihnen eine Überprüfung des Schachverhalts nicht durchgeführt wird. „Die Stadt hat sich dafür entschieden, und wir setzen es so um“.

Die Leiterin Departement Gesundheit schildert, dass momentan in Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten eine Checkliste erarbeitet wird, die Kriterien enthält, unter welchen Bedingungen von einem Listeneintrag abgesehen werden kann. Als Beispiel nennt sie eine chronische oder ansteckende Erkrankung oder falls sich eine Krankheit ohne notwendige Behandlung als lebensbedrohlich erweist. Dazu kommen Gründe, die auch für einen Sistierungsantrag gelten. Sie betont, wie wichtig es ist, dass die Gemeinden die Gründe gut abklären, damit ein Listeneintrag verhindert werden kann. „Dort wo es einfach keinen Sinn macht, dass die Krankenkasse die Behandlungskosten nicht mehr bezahlt.“

Oder wenn jemand einen Abzahlungsvertrag mit der Krankenkasse hat und bereits seit einigen Monaten bezahlt. Dann wird das der SVA gemeldet und die Person kommt nicht auf die Liste. Eine Begründung bei der SVA braucht es nur, wenn jemand schon auf der Liste ist“.

Ist eine Person aufgrund der Betreuungsmeldung bereits auf der Liste erfasst, kann durch die Gemeinde bei der SVA ein Antrag auf Sistierung gestellt werden. Eine Sistierung kann dann beantragt werden, wenn eine Person nachweisen kann, dass sie sich um die Schuldentilgung bemüht, wenn sie freiwillig auf Sozialhilfe verzichtet oder wenn durch eine medizinische Behandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt oder wieder erlangt werden kann. Der Vertreter der Stadt Aarau sagt, dass ein Antrag auf eine Sistierung restriktiv gehandhabt wird. Nur die betroffene Person kann einen Antrag stellen, der mittels eines Fragebogens und der Einreichung von diversen Dokumenten durch die Gemeinde geprüft wird. Dazu gehören beispielsweise eine Bestätigung des Arztes oder ein IV-Antrag sowie die bereits unternommenen Massnahmen für eine Schuldentilgung. Zusätzlich wird ein Betreuungsauszug, die Liste der Ausstände des Versicherers sowie die letzte definitive Steuerveranlagung für die Prüfung des Antrages benötigt. Ein Sistierungsantrag wird gemäss Auflage halbjährlich überprüft. Die Personen müssen belegen können, dass die monatlichen Prämien nach wie vor bezahlt werden. In Aarau werden von rund 300 Fällen zirka ein bis zwei Sistierungsanträge pro Monat eingereicht.

Gemäss KVGG sollen die Gemeinden jene Personen unterstützen, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Prämien zu bezahlen. Dies kann durch die Kostenübernahme durch die Gemeinde oder durch eine individuelle Finanzierungsregelung mit dem Versicherer geschehen. Dadurch kann die Einstellung eines Betreibungsverfahrens erwirkt werden. Der Vertreter erklärt, dass in Aarau keine Kostenübernahmen getätigt werden. Er begründet dies damit, dass Personen mit Sozialhilfe nicht auf die Liste gesetzt werden. Von der Sozialhilfe her gäbe es keinen Grund, die Ausstände zu übernehmen. „Solange sie Sozialhilfe beziehen, werden sie medizinisch behandelt. Und nachher ist es eigentlich nicht mehr Sache der Sozialhilfe“. Zudem gibt er zu bedenken, dass es nicht der Philosophie eines Sozialdienstes entspricht, als Kreditunternehmen tätig zu sein. Durch die Regelung der Übernahme

der Verlustscheinkosten durch die Gemeinde sieht er die Versicherer als Gewinner des Systems: „Die Versicherer haben ein Interesse daran, die Verlustscheine hereinzuholen, weil sie dann einen Gewinn erzielen von 135 Prozent“.

„Der einfachste Weg von der Liste wegzukommen, ist im Kanton Aargau die Begleichung der offenen Forderungen durch die betroffene Person“, meint der Vertreter der Stadt Aarau.

Kanton Schwyz

Im Kanton Schwyz meldet die Ausgleichskasse die Verlustscheine einmal pro Quartal an jede Gemeinde. Der Vertreter aus Schübelbach erklärt, dass diese Liste noch nicht gefiltert ist. Das bedeutet, dass die Gemeinden nicht wissen, wer während des Betreibungsverfahrens die Forderung bezahlt und wer nicht. Er prüft die Liste jeweils nach verschiedenen Kriterien, beispielsweise wer eine Prämienverbilligung eingereicht oder die Steuererklärung ausgefüllt hat. Zusätzlich wird geprüft, ob jemand Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen bezieht, da diese Personen individuelle Prämienverbilligung beziehen können. Die bereinigte Liste wird anschliessend den Sozialen Diensten zugestellt. Dort wird geprüft, ob die betroffene Person noch in der Gemeinde wohnhaft ist. Danach werden die einzelnen Einträge nach Dringlichkeit sortiert. „Je höher die Ausstände sind, desto dringender“, sagt der Gemeindevertreter. Da der Kanton Schwyz die Liste nicht eingeführt hat, beginnt in Schübelbach nach diesen Schritten das Case Management.

6.1.2 Krankenkassenausstände im Schuldbetreibung- und Konkursgesetz

Eine der Vertreterinnen aus Münsterlingen ist der Meinung, dass dem Krankenkassen-Obligatorium im Schuldbetreibung- und Konkursgesetz (SchKG) zu wenig Gewicht beigemessen wird. Obwohl die Krankenkassenausstände bei einer Betreibung im Pfändungsverfahren in der zweiten Klasse privilegiert sind, gilt dieses Privileg nur innerhalb der Betreibungsgruppe, die während 30 Tagen offen ist. Nach dieser Frist kommen allfällige weitere Betreibungen in eine neue Gruppe und werden erst berücksichtigt, wenn die Forderungen aus der ersten Gruppe getilgt sind. Je nach Höhe der ersten Gruppe ist es deshalb oft nicht möglich, alle Kosten im laufenden Pfändungsjahr zu begleichen. Aus den noch offenen Forderungen entsteht ein Verlustschein. Auch wenn jemand eine pfändbare Quote hat, könne nicht davon

ausgegangen werden, dass damit Ausstände beim Versicherer verrechnet werden. Die Kantonsvertreterin erachtet aus diesem Grund eine Änderung des SchKG als dringend notwendig. Es sei so anzupassen, dass Ausstände beim Krankenversicherer unabhängig der Gruppe privilegiert behandelt werden. Laut Schätzungen der Vertreterin könnte die Summe aller Verlustscheine damit um die Hälfte reduziert werden.

Ein weiterer Kritikpunkt sieht die Vertreterin darin, dass die Krankenkassenprämien nur in das betriebsrechtliche Existenzminimum eingerechnet werden, wenn belegt werden kann, dass sie bezahlt wurden. Es sei jedoch für viele Betroffene nicht möglich, von dem betriebsrechtlichen Existenzminimum die laufenden Prämien zu bezahlen. Sie würde die Idee begrüßen, dass im Rahmen des Pfändungsverfahrens die laufenden Prämien direkt vom Betreibungsamt bezahlt werden könnten, falls finanzielle Mittel vorhanden sind.

6.1.3 Politische Diskussion zur Implementierung des Case Managements

Im Kanton Zug wurde auf Kantonebene besprochen, wie ein Case Management ausgestaltet werden könnte. Zum jetzigen Zeitpunkt wird es auf Gemeindeebene unterschiedlich praktiziert. In einigen Gemeinden werden Betroffene schriftlich zu einem Gespräch eingeladen, in anderen Gemeinden wird nichts unternommen. Zum Zeitpunkt des Interviews fand laut Vertreterin des Kantons Zug eine Umfrage bei den Gemeinden statt, welche Auskunft über den Aufwand und den Nutzen der Liste geben soll. Die Kantonsvertreterin vermutet, dass eine Forderung zur Abschaffung der Liste gestellt wird.

Im Kanton Aargau war geplant, das Case Management bei der Gesetzesrevision einzuführen. Dies wurde jedoch von den Gemeinden verworfen. Das Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 15.12.2015 formuliert mit einer Kann-Regelung, dass betroffene Personen zu einem Gespräch eingeladen oder schriftlich kontaktiert werden können. Die Vertreterin erachtet eine Unterstützung als dringend notwendig. Die Gemeinden werden derzeit auf die Thematik sensibilisiert. Der Vertreter der Stadt Aarau macht darauf aufmerksam, dass gemäss Entscheid des Stadtrates momentan keine aktive Unterstützung für Betroffene vorgesehen ist. Da die Kosten für die entstandenen Verlustscheine erst ab diesem Jahr den Gemeinden

verrechnet werden, könne sich dieser Entscheid jedoch noch ändern. „Ich finde die Problematik sehr vielschichtig“, äussert er und fügt an, dass Ausstände bei den Versicherern ein gesellschaftliches Problem seien. Mit der Gesetzesrevision wurde die Verantwortung an die Gemeinden abgegeben. Er findet die Liste keine gute Lösung. Seiner Meinung nach muss das Problem anders angegangen werden.

In Schübelbach wird auch ohne Liste ein aktives Case Management betrieben. Der Vertreter schildert, dass zwei Jahre nach der Gesetzesrevision im Jahr 2014 die Ausstände enorm angestiegen seien. Sein Wunsch war, im Rahmen der Revision ein Case Management einzuführen. Zurzeit ist eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe damit beschäftigt, eine Empfehlung für die Implementierung des Case Managements an die Gemeinden auszuarbeiten.

6.1.4 Datenschutz

Die Kooperation zwischen den in einen Fall involvierten Personen und Fachstellen wird von allen befragten Personen als wichtig erachtet. Im Kanton Thurgau haben sämtliche Gemeinden einen Gemeinderatsbeschluss gefällt, um den Zugriff zu der Einwohnerkontrolle zu ermöglichen. Die Meldung über säumige Versicherte und deren Ausstände ist im KVG und der entsprechenden Verordnung sowohl bundesrechtlich als auch kantonal geregelt. Für weitere Auskünfte wird von den betroffenen Personen eine Vollmacht verlangt. Der Kantonsvertreter aus Schübelbach betont, dass in diesem Bereich sehr sorgfältig gearbeitet werden muss. Er bezweifelt, dass der Datenschutz in jedem Fall ein Schutz für die betroffene Person ist, da es manchmal schwierig ist, an wichtige Daten zu gelangen. Auch sei damit ein Mehraufwand verbunden, da bei der zuständigen Durchführungsstelle keine Sammelanfragen getätigt werden können. Auch in den Kantonen Zug und Aargau besteht die Möglichkeit, begrenzt auf Daten der Einwohnerkontrolle zuzugreifen.

6.1.5 Ethische Haltung zur Liste

Die Vertreterin aus Zug berichtet, dass sie des Öfteren von einem Arzt oder Krankenhaus kontaktiert wird. Es gehe dann meist um die Frage, ob jemand behandelt werden darf oder nicht. Da die Leistungserbringer jedoch selbst Zugriff auf die Daten haben, gibt sie darüber keine Auskunft.

Der Vertreter aus Schübelbach erachtet es als nicht zielführend, wenn Personen nur noch im Notfall behandelt werden. Es könne zu enormen Nachfolgeschäden kommen. In seinen Augen ist die Liste repressiv. Er gibt zu bedenken, dass schon oft und in unterschiedlichen Zusammenhängen die Erfahrung gemacht wurde, dass Repression alleine zu keinem befriedigendem Resultat führt.

Auch der Vertreter aus Aarau erachtet die Liste als repressiv. Leistungserbringer seien in einer schwierigen Rolle, wenn sie über einen Notfall entscheiden müssen. Dass er als Vertreter der Stadt die Macht hat, über einen Sistierungsantrag zu entscheiden, empfindet er als schwierig. Diese Rollenzuteilung könne zu einem moralischen Dilemma führen.

Die Beschränkung auf Notfallbehandlungen wird auch im Kanton Thurgau diesbezüglich hinterfragt, weil es im Gesetz unterlassen wurde, den Notfallbegriff näher zu umschreiben.

6.2 Vernetzung und Organisation (Meso)

6.2.1 Zusammenarbeit im Kanton und mit anderen Organisationen

Die Gemeinden des Kantons Thurgau arbeiten eng in einer Erfahrungsgruppe zusammen. Es werden Erfahrungen ausgetauscht und Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes diskutiert. Laut Aussagen besteht zudem ein guter Kontakt zum Amt für Gesundheit. Das Kompetenzzentrum in Münsterlingen bietet Kurse für Gemeinden an, die das Case Management implementieren wollen. Um das Case Management für alle Gemeinden im Kanton möglichst einheitlich zu gestalten, werden auch vom Vertreter aus Weinfelden Kurse angeboten. Es sei wichtig, in den Gemeinden notwendige Strukturen zu schaffen, damit eine Kontinuität gewährleistet werden kann. Die Zusammenarbeit mit dem Betriebsamt und den Versicherern wird als wichtig erachtet.

Die Vertreterinnen aus Münsterlingen schildern, dass sie gut mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde vernetzt sind. Die Zusammenarbeit wird als sehr positiv bewertet. Auch die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst wird als wichtig erachtet, da diese freiwillige Einkommensverwaltung sowie Schuldensanierungen anbieten.

Die Zusammenarbeit mit anderen Stellen wird auch im Kanton Schwyz als sehr wichtig erachtet. Der Vertreter aus Schübelbach prüft derzeit mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, wie der Kanton im Zusammenhang mit offenen Ausständen weiterfahren soll. Sie sind daran, eine Empfehlung an die Gemeinden zu formulieren. Mit dem Betreibungsamt wird ein guter und reger Austausch gepflegt. Des Weiteren spricht er von grossen Treffen, bei denen rund 25 Personen an einem Tisch sitzen. Diese setzen sich aus verschiedenen Fachstellen, wie dem Bereich Familie und Jugend, der Schulsozialarbeit, der Mütterberatung bis hin zum Kindes- und Erwachsenenschutz zusammen. Der Vertreter meint dazu: „Es ist wichtig, dass alle gut zusammenarbeiten. Jede und jeder muss von den anderen wissen, wie und wann Pässe gegeben und entgegengenommen werden. Selbst die beste Stürmerin oder der beste Stürmer schafft es nicht allein“.

Die Kantonsvertreterin aus Zug berichtet, dass sie einen guten Austausch mit der Schuldenberatungsstelle pflegen. In der Zusammenarbeit geht es hauptsächlich darum, Arbeitsabläufe zu optimieren.

6.2.2 Personelle und finanzielle Ressourcen

Bis für das Case Management in Schübelbach eine pensionierte Fachkraft gewonnen werden konnte, hat sich der Gemeinderat von Schübelbach persönlich um diese Aufgabe gekümmert. Die Anstellung der Fachkraft läuft in der Gemeinde über ein Mandat. Bei Personen, die in der Lage sind, für die Unterstützung zu bezahlen, wird etwas in Rechnung gestellt. In den anderen Fällen werden die geleisteten Stunden über die Gemeinde abgerechnet. Der Vertreter äussert, dass die Mitarbeiterin über jahrelange Erfahrung im Versicherungswesen und der Berufsbeistandschaft verfügt. Ihr Pensum für das Case Management beträgt rund 50 Prozent.

In der Gemeinde Rickenbach wird das Case Management von zwei Mitarbeiterinnen des Steueramtes betrieben. Dafür sind rund 20 bis 30 Stellenprocente vorgesehen, in denen zirka 120 Fälle betreut werden. Beide Mitarbeiterinnen verfügen über einen kaufmännischen Hintergrund. Der Vertreter erzählt, dass er sich bis zur Anstellung selber um das Case Management gekümmert hat. Die Fallbelastung wurde jedoch zu hoch, so dass zusätzliches Personal rekrutiert werden musste.

Ähnlich berichten die zwei Vertreterinnen aus Münsterlingen. Seit 2012 wurde das Case Management im Rahmen der Möglichkeiten betrieben, bis im Jahr 2016 zusätzlich 20 Stellenprozent gesprochen wurden. Damit konnte das Case Management intensiviert werden. Momentan ist für das Case Management eine Person mit 60 Stellenprozent angestellt, die für rund 60 Dossiers zuständig ist. Sie hat einen kaufmännischen Hintergrund und verfügt über einen Fachausweis im Rechnungswesen. Sie hat vierjährige Berufserfahrung in der Sachbearbeitung der Berufsbeistandschaft und absolviert derzeit eine Weiterbildung als Fachperson im gesetzlichen Sozialbereich.

Auf Professionalität wird auch in der Gemeinde Weinfelden gesetzt. Der Vertreter ist überzeugt, dass es engagiertes Personal braucht, welches genügend Kapazität hat, sich um die Aufgabe zu kümmern. Gemäss seinen Aussagen haben praktisch alle Case Managerinnen und Case Manager in den Gemeinden eine sozialarbeiterische Ausbildung. Das sind für ihn die besten Voraussetzungen.

Ein Stellenprofil kann laut den Interviews wie folgt zusammengefasst werden: Die fallführende Person muss gut strukturiert sein und sowohl über ein fundiertes Wissen im Sozialversicherungsbereich als auch über viel Lebenserfahrung verfügen. Sie muss eine gewisse Hartnäckigkeit und Durchhaltevermögen aufweisen sowie Erfahrung in der sozialarbeiterischen Beratung haben. Auf die Beratungsmethodik wird grossen Wert gelegt. Es sei wichtig, eine gute Gesprächskultur zu schaffen, bei der auf emotioneller Ebene Verständnis für eine Situation gezeigt wird, und auf materieller Ebene eine realistische Einschätzung der finanziellen Situation erfolgt. Neben der Rollenklärung ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung unerlässlich.

Der Vertreter der Stadt Aarau rechnet für eine gute Begleitung der betroffenen Personen im Rahmen eines Case Managements mit rund 200'000 bis 250'000 Franken jährlich. Er ist skeptisch, ob diese Summe über ein Case Management ausgeglichen werden kann.

6.3 Unterstützungsprozess (Mikro)

6.3.1 Zugangseröffnung

Alle Interviewpartnerinnen und -partner schildern, dass die erste Kontaktaufnahme mit einem Brief zu einer Einladung erfolgt. Die Reaktion darauf wird jedoch als sehr schlecht beurteilt. Der Kantonsvertreter der Stadt Aarau berichtet, dass sich in einem Testlauf lediglich 10 bis 20 Prozent gemeldet haben, wobei dort kaum noch etwas in die Wege geleitet werden konnte. Auch die Kantonsvertreterin in Zug berichtet von sehr niedrigen Rücklaufquoten.

Im Kanton Schwyz teilt man diese Erfahrung. Der Vertreter von Schübelbach meinte, dass sie früher auch so verfahren seien. Bei den einzigen zwei Rückmeldungen konnte dann nicht einmal einen Termin vereinbart werden. „Es ist schade um das Porto“, lautet seine Devise. Er ist der Meinung, dass es für diese Personen sehr schwierig ist, sich zu melden. Die Hemmschwelle ist gross, besonders dann, wenn es sich um ein offizielles Schreiben der Gemeinde handelt. Falls sich Personen Hilfe wünschten, hätten sie diese schon viel früher in Anspruch genommen, mutmasst er. Er hat niederschwelligere Wege gefunden, um mit den Personen in Kontakt zu kommen. Zuerst wird versucht, die Person telefonisch zu erreichen und einen Termin zu vereinbaren. Wenn das nicht funktioniert, werden die Personen zu Hause oder am Arbeitsplatz besucht. Er erzählt, dass er auch schon in Überhosen vor einer Haustür gestanden ist und sich als Bauer und Gemeinderat vorgestellt hat. Da habe nicht einmal ein Gespräch stattgefunden, er habe einzig seine Fachfrau angekündigt und gesagt, dass sie sich melden werde. Er hat die Erfahrung gemacht, dass die Tür geöffnet wird, sobald das Wort „Krankenkasse“ fällt.

Im Kanton Thurgau werden säumige Versicherte ebenfalls per Brief eingeladen. In Münsterlingen meldet sich zirka ein Drittel auf das erste Schreiben. Die restlichen versucht man telefonisch zu Hause oder am Arbeitsplatz zu erreichen. Das gelingt in weiteren zirka 20 bis 30 Prozent. Der zweite Brief erfolgt eingeschrieben mit einer Androhung auf eine Strafanzeige, die sich auf die Mitwirkungspflicht gemäss Krankenversicherungsverordnung stützt.

In Weinfelden wird ähnlich verfahren. In einem ersten Brief über die Information des Leistungsaufschubs werden 30 Tage gewährt, um sich bei der Gemeinde zu melden. Im zweiten Brief wird eine weitere Frist von 20 Tagen gewährt. Ist es bis dahin zu keiner Kontaktaufnahme gekommen, wird eine Verfügung mit einer Rechtsmittelfrist von 14 Tagen und einem Verweis auf eine Anzeige ausgestellt. Der Vertreter betont, dass es ihnen fernliege, eine Strafanzeige machen zu wollen. „Die Mitwirkungspflicht ist im Gesetz definiert. Wenn eine Person einer amtlichen Aufforderung nicht Folge leistet, ist das die Grundlage nach Strafgesetzbuch für eine Strafanzeige. Wenn wir etwas androhen und am Schluss nicht vollziehen, wirken wir unglaubwürdig“. Er lasse es jedoch meist gar nicht so weit kommen. Zirka drei Wochen nach Versand des ersten Briefes versucht er, die Personen telefonisch zu kontaktieren. Als sehr wirkungsvolle Methode hat sich die Zustellung einer SMS erwiesen. Oft komme es damit noch am gleichen Tag zu einer Kontaktaufnahme. Seiner Meinung nach ist es wichtig, aufzuzeigen, dass man ernsthaft daran interessiert ist, einen Kontakt herzustellen, um die Angelegenheit zu regeln. „Aktives Case Management heisst wirklich auch, auf die Leute zuzugehen“.

In Rickenbach erfolgt die Strafandrohung mit dem zweiten Brief. Der Gemeindevertreter erachtet es als wichtig, möglichst schnell zu handeln, um weitere Kosten zu verhindern. Zu einer Strafanzeige kam es seines Wissens noch nie. Die für das Case Management zuständige Person fügt an, dass nach einem zweiten Brief nichts mehr unternommen wird. Da bis dahin meist neue Personen mit Ausständen gemeldet werden, ist die Bearbeitung dieser Fälle wichtiger, da es noch nicht zur Ausstellung eines Verlustscheins gekommen ist.

Im Kanton Aargau werden Personen bei der Betreuungsmeldung von der SVA angeschrieben mit dem Vermerk, dass sie sich beim Sozialdienst melden können. „Wir beraten dann, wenn sich jemand bei uns meldet“, sagt der Vertreter aus Aarau. Meistens erfolgt eine Kontaktaufnahme durch die betroffene Person, wenn eine medizinische Behandlung benötigt wird. Erfolgt ein Antrag auf eine Sistierung, werden die Gründe geprüft. In komplexen Fällen erfolgt eine Triage an eine Schuldenberatungsstelle. Die Korrespondenz erfolgt jeweils über die SVA.

6.3.2 Problemeinschätzung

„Mir ist es wichtig, den ganzen Rattenschwanz anzuschauen und nicht nur die Situation mit den Ausständen. Man muss die Gesamtsituation dieser Person verstehen“, sagt der Vertreter aus Weinfelden. Im Erstgespräch geht es darum, festzustellen, wie die Umstände sind und weshalb die Person in diese Situation geraten ist. Es sei wichtig, die Sachlage zu verstehen und auch festzuhalten. Er beurteilt die Problematik als sehr komplex.

Auch in der Stadt Aarau äussert sich der Vertreter zur Komplexität der Thematik und sagt, dass nicht einseitig auf das Problem der Krankenkassenausstände geschaut werden kann. Wenn einseitig Druck gemacht wird, befürchtet er, dass sich die Ausstände in einen anderen Bereich verlagern werden, zum Beispiel bei den Steuern.

Die Lebenslage der Personen mit Ausständen bei der Krankenversicherung wird von praktisch allen Interviewpartnerinnen und -partnern als heterogen bezeichnet. Vom Alter, Geschlecht, sozialen Status, Einkommen oder weiteren Merkmalen her wird die Gruppe als sehr durchmischt beschrieben.

In jenen Gemeinden, die ein aktives Case Management betreiben, sind die Einzelfallkenntnisse grösser. Als typische Umstände für die Nichtbezahlung fälliger Prämien oder Kostenbeteiligungen werden Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Trennung genannt. Auch der Wegfall einer Sozialversicherungsleistung, wie beispielsweise einer IV-Rente, wird als Grund genannt. „Überall dort, wo ein Bruch passiert, einkommenstechnisch oder auch emotionale Brüche“, stellt der Vertreter aus Rickenbach fest.

Alle Vertreterinnen und Vertreter, die in einem Erstgespräch die Situation klären, stellen fest, dass die meisten betroffenen Personen in administrativen Belangen überfordert sind. Diese Überforderung bringt viele Problematiken mit sich. „Es ist ein Teufelskreis, irgendwann öffnen sie nicht einmal mehr die Post“, bemerkt der Vertreter aus Weinfelden. Oft passiert es auch, dass Personen Anspruch auf Prämienverbilligung oder Ergänzungsleistung haben, diesen aber nicht geltend machen. Durchgängig wird beobachtet, dass viele Personen die Steuererklärung nicht ausfüllen, was dazu führen kann, dass der Anspruch auf eine Prämienverbilligung erlischt.

Eine Gruppierung, welche bei den Vertretern der Gemeinden Weinfeld, Rickenbach und Schübelbach hervorgehoben wird, sind Working Poor. Der Vertreter aus Rickenbach bemerkt, dass es bei Personen, die sich zwischen dem Existenzminimum der Sozialhilfe und dem betriebsrechtlichen Existenzminimum bewegen, sehr schwierig ist, überhaupt noch etwas geltend zu machen. Auch der Vertreter der Gemeinde Weinfeld schildert, dass er mit Personen im Gespräch ist, bei denen er sich wundert, wie sie mit ihrem niedrigen Einkommen überhaupt die Grundbedürfnisse decken können.

Neben Personen, die aufgrund ihrer Einkommenssituation Mühe haben, die Prämien zu bezahlen, zeigt sich, dass es auch Personen gibt, die finanziell dazu in der Lage wären. Sie haben jedoch den Überblick verloren oder managen das Budget falsch. Auch wurde schon das Phänomen der Mehrfachversicherung beobachtet. Als weiterer Grund schildert der Vertreter von Schübelbach, dass es Personen gibt, die aufgrund einer Staatsverdrossenheit nicht bezahlen. „Dort müssen wir einfach versuchen, zu überzeugen, dass es nicht der Weg sein kann bis zum Schluss“.

Der Vertreter aus Weinfeld macht die Erfahrung, dass es nur wenig Personen gibt, die nicht bezahlen wollen. „Wenn es fünf Prozent der Betroffenen sind, ist es viel“. Es gibt aber auch jene Personen, die das Ganze nicht so ernst nehmen. Sie sind gesund, fühlen sich fit und sehen nicht ein, wieso sie für etwas bezahlen sollen, was sie nicht brauchen.

Laut dem Vertreter von Weinfeld geht es in einem Erstgespräch neben der Klärung des Sachverhalts auch darum, die Motivation der Person einzuschätzen. Das ist vor allem für die Planung der weiteren Schritte wichtig. Er betont, dass es wichtig ist, in einem Gespräch offen zu sein und transparent zu kommunizieren.

Die Vertreterin aus Münsterlingen macht die Erfahrung, dass die meisten Personen die geforderten Unterlagen nicht mitbringen. Es sei deshalb gerade im Erstgespräch sehr wichtig, alles abzufragen. Auch die Beschaffung von externen Informationen hilft, sich ein ganzheitliches Bild der Situation zu verschaffen. Mittels Vollmachten werden die notwendigen Unterlagen angefordert. Das wird auch in anderen Thurgauer Gemeinden und in Schübelbach auf diese Weise gehandhabt.

6.3.3 Planung

Nach der Einschätzung der Situation und des Sachverhalts geht es in einem weiteren Schritt darum, das weitere Vorgehen zu planen und die Möglichkeiten zu prüfen. Der Vertreter aus Weinfelden betont, dass es wichtig ist, den Personen aufzuzeigen, was im Rahmen eines Case Managements erreicht werden kann und was nicht. Darüber hinaus muss aufgezeigt werden, was in den Verantwortungsbereich der betroffenen Person gehört.

Die Vertreterin aus Münsterlingen schildert das Vorgehen folgendermassen: „Wir sitzen zusammen und schauen, wie hoch die Ausstände sind. (...) Wir prüfen, ob wir die Ausstände übernehmen können, ob Sicherheiten vorhanden sind oder ob ich eine Lohnzession machen kann. Wenn die Ausstände nicht so hoch sind und mir die Person glaubhaft versichern kann, dass sie eine monatliche Rückzahlung mit einem Minimumbetrag von 100.— Franken leistet, sind wir bereit, Ausstände auch ohne Lohnzession zu übernehmen“.

In den Thurgauer Gemeinden werden die Ausstände und das Budget gegenübergestellt und die Möglichkeiten geprüft. Im Falle von Kostenübernahmen müssen säumige Versicherte Schuldanererkennungen und Rückzahlungsvereinbarungen unterzeichnen. Es wird betont, dass es wichtig ist, die Rückzahlungsvereinbarungen gut an die Möglichkeiten der betroffenen Personen anzupassen, damit nicht weitere Schulden generiert werden. Der Vertreter aus Rickenbach erklärt dieses Vorgehen als eine Verlängerung der Zahlungsfrist für die Betroffenen. „Es ist eine Umstrukturierung der Schulden. Anstelle sie es der Krankenkasse schulden, schulden sie es jetzt der Gemeinde“.

Mit der Möglichkeit der Kostenübernahme beabsichtigen die Thurgauer Gemeinden, den Leistungsanspruch wiederherzustellen. Es geht jedoch nicht nur darum, die Fallzahlen zu verkleinern, sondern auch dafür zu sorgen, dass es in Zukunft zu keinen Ausständen mehr kommt. Dazu gehört die Befähigung der betroffenen Person. Eine Vertreterin aus Münsterlingen sagt dazu: „Die Philosophie und der Grundsatzentscheid, der von den Gemeinderäten gefällt wurde, lautet: Jene, die mitmachen, denen wird geholfen“.

In der Gemeinde Schübelbach werden keine Kosten übernommen. In der Planung des weiteren Vorgehens ist es wichtig, zu schauen, welche Ressourcen vorhanden sind, welche im gesamten System noch benötigt werden und wie sie erschlossen werden können.

Dem Vertreter von Schübelbach ist ein gesundes Mass von Fordern und Fördern wichtig. Nur so gelingt es seiner Meinung nach, die Autonomie der betroffenen Personen aufrecht zu erhalten. Es könne auch geschehen, dass sich Personen bei einer vorgeschlagenen Massnahme weigern. „Was einfach auch gut wäre, wenn wir gewisse Leute für eine freiwillige Einkommens- und Vermögensverwaltung bewegen könnten. Auch die wirtschaftliche Sozialhilfe bietet persönliche Hilfe an, aber das nehmen so wenige an“. Diese Entscheidung muss dann so akzeptiert werden.

Der Vertreter aus Weinfeldern erzählt, dass eine Person die Prämien nicht bezahlen konnte, sie es jedoch aufgrund des guten Gesundheitszustandes nicht als notwendig erachtete. In solchen Fällen wird darauf hingewiesen, dass sie sich melden soll, sofern sich der Gesundheitszustand ändert. „Wir lassen niemanden in eine blöde Situation hineinlaufen“.

6.3.4 Vermittlung

Damit eine gute Beziehung zu den betroffenen Personen entstehen kann, erachtet der Vertreter der Gemeinde Weinfeldern es als wichtige Grundlage, den Kontakt aufrecht zu erhalten. Damit kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Die Häufigkeit des Kontaktes hängt vom Einzelfall ab. Die Art und Weise der Kommunikation ist von Bedeutung. Betroffene müssen spüren, dass sie sich jederzeit melden können.

Der Vertreter aus Schübelbach gibt an, dass regelmässig Ansprüche für eine Prämienverbilligung geprüft und beantragt werden. Auch das Ausfüllen einer Steuererklärung gehört zu den üblichen Aufgaben. Die Begleitung geht jedoch weiter, als sich um die Ausstände bei den Versicherern zu kümmern. Wenn beispielweise jemand arbeitslos geworden ist, wird geschaut, ob eine Anmeldung bei der regionalen Arbeitsvermittlung gemacht worden ist. Es werden Möglichkeiten geprüft, wie ein Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gelingen kann. Der Vertreter spricht von einem Familien-Case-Management, bei dem alle Faktoren und Mitglieder berücksichtigt

werden. Das Ziel in Schübelbach ist eine Unterstützung und Hilfestellung in sämtlichen Bereichen. „Wenn wir diesen Leuten jetzt helfen können, dann ist die Chance grösser, dass sie nicht einmal in der Sozialhilfe landen oder den Job verlieren“.

Auch eine Vertreterin aus Münsterlingen erzählt, dass viele Themen aufkommen, die eigentlich in die Beratung der Sozialhilfe gehören. Sie berichten von Beispielen, bei denen mit der ganzen Familie gearbeitet und Massnahmen ergriffen wurden, damit schlussendlich dem ganzen Familiensystem gedient war. „Wir gehen da ganz tief und schauen nicht nur, ob die Krankenkassenprämien bezahlt werden“.

Oft befinden sich Case Managerinnen und Case Manager in den Thurgauer Gemeinden in einer koordinierenden Rolle. Jedoch können nicht alle Aufgaben so koordiniert werden, dass sie durch andere Stellen erfüllt werden können. Wenn jemand beispielsweise die Steuererklärung vorbeibringt, wird diese ausgefüllt. Oft werden auch Lastschriftverfahren oder Daueraufträge eingerichtet.

Wird in einer Beratung festgestellt, dass eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, ist es wichtig, mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde zusammenzuarbeiten und falls notwendig, eine Gefährdungsmeldung zu machen. Das kommt nach Auskunft der Interviewpartnerinnen und -partner selten vor. Auch in anderen Fällen kann eine Zusammenarbeit mit anderen Stellen stattfinden. Dann ist es wichtig, die Aufgaben nach den jeweiligen Kompetenzen gut zu verteilen.

Die Vertreterinnen und Vertreter mit einem aktiven Case Management erklären, dass die Fälle jeweils gut dokumentiert werden. Es sei wichtig, zu sehen, welche Schritte bereits in die Wege geleitet und welche Massnahmen implementiert wurden.

6.3.5 Leistungssteuerung und Monitoring

Einen wichtigen Teil stellt für die Thurgauer Gemeinden die Überprüfung der Rückzahlungen dar. Sie schauen, ob sich die betroffene Person an die Vereinbarung hält und ob die monatlichen Raten pünktlich bezahlt werden. Falls dies nicht der Fall ist, kann die säumige Person durch die Gemeinde betrieben werden. Es muss aber erst geprüft werden, ob das Sinn macht. Die Gemeinden sind in diesem Fall nicht mehr in der zweiten Betreuungsklasse privilegiert, auch wenn es sich um Ausstände bei der

Krankenversicherung handelt. Die Wahrscheinlichkeit, Geld zu bekommen, wird somit als relativ klein eingeschätzt. Als viel bedeutungsvoller wird erachtet, mit den Personen in einem regelmässigen Austausch zu sein und sie darauf hinzuweisen, wenn eine Rate nicht bezahlt wurde. Je nach Situation der betroffenen Person kann die Angelegenheit damit direkt geklärt werden.

In der Gemeinde Rickenbach findet während des ganzen Case Managements selten mehr als ein Gespräch statt. Eine Überprüfung des Falles ist für die Gemeinde dann interessant, wenn sich die Einkommenssituation einer Person verbessert hat und eine Erhöhung der Rate geprüft werden kann.

6.3.6 Abschluss

Der Abschluss eines Falles ist für die Vertreterinnen aus Münsterlingen dann gegeben, wenn alle offenen Forderungen entweder bei den Versicherern oder im Falle einer Rückzahlungsvereinbarung bei der Gemeinde beglichen worden sind. Oft geht eine Unterstützung auch weiter. Es gibt immer wieder Personen, die nach einem abgeschlossenen Case Management die freiwillige Einkommensverwaltung in Anspruch nehmen. Die Falldauer ist sehr unterschiedlich. Generell geht man in Münsterlingen von drei bis sechs Monaten aus.

6.3.7 Bewährung des Unterstützungsprozesses

Laut Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner aus den Thurgauer Gemeinden und aus Schübelbach bewährt sich das Case Management. Messbar ist der Erfolg hauptsächlich darin, dass sich die Fallzahlen deutlich verringern. Der Vertreter von Weinfelden spricht von einer Halbierung der Fälle. Er berichtet, dass die Rückzahlungen der Versicherten ab dem dritten Jahr höher sind als die Beträge, die für neue Inkassofälle ausgegeben wird. Er erachtet ein Case Management für die Gemeinden als attraktiv, weil es sich finanziell lohnt. Ein grosser Erfolgsfaktor ist es für ihn zudem, wenn sich die Personen über die Wichtigkeit der Prämienzahlungen bewusst sind und sich um ausstehende Forderungen kümmern. Die Nachhaltigkeit steht und fällt damit, wie die Case Managerin oder der Case Manager am Fall dranbleibt.

Auch der Vertreter von Schübelbach berichtet von positiven Zahlen. Aus Erfahrung sind rund 80 Prozent der Personen, für die ein Verlustschein ausgestellt wurde, berechtigt, Prämienverbilligung zu beziehen. Wenn für diese Personen ein Antrag gestellt werden kann, reduziert sich der Betrag für die Gemeinde enorm, da die Prämienverbilligungen hauptsächlich durch Bund und Kanton subventioniert werden. Von insgesamt 85 Personen, die durch ein Case Management betreut wurden, konnten 52 IPV-Anträge gestellt und 36 Steuererklärungen ausgefüllt werden. „Ich bin überzeugt, dass dies eine nachhaltige, gute Wirkung hat“, sagt der Vertreter aus Schübelbach.

Der Vertreter der Stadt Aarau kann sich gut vorstellen, dass ein Case Management für Krankenkassenausstände wirkungsvoll sein kann. Er bezweifelt jedoch, dass es im Gesamten etwas bringt. Seiner Meinung nach ist es fraglich, ob mit einem Case Management die Personen in diesem Bereich bevormundet werden, während sie in anderen Bereichen frei entscheiden können, beispielsweise bei einem Konsumkredit.

Bei praktisch allen interviewten Stellen wird vermutet, dass mit einem Krankenkassen-Case-Management weitere soziale Probleme verhindert werden können. Laut den Vertreterinnen der Gemeinde Münsterlingen sind die Rückmeldungen der betroffenen Personen unterschiedlich, jedoch hauptsächlich positiv. Viele seien froh und dankbar, dass sie unterstützt werden. Diese Erfahrung macht auch der Vertreter der Gemeinde Schübelbach.

7 Diskussion der Ergebnisse

Mit allen Interviewpartnerinnen und -partnern konnten spannende und aufschlussreiche Interviews durchgeführt werden. Die Fülle an Antworten auf die jeweiligen Leitfragen fiel aufgrund der jeweiligen Position der interviewten Person unterschiedlich aus. Der Leitfaden konnte nicht an allen Stellen gleichermassen durchgeführt werden, da in einigen Kantonen das Case Management nicht oder noch nicht implementiert worden ist. Die Diskussion aus den qualitativen Forschungsergebnissen erfolgt aus den insgesamt sieben durchgeführten Interviews aus den befragten Kantonen und Gemeinden und ist daher nicht repräsentativ. Nachfolgend werden die relevanten Ergebnisse ausgewertet, interpretiert und mit der Theorie verglichen.

7.1 Politik, Recht und Ethik (Makro)

7.1.1 Das Bundesgesetz auf kantonaler und kommunaler Ebene

Die Ergebnisse der geführten Interviews zeigen, dass sich die Situation in den Kantonen sehr unterschiedlich präsentiert. Damit die einzelnen Aussagen gut verglichen werden können, werden sie nachstehend grafisch dargestellt. Dabei wird der Fokus auf den Zeitpunkt der Meldung des Versicherers über eine Betreibung oder eines Verlustscheins gelegt und anhand der kantonalen und kommunalen Zuständigkeiten gegliedert. Die vier untersuchten Kantone werden zusammengefasst und in reduzierter Form auf den folgenden Seiten dargestellt.

Kanton Zug

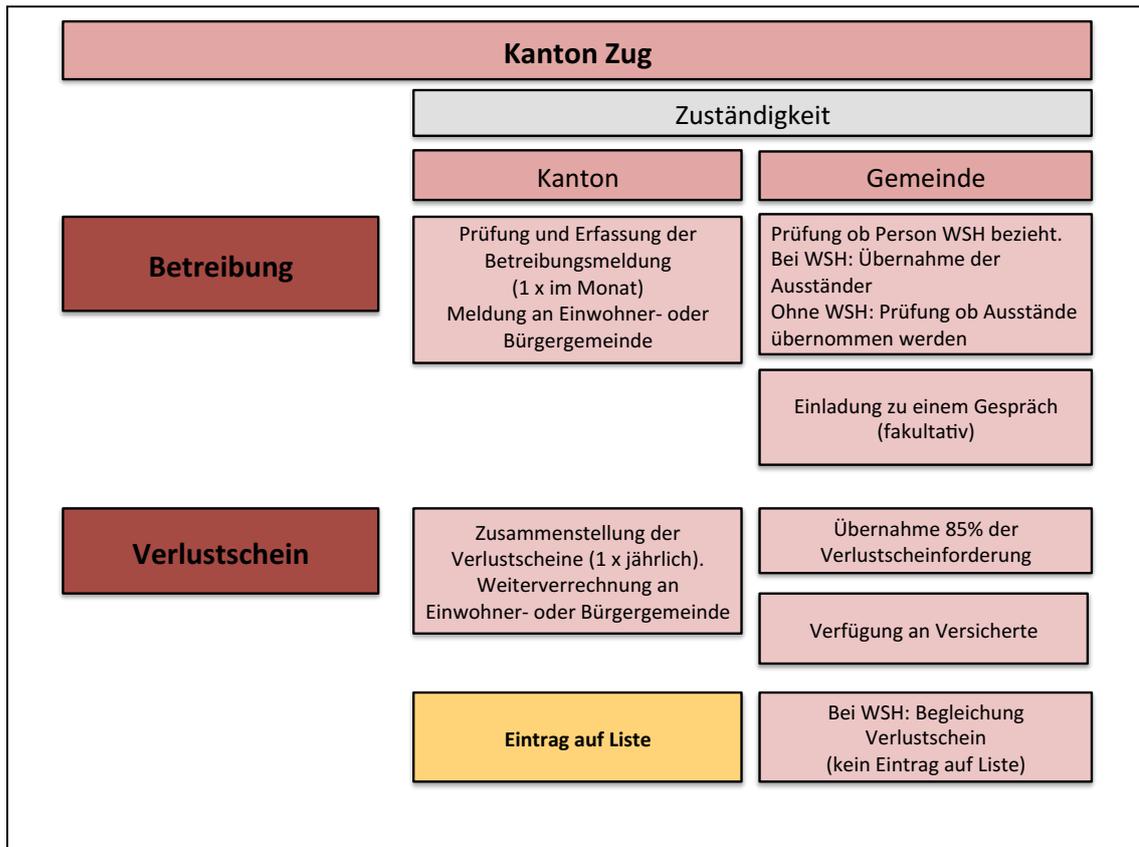


Abbildung 15: Übersicht der Umsetzung im Kanton Zug (eigene Darstellung)

Im Kanton Zug werden Personen mit Ausständen erst bei der Meldung über einen Verlustschein auf die Liste gesetzt. In anderen Kantonen erfolgt der Eintrag bereits ab der Betreuungsmeldung. Auch wenn den säumigen Versicherten durch dieses Verfahren eine längere Zahlungsfrist gewährt wird, steht dies in Konflikt mit dem Willen des Gesetzgebers, der einen Leistungsaufschub für unwillige Personen vorsieht (vgl. Kapitel 3.1). Der Verlustschein hingegen beweist die momentane Zahlungsunfähigkeit (vgl. Kapitel 3.4). Für den Kanton respektive die Gemeinde bedeutet dies, dass je nach Gläubigergruppe und Höhe der Ausstände keine Lohnpfändung möglich ist und die Forderung bestehen bleibt. Die Folge für die betroffene Person ist ein Leistungsaufschub, der so lange besteht, bis die Forderung komplett beglichen worden ist. Falls das nicht über eigene Mittel geschehen kann und die Person aufgrund der finanziellen Situation wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen muss, werden sämtliche Ausstände von der Gemeinde übernommen. Bei Personen, die bereits wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen werden fällige Kosten bereits bei der

Betreibungsmeldung übernommen. Damit kommt es nicht zu einer Ausstellung eines Verlustscheins, was letztlich wieder dem Gemeindebudget zugute kommt.

Säumige Versicherte werden bereits bei der Einleitung der Betreuung angeschrieben und auf die Folgen aufmerksam gemacht. Bei der Zustellung der Verfügung mit rechtlichem Gehör hätten sie eine weitere Möglichkeit, sich beim Sozialdienst zu melden und ihre Situation darzulegen. Die Rückmeldungen sind jedoch sehr spärlich. Meist meldet sich eine Person erst dann, wenn eine medizinische Behandlung ansteht. Im Verfahren von der Betreuung bis zur Ausstellung des Verlustscheins werden nach Aussage der Kantonsvertreterin rund drei Viertel der Forderungen beglichen. Durch den Abzug der von der WSH übernommenen Verlustscheine kann die Zahl der jährlichen Verlustscheine, die an die Gemeinden verrechnet werden, weiter reduziert werden. Aus dieser Sicht erscheint dieses Vorgehen als eine gute Lösung, da der administrative Aufwand reduziert werden kann und dem Versicherten eine längere Zahlungsfrist gewährt wird.

Kanton Aargau

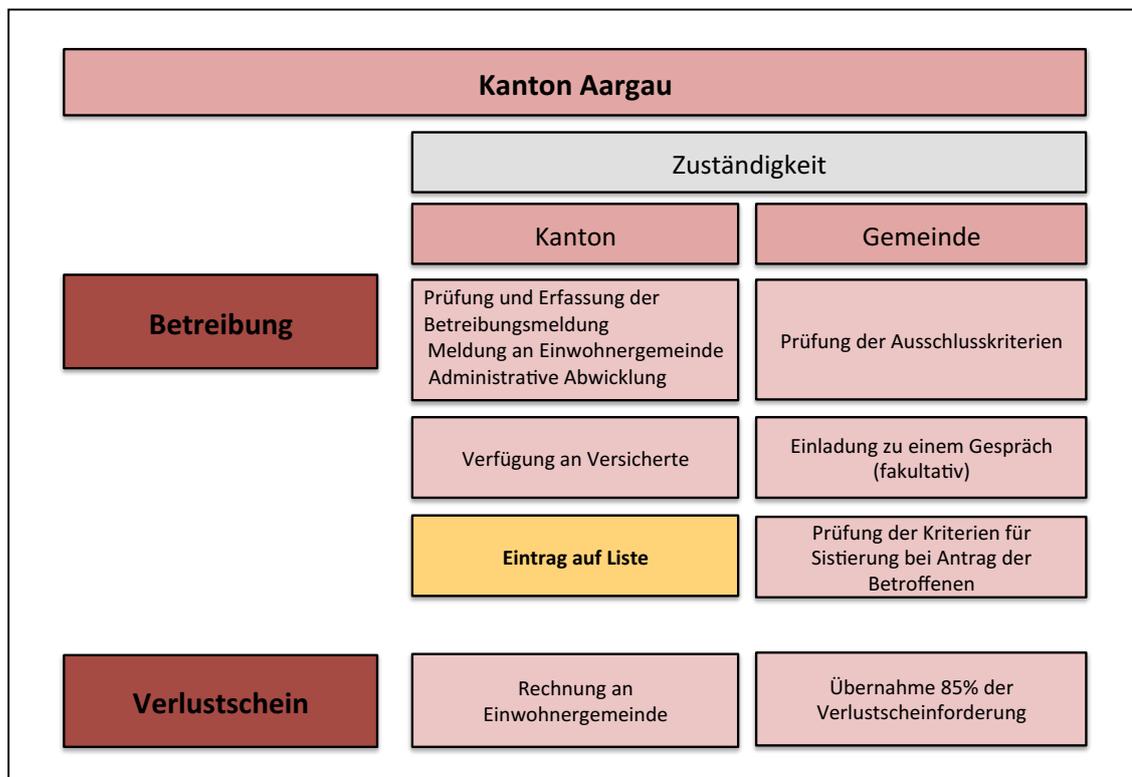


Abbildung 16: Übersicht der Umsetzung im Kanton Aargau (eigene Darstellung)

Der Kanton Aargau setzt auf ein anderes Konzept. Dort werden Personen bereits mit der Betreuungsmeldung und nach Ablauf der Karenzfrist von 30 Tagen oder bei Verlängerung durch die Gemeinde von 60 Tagen mit einem Leistungsaufschub belegt. Nach Rechtsprechung des kantonalen Gerichts in Luzern ist beim Zeitpunkt der Betreuung noch nicht belegt, ob eine Zahlung aus Gründen der Unwilligkeit oder Unfähigkeit ausgeblieben ist (vgl. Kapitel 3.4). Anhand von Ausschlusskriterien wird versucht, zahlungsunfähige Personen von einem Listeneintrag zu befreien. Die Prüfung der Ausschlusskriterien obliegt der Verantwortung der jeweiligen Wohngemeinde. Diese prüft anhand von Steuerveranlagungen und Betreuungsauszügen die finanzielle Situation der Versicherten. Ob diese Prüfung in den einzelnen Gemeinden gewissenhaft und sorgfältig durchgeführt wird, lässt sich aus dem einen geführten Interview nicht ableiten. In Aarau erfolgt eine Prüfung meist nur dann, wenn es darum geht, herauszufinden, ob die betroffene Person wirtschaftliche Sozialhilfe bezieht. In diesem Fall erfolgt kein Listeneintrag. Auch wenn mit den Ausschlusskriterien versucht wird, einen Listeneintrag möglichst sozialverträglich zu machen, ist es fraglich, ob sich dennoch nicht zahlungsunfähige Personen auf der Liste befinden. Wie aufgezeigt, füllen viele Personen keine Steuererklärung aus. Zudem ist es ein verbreitetes Phänomen, dass kein Antrag auf IPV oder WSH gestellt wird, obwohl eine Person anspruchsberechtigt wäre (vgl. Kapitel 3.4). Kinder und Jugendliche sind von einem Listeneintrag ausgeschlossen, da sie als zahlungsunfähig gelten. In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass es auch im Alter von 19 Jahren schwierig oder unmöglich ist, die eventuell über Jahre angehäuften Forderungen zu begleichen. Ist ein Jugendlicher in diesem Alter verschuldet, kann sich das für den Übergang ins Erwachsenenleben als erschwerend erweisen.

Einladungen an die Betroffenen zu einem Gespräch haben kaum zu Rückmeldungen geführt. Dennoch ist eine Abklärung des Sachverhalts ohne persönlichen Kontakt sehr schwierig. Gründe, die für eine Nichtaufnahme auf die Liste sprechen, wie eine chronische oder ansteckende Erkrankung oder eine Nichtbehandlung, die zu einer lebensbedrohlichen Situation führen kann, sind in dieser Zeit auf Gemeindeebene zu eruieren. Andernfalls besteht die Gefahr, dass eine besonders verletzte Personengruppe von einem vollumfänglichen Versicherungsschutz ausgeschlossen wird. Es kann sich zudem als schwierig erweisen, chronische, ansteckende oder lebensgefährliche Krankheiten hinreichend zu definieren. Ähnlich wie beim

Notfallbegriff kann dies zu Unklarheiten führen und eine Ungleichbehandlung nach sich ziehen (vgl. Kapitel 3.5). Die Ausführungen im Interview hinsichtlich Sistierungsanträgen zeigen auf, dass diese restriktiv gehandhabt werden. Das bedeutet, dass im Kanton Aargau eine Person auf der Liste nur schwierig wieder davon wegkommt. Umso wichtiger erscheint es deshalb, eine sorgfältige Prüfung des Sachverhalts vorzunehmen, bevor ein Eintrag erfolgt.

Kanton Thurgau

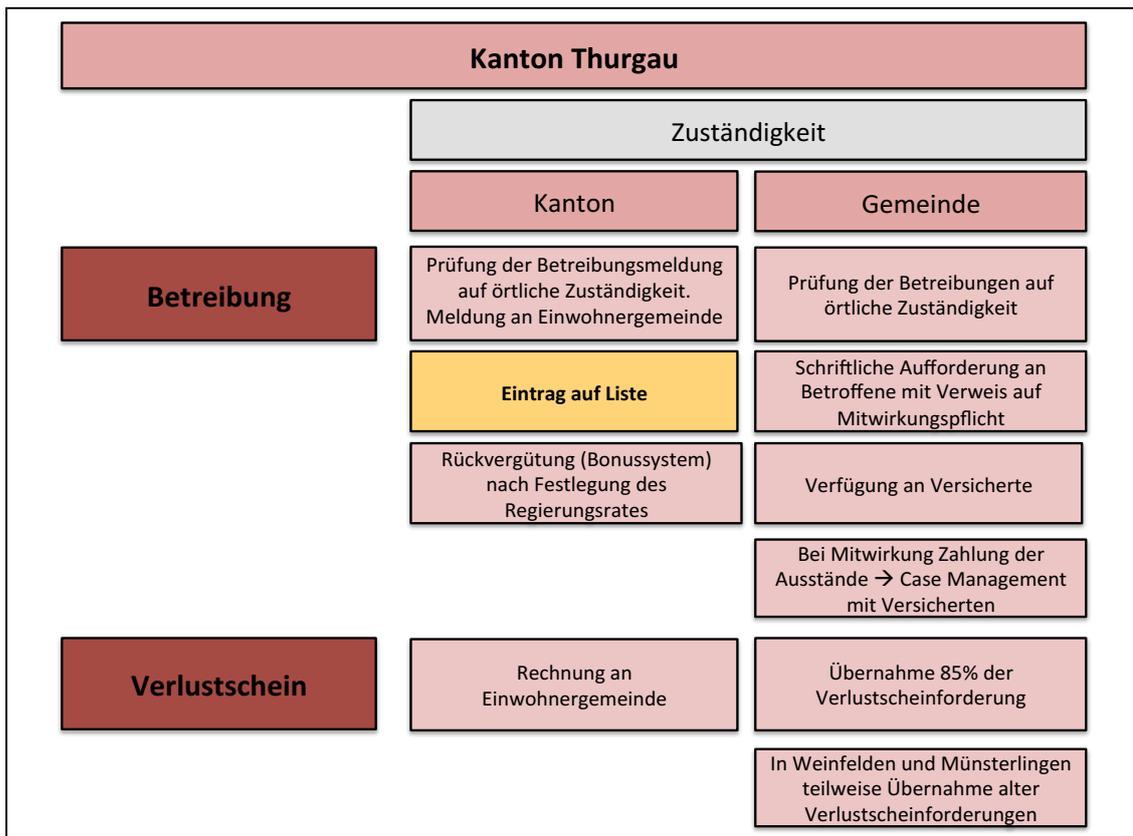


Abbildung 17: Übersicht der Umsetzung im Kanton Thurgau (eigene Darstellung)

Im Kanton Thurgau werden Personen mit Ausständen wie im Kanton Aargau ab Meldung der Betreibung auf die Liste gesetzt. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass die Gemeinde bereits zu diesem Zeitpunkt Bemühungen unternimmt, mit den betroffenen Personen in Kontakt zu treten. Dies geschieht durch mehrere Anschreiben, manchmal auch mit unkonventionellen Methoden und mit der Aufforderung der Mitwirkungspflicht. Das Case Management setzt im Kanton Thurgau sehr früh ein.

Mit dem Ziel, den Versicherungsschutz für säumige Versicherte möglichst schnell wieder herzustellen, sind die Gemeinden gemäss kantonalen Bestimmungen befugt, fällige Kosten zu übernehmen und mit den Versicherten Rückzahlungsvereinbarungen zu treffen. Damit wird den Versicherten ein zinsloses Darlehen gewährt.

Auch wenn dieses System für die Gemeinden eine finanzielle Belastung darstellt, können damit Verluſtscheine verhindert werden. Zudem werden die Forderungen durch zusätzliche Gebühren und Zinsen für die Fortsetzung einer Betreuung nicht weiter erhöht. Durch das kantonale Bonussystem aus den Mitteln der Prämienverbilligung werden die Gemeinden zusätzlich finanziell entlastet. Insgesamt scheint sich dieses Vorgehen finanziell zu lohnen, da Verluſtscheine und damit die Mitfinanzierung durch die Gemeinden reduziert werden.

Kanton Schwyz

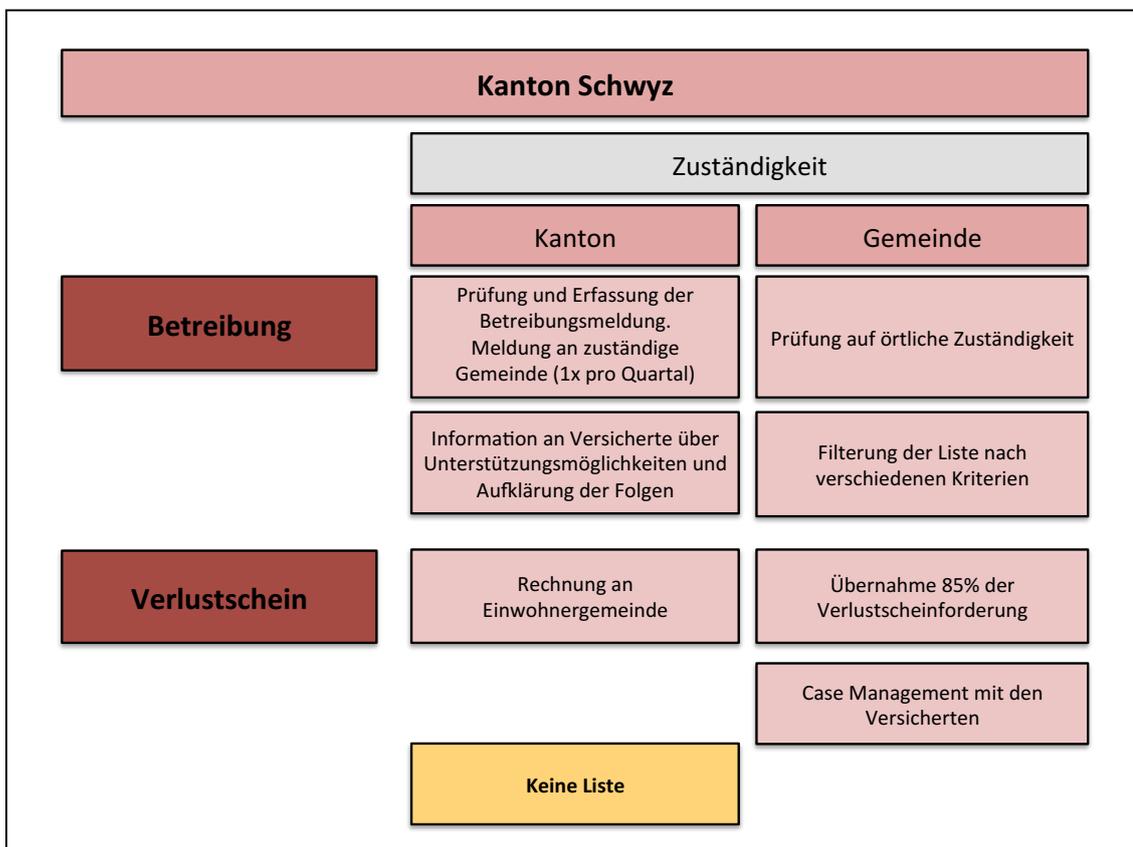


Abbildung 18: Übersicht der Umsetzung im Kanton Schwyz (eigene Darstellung)

Der Kanton Schwyz ist unter den untersuchten Kantonen der einzige Kanton, der die Liste nicht eingeführt hat. Trotzdem wird in der Gemeinde Schübelbach ein aktives Case Management betrieben. Es wird dort angesetzt, wo die Ausstände am grössten sind und kein Geld mehr über das Betreibungsverfahren eingetrieben werden kann. Da ein Versicherungsschutz jederzeit gewährleistet ist, entsteht für Personen mit Ausständen keine benachteiligte Situation.

Bezogen auf die kantonalen und kommunalen Zuständigkeiten sind ausser im Kanton Aargau die jeweiligen Einwohner- oder Bürgergemeinden für die Kommunikation mit den Versicherten zuständig. Sie übernehmen sowohl die Anschreiben mit der Information zur Unterstützung als auch die rechtliche Verfügung. Im Kanton Aargau übernimmt die gesamte Kommunikation die Durchführungsstelle.

Ob durch die Übernahme von 85 Prozent der Verlustscheinforderung durch die Kantone oder Gemeinden die Versicherer als Gewinner hervorgehen, kann von den Autorinnen nicht beurteilt werden, da keine Kenntnisse darüber vorliegen, in welchem finanziellen Rahmen sich das Inkassoverfahren und die Verlustscheinbewirtschaftung durch die Versicherer bewegt.

7.1.2 Krankenkassenausstände im Schuldbetreibung- und Konkursgesetz

Die Prämien der Krankenversicherung sind in der zweiten Klasse privilegiert. Da es sich um eine obligatorische Versicherung handelt, kann aufgrund dieser Eigenschaft eine Privilegierung in der ersten Klasse in Betracht gezogen werden. Damit wären Prämienausstände unter anderem gleichgesetzt wie Beiträge an die persönliche Vorsorge oder Alimente. Könnte auf Bundesebene diese gesetzliche Änderung vorgenommen werden, ist davon auszugehen, dass es zu weniger Verlustscheinen für Ausstände bei der Krankenversicherung kommen wird. Das würde Kantone respektive Gemeinden finanziell entlasten. Der Vorschlag, dass im Rahmen eines Pfändungsverfahrens die laufenden Prämien direkt vom Betreibungsamt bezahlt werden, ist ebenfalls zu begrüßen. So könnten weitere Ausstände verhindert werden. Für die Versicherten würde dies bedeuten, dass die monatlichen Prämien in das betreibungsrechtliche Existenzminimum eingerechnet werden (vgl. Kapitel 6.1.2).

7.1.3 Politische Diskussion zur Implementierung des Case Managements

Der Bund überlässt den Kantonen einen weitgehenden Spielraum in der Umsetzung des Gesetzes. Auch wenn die Kantone grundsätzlich in ihrem Verantwortungsbereich nicht eingeschränkt werden sollen, sind durch den föderalistischen Vollzug grosse Unterschiede zu verzeichnen. Eine Ungleichbehandlung von Personen mit Ausständen bei den Krankenkassen ist die Folge davon.

7.1.4 Datenschutz

Die Interviewpartnerinnen und -partner geben an, dass durch die Arbeit der Datenschutz tangiert wird. Ihnen wird der Zugriff zu Daten der Einwohnerkontrolle gewährt. Die Grundlagen über die Meldungen der Ausstände von den Versicherern sind in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen geregelt. Für die Zusammenarbeit mit anderen Stellen wird eine Vollmacht von den versicherten Personen eingeholt. In Schwyz können bei der Ausgleichskasse keine Sammelanfragen getätigt werden. Dies erschwert die Arbeit und ist mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Wie dies in den anderen Kantonen gehandhabt wird, kam in den Interviews nicht zur Sprache.

Das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) vom 19. Juni 1992 SR 235.1 legt in Art. 3 fest, dass Daten über die Gesundheit besonders schützenswerte Personendaten darstellen. Nach Art. 4 Abs. 5 DSG ist es bei der Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten erforderlich, die Person angemessen zu informieren. Eine Einwilligung ist erst dann gültig, wenn sie von der Person freiwillig erfolgt. Diesen Grundsätzen ist unbedingt Rechnung zu tragen.

7.1.5 Ethische Haltung zur Liste

Die Aussagen der interviewten Personen über ethische Aspekte bezogen sich hauptsächlich auf die Beschränkung auf eine Notfallbehandlung und das Fehlen einer Definition des Notfallbegriffs (vgl. Kapitel 3.5). Zwei der interviewten Personen erachten die Liste als repressiv. Mit der Umsetzung der Liste wird Druck aufgebaut, der sich einseitig nur auf Krankenkassen-Ausstände bezieht.

7.2 Vernetzung und Organisation (Meso)

7.2.1 Zusammenarbeit im Kanton und mit anderen Organisationen

Für die Implementierung eines guten Case Managements erachten es die Gemeinden als wichtig, dass das Care Management eine wichtige Grundlage bildet. Sie lehnen sich damit an die Vorstellung von Monzer an (vgl. Kapitel 4.2.2). Regional haben die Thurgauer Gemeinden im Rahmen des Care Managements eine Erfahrungsgruppe gegründet, durch welche ein professioneller Austausch gewährleistet wird. Damit wird ein Beitrag zur Kontinuität geleistet. Weiter werden von den Vertretenden in Münsterlingen und Weinfelden Schulungen und Weiterbildungen für jene Gemeinden organisiert, die das Case Management implementieren wollen. In Schübelbach finden jährliche Treffen statt, bei welchen Professionelle aus dem sozialen Bereich Rahmenbedingungen und den Informationsaustausch festlegen. Für die Durchführung eines guten Case Managements empfiehlt Monzer, nicht einseitig auf das Individuum zu achten, sondern alle beteiligten Strukturen miteinzubeziehen (vgl. Kapitel 4.4). Indem die Thurgauer Gemeinden eng mit dem Amt für Gesundheit zusammenarbeiten und sich jederzeit mit Fragen an diese Stelle wenden können, wird dieser Empfehlung Folge geleistet (vgl. Kapitel 6.2.1).

Um die Zusammenarbeit mit den involvierten Stellen zu koordinieren und sicherzustellen, dass für alle ein Zugang zu wichtigen Informationen besteht, erachtet es Löcherbach als wichtig, Regeln und Standards für den Austausch festzulegen (vgl. Kapitel 4.5.4). In Münsterlingen gelten mit der örtlichen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde solche Standards. Bei einer Gefährdungsmeldung durch das Kompetenzzentrum wird deren Meinung im Abklärungsprozess miteinbezogen. Die Aussagen aus den anderen Gemeinden verdeutlichen, dass die Zusammenarbeit mit den Versicherern und den Betreibungsämtern sowie den sozialen Diensten als sehr wichtig erachtet wird.

7.2.2 Personelle und finanzielle Ressourcen

Bezogen auf die Qualifikation, über die eine Fachkraft im Case Management verfügen sollte, sind sich die befragten Vertreterinnen und Vertreter einig (vgl. Kapitel 6.2.2).

Zusammenfassend wird von der fallführenden Person eine gute Mischung aus Struktur und Flexibilität erwartet. Neben einer systemischen Denkweise muss eine strukturierte Handlungsweise in die Arbeit miteinfließen. Monzer beschreibt das Arbeiten nach einem mehrschichtigen und stufenweisen Vorgehen als eine der wichtigsten Grundlage im Case Management (vgl. Kapitel 4.1).

Die Aussagen über die erforderlichen Stellenprozente für ein Case Management gehen auseinander. Einig sind sich die Befragten diesbezüglich, dass es schwierig ist, Stellenprozente in der jeweiligen Organisation zu erhöhen. Dies obwohl in den Thurgauer Gemeinden deutlich wird, dass sich das Case Management finanziell lohnt.

7.3 Unterstützungsprozess (Mikro)

7.3.1 Zugangseröffnung

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass vor einer Kontaktaufnahme meist keine spezifische Selektion von potentiellen Klientinnen und Klienten stattfindet. Es werden diejenigen Personen angeschrieben, die von der Ausführungsstelle gemeldet werden. Gemäss Fachliteratur ist es sinnvoll, im Vorfeld jene Fälle zu eruieren, die von einem Case Management profitieren können (vgl. Kapitel 4.5.1). Wenn in den Kantonen Thurgau und Schwyz eine Person der Gemeinde gemeldet wird, wird im Rahmen des Case Managements davon ausgegangen, dass aufgrund der Ausstände der Bedarf für ein Case Management gegeben ist. Eine zuweisende Stelle gibt es in diesem Fall nicht. Da die Gemeinden 85 Prozent der Verlustscheinforderungen tragen, besteht ein Interesse daran, dass aus den laufenden Betreibungen kein Verlustschein entsteht oder dass die betroffene Person die Ausstände begleichen kann (vgl. Kapitel 2.7). Das Initiieren eines Case Managements geschieht somit in erster Linie im Interesse der Gemeinde. Case Managerinnen und Case Manager befinden sich dabei in einer Gate-Keeper-Funktion (vgl. Kapitel 4.6.3). Die Rückmeldungen nach einem Anschreiben sind erfahrungsgemäss in allen befragten Kantonen schlecht. Im Kanton Thurgau und im Kanton Schwyz hat man deshalb die Strategie geändert. Mit einer Androhung auf eine Strafanzeige geht man im Kanton Thurgau noch einen Schritt weiter. Auch wenn damit

nicht mehr von einer freiwilligen Teilnahme ausgegangen werden kann, wird eine Unterstützung für Personen mit Ausständen beim Krankenversicherer als sehr wichtig erachtet, da ein Leistungsaufschub in einem Krankheitsfall schlimme Folgen haben kann (vgl. Kapitel 4.5.1).

Abschliessend wird festgestellt, dass sich ein proaktiver und niederschwelliger Zugang als erfolgreich erweist.

7.3.2 Problemeinschätzung

Die Befragung der Problemeinschätzung verfolgt das Ziel, herauszufinden, welche Personen ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommen und was mögliche Gründe dafür sein könnten.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass es sich um eine bunte Mischung handelt. In jenen Gemeinden, die ein aktives Case Management verfolgen, wird die Erfahrung gemacht, dass selten Personen begegnet wird, die nicht bezahlen wollen. Umso mehr ist eine aktive Unterstützung notwendig. Gestützt auf die Ergebnisse zeigt sich, dass es sich oft um Personen handelt, die sich knapp an der Sozialhilfegrenze bewegen. Sie gehen zwar einer Tätigkeit nach, sind aber mit dem bescheidenen Budget kaum in der Lage, die monatlichen Prämien zu bezahlen. Für die sogenannten Working Poor ist die Belastung des Haushaltsbudgets durch die Prämien eine grosse Hürde (vgl. Kapitel 3.4).

Es kann beobachtet werden, dass die Problemlagen der betroffenen Personen multifaktoriell sind. Gründe dafür werden in einem Bruch einer Lebenssituation gesehen. Der Auslöser kann eine Scheidung, eine eintretende Arbeitslosigkeit oder auch eine Krankheit sein. Es gibt viele Gründe, wieso eine Person den Überblick verliert und in seiner Situation überfordert ist. Diese Brüche führen nach den gemachten Aussagen zu einem Teufelskreis.

Löcherbach weist darauf hin, dass eine Bedarfsabklärung direkt mit der betroffenen Person durchgeführt werden soll, wenn diese psychisch und geistig dazu fähig ist. Je nach Situation muss in einem Gespräch spezifischer geprüft werden, ob die betroffene Person den Inhalt des Gesprächs und die gesamte Thematik nachvollziehen kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich bei den betroffenen Personen selten um Zahlungsunwillige handelt. Dies stellt ein grundlegendes Problem dar, wenn es nach dem Willen des Gesetzgebers geht, zahlungsunwillige Personen zu sanktionieren. Bei Personen, die aufgrund ihrer finanziellen Situation die Prämien bezahlen können, wird beobachtet, dass diese meistens in administrativen Belangen überlastet sind oder eine schlechte Budgetplanung aufweisen. In diesen Fällen ist es wichtig, unvoreingenommen und vorwurfslos auf die Person einzugehen und ihr die Wichtigkeit der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen und auf den Solidaritätsgedanken aufmerksam zu machen.

Nach Löcherbach erfolgt eine Problemeinschätzung generell über mehrere Gespräche (vgl. Kapitel 4.5.2). Die Vertreterinnen und Vertreter der Gemeinden Weinfelden, Münsterlingen und Schübelbach legen grossen Wert auf eine ganzheitliche Einschätzung und wissen, dass dies ein hoher Zeitaufwand bedeuten kann.

In der Gemeinde Rickenbach wird das gesamte Case Management meist in einem einzigen Gespräch abgewickelt. Grund dafür sind fehlende personelle Ressourcen. Es stellt sich die Frage, ob es in einem Gespräch möglich ist, die Situation einzuschätzen, die Auftrags- und Rollenklärung zu machen und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in einem zeitlich beschränkten Case Management nicht ein optimales Unterstützungsangebot initiiert werden kann. Eher sind Lücken oder Überlappungen von Ressourcen und damit ein ineffizienter Ressourceneinsatz zu erwarten (vgl. Kapitel 4.4). Die fallführende Person bewegt sich in Rickenbach eher in der Broker-Funktion (vgl. Kapitel 4.6.2).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Helferkonferenzen nicht aktiv initiiert werden und daher nur vereinzelt stattfinden. Ein Kontakt mit einer anderen Fachstelle erfolgt meistens mit dem Ziel, Informationen zu beschaffen.

Auf die Motivation der betroffenen Personen wird im Kanton Thurgau viel Wert gelegt. Auch wenn zu Beginn die Mitwirkungspflicht eingefordert wird, zeigen die Ergebnisse, dass während der aktiven Case Management-Phase auf den Willen und die Wünsche der betroffenen Person eingegangen und auf gemeinsam gefällte Lösungsansätze Wert gelegt wird (vgl. Kapitel 6.3.2).

7.3.3 Planung

Eine systematische Planung verhindert, dass voreilige Entscheidungen getroffen werden (vgl. Kapitel 4.5.3). Die Thurgauer Gemeinden sind sich einig, dass mit den betroffenen Personen Möglichkeiten, Ziele und Wünsche geklärt werden müssen. Dies geschieht, indem ihnen aufgezeigt wird, unter welchen Voraussetzungen eine Kostenübernahme erfolgen kann. Während der Vertreter von Rickenbach von einer Umstrukturierung der Schulden spricht, gehen die Vertreterinnen aus Münsterlingen von einer anderen Grundidee aus. Im Zentrum dieses Vorgehens stehen die Verringerung von Fallzahlen und die Befähigung der betroffenen Personen, damit erneute Ausstände verhindert werden können.

Anhand der unterzeichneten Schuldanerkenntnisse und Rückzahlungsvereinbarungen wird die Dokumentation und Information in der Planungsphase transparent gestaltet.

Neuffer (2009) betont, dass davon ausgegangen werden muss, dass betroffene Personen ihre Rechte und Pflichten nicht kennen oder nicht wissen, wie sie diese geltend machen können. Da in Schübelbach die laufenden Forderungen nicht übernommen werden, fokussiert sich die Planung darauf, wie das Ressourcensystem aufgebaut werden kann. Dort, wo Lücken bestehen, wird geplant, wie die notwendigen Ressourcen erschlossen werden können. Das geschieht meistens dadurch, dass Steuererklärungen ausgefüllt und IPV-Anträge gestellt werden. Die fallführende Person nimmt hier die Advocacy-Funktion ein (vgl. Kapitel 4.6.1). Ist eine Person mit dem vorgeschlagenen Vorgehen nicht einverstanden, muss die Autonomie der betroffenen Person bewahrt werden. In Weinfeldern geschieht das beispielsweise, wenn eine Person keine Unterstützung wünscht. In diesem Fall wird die betroffene Person auf die Folgen des Zahlungsverzugs und den Leistungsaufschub aufmerksam gemacht. Zudem wird darauf hingewiesen, dass bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine Unterstützung jederzeit möglich ist.

7.3.4 Vermittlung

Damit eine Zusammenarbeit zwischen der betroffenen Person und dem Case Management stattfinden kann, muss die Aufrechterhaltung des Kontaktes gewährleistet sein. Für Löcherbach liegt es in der Verantwortung der fallführenden Person, dass der Kontakt erhalten bleibt (vgl. Kapitel 4.5.4). Auch dann, wenn ein

Kontaktabbruch von Seiten der betroffenen Person ausgeht. In Weinfelden wird die Zusammenarbeit als wichtige Grundlage für die weitere Zusammenarbeit gesehen. Es wird darauf geachtet, dass die betroffene Person spürt, dass sich jemand ihrer Situation annimmt und eine Hilfestellung bietet. Die Häufigkeit der Beratungen wird jeweils dem Einzelfall angepasst.

In allen Gemeinden, die ein aktives Case Management betreiben, wird das Unterstützungsangebot ergänzt, indem Steuererklärungen ausgefüllt, Anträge auf Prämienverbilligung gestellt oder Lastschriftverfahren eingerichtet werden. Diese Aufgaben werden nicht durch eine Ressourcenerschliessung erfüllt, sondern sind direkter Bestandteil des Case Managements. Ein Linking findet demnach nicht statt (vgl. Kapitel 4.5.4). Durch die Erledigung von dringenden Aufgaben wird der Zugang zu diesem Versorgungssystem geschaffen. Die fallführende Person nimmt die Funktion im Rahmen des Social Supports wahr (vgl. Kapitel 4.6.4).

Die Ergebnisse aus Schwyz und Münsterlingen zeigen, dass während der Case Management-Phase viele neue Themenbereiche auftauchen. Gemäss den geschilderten Aufgaben ist davon auszugehen, dass sich das Case Management in allen vier Funktionen bewegt (vgl. Kapitel 4.6). Je nach Situation und Fall nimmt die fallführende Person eine andere Funktion wahr. Es kann geschehen, dass beispielsweise bei einer Gefährdungsmeldung gegen den Willen der betroffenen Person gehandelt werden muss.

7.3.5 Leistungssteuerung und Monitoring

In den Thurgauer Gemeinden geschieht ein Grossteil des Monitorings durch die Überprüfung der Ratenzahlungen. Das deckt sich mit der Beschreibung von Löcherbach, der ein Monitoring als Überprüfung der Einhaltung von Massnahmen beschreibt (vgl. Kapitel 4.5.5). Dieser Schritt wird insofern als wichtig erachtet, damit frühzeitig interveniert werden kann, falls Vereinbarungen nicht eingehalten werden. In solchen Fällen wird im Rahmen der Fallsteuerung überprüft, wieso die Vereinbarung nicht eingehalten wurde und ob allenfalls Änderungen vereinbart werden müssen. Während Weinfelden und Münsterlingen in der Phase des Monitorings auch überprüfen, ob die laufenden Prämien beglichen werden oder der Kontakt zu den vermittelten Diensten bestehen bleibt, beschränkt sich das Monitoring in Rickenbach auf die Überprüfung der

Ratenzahlungen. Weitere Gespräche und eine weitere Begleitung finden selten statt. Zur Kontaktaufnahme kann es kommen, wenn das Interesse besteht, die Ratenzahlungen aufgrund einer veränderten Lebenssituation zu erhöhen.

7.3.6 Abschluss

Meist ist der Fall dann abgeschlossen, wenn alle offenen Forderungen beglichen sind. Eine Nachversorgung wie sie Löcherbach beschreibt, findet in Münsterlingen oft in Form einer freiwilligen Einkommensverwaltung statt (vgl. Kapitel 4.5.6).

Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass ein systemischer Fallabschluss im Rahmen einer Überprüfung des Prozesses sowie der Zielerreichung nicht durchgeführt wird. Das entspricht der Aussage von Löcherbach, dass die Evaluation in der Praxis oft weiterentwickelt werden muss (vgl. Kapitel 4.5.6).

7.3.7 Bewährung des Unterstützungsprozesses

Die Aussagen aus den Gemeinden mit einem aktiven Case Management zeigen, dass sich dieses als lohnenswert erweist. Die Fallzahlen haben sich in allen Gemeinden deutlich verringert. Ein positiver Effekt ist zudem in Weinfelden ersichtlich, weil dort die Beiträge durch die Gemeinde für Kostenübernahmen tiefer sind als die Rückzahlungen von den Versicherten. Damit kann eine positive nachhaltige Wirkung aufgezeigt werden. Indem sozialversicherungsrechtliche Ansprüche geltend gemacht werden können, wird ebenfalls eine nachhaltige Wirkung erreicht.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass davon ausgegangen werden kann, mit einem aktiven Case Management weitere soziale Probleme zu verhindern.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse des Case Managements wurde bisher in keiner der befragten Organisationen vorgenommen. Die Wirkung zeigt sich vermutlich erst in einigen Jahren.

8 Schlussfolgerungen und Ausblick

In diesem letzten Kapitel werden die Fragen der Arbeit aus der Theorie und Forschung zusammenfassend beantwortet. Es folgen Handlungsempfehlungen für den Beruf und weiterführende Fragen werden aufgezeigt. Der Schluss der Arbeit bildet die persönliche Stellungnahme der Autorinnen.

8.1 Beantwortung der Fragestellungen

In Kapitel 1.4 wurden die Fragen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, formuliert. Diese wurden in den einzelnen Kapiteln mit der Darstellung der theoretischen Bezüge und dem Vergleich der Forschung beantwortet. Sie werden hier in zusammengefasster Form noch einmal wiedergegeben:

Theoriefrage 1:

Wie wirkt sich die Revision des Art. 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen aus?

Diese Frage wird in Kapitel 2 und 3 beantwortet. Es zeigt sich, dass es dem Gesetzgeber noch nicht hinreichend gelungen ist, eine Lösung für die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen herbeizuführen. Auch mit den Mitteln der Mitfinanzierung durch Kanton oder Gemeinde als auch der Führung einer Liste, sind steigende Fallzahlen zu verzeichnen. Durch die Ausgestaltung des Bundesgesetzes wird den Kantonen ein grosser Spielraum bei der Umsetzung gewährt. Das führt zu einem föderalistischen Vollzug und zu einer Ungleichbehandlung von Personen. Die Prämien der Krankenversicherung steigen jährlich an, im Gegenzug werden die Prämienverbilligungen immer restriktiver gehandhabt. Mit einer hohen Belastung des Haushaltsbudgets sind besonders Erwerbstätige mit einem geringen Einkommen betroffen. Häufig ist es denn auch diese Personengruppe, welche Ausstände bei den Prämien der OKP haben. In den Listenkantonen verfügen diese nur noch über einen Versicherungsschutz, wenn es sich um einen Notfall handelt. Eine andere weit verbreitete Personengruppe auf den Listen sind chronisch Erkrankte. In der Gesetzgebung wurde es unterlassen, den medizinischen Notfallbegriff zu definieren. Dies führt zu weiteren Ungleichbehandlungen sowie moralischen Dilemmata. Mit der Einschränkung einer umfassenden Gesundheitsversorgung werden die Idee des

Obligatoriums und das Recht auf ein Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit untergraben.

Theoriefrage 2:

Welchen Rahmenbedingungen und Standards liegt das Konzept Case Management in der Sozialen Arbeit zugrunde?

Hinter dem Begriff Case Management steckt ein komplexes Handlungskonzept. Im Kapitel 4 wurde auf die wichtigsten Grundlagen und Aufgaben des Case Managements eingegangen. Care und Case Management sind zwei Begriffe, welche auseinanderzuhalten sind. Im Case Management handelt es sich zwar um die Bearbeitung von Fällen, jedoch ist mit dem Begriff Fall die Situation der betroffenen Person und nicht die Person selber gemeint. Die Dimensionen des Case Managements werden auf den drei Ebenen Makro, Mikro und Meso aufgezeigt. Damit das Handlungskonzept strukturiert werden kann, werden die Arbeitsschritte anhand von Phasen definiert. Diese einzelnen Phasen erstrecken sich von der Zugangseröffnung bis hin zum Fallabschluss. Case Managerinnen und Case Manager befinden sich zwar meist in einer koordinierenden Rolle, jedoch kann diese unterschiedlich ausgeführt werden. Im Kapitel 4.6 wurden die verschiedenen Funktionen von Case Management beleuchtet und aufgezeigt, wie eine Begleitung in der jeweiligen Rolle der fallführenden Person aussieht. Case Management stammt aus der Einzelfallhilfe und kann mit einem systemtheoretischen Ansatz die Profession der Sozialen Arbeit unterstreichen.

Forschungsfrage 1:

Wie gestaltet sich die Umsetzung des Bundesgesetzes über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auf kantonaler und kommunaler Ebene?

Der föderalistische Vollzug des Bundesgesetzes zeigt sich auf verschiedenen Ebenen. Meldungen über säumige Versicherte werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, jeder Kanton verfügt über eine eigene Durchführungsstelle und jeder Kanton kann wählen, ob er säumige Versicherte auf einer Liste erfasst, für die der Versicherer Kosten nur noch für eine Notfallbehandlung übernehmen muss. Da jeder Kanton den Zeitpunkt eines Listeneintrags frei wählen kann, dauert es je nach Wohnort unterschiedlich lang, bis eine Person von einem Leistungsaufschub betroffen ist. In

einigen Kantonen werden Personen auf der Liste eingetragen, wenn sie für eine Forderung betrieben werden, in anderen Kantonen erst dann, wenn ein Verlustschein ausgestellt wurde. Nicht einheitlich wird zudem gehandhabt, wer auf die Liste kommen soll. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass alle säumige Versicherte in einem Kanton mit Liste von einem Leistungsaufschub betroffen sind. Dem ist jedoch nicht so. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen nur Personen, die zahlungsfähig, jedoch zahlungsunwillig sind, von einem Leistungsaufschub betroffen sein. Diesem Aspekt wird in Kantonen Rechnung getragen, die über ein Ausschlussverfahren versuchen, die Zahlungsunfähigkeit zu beurteilen. In anderen Kantonen werden alle säumige Versicherte auf die Liste gesetzt, unabhängig der finanziellen Situation und ungeachtet, wie lange die Forderung schon aussteht. In Bezug auf die kantonalen Unterstützungs- und Handlungsmöglichkeiten sind ebenfalls Unterschiede erkennbar. Der Kanton Thurgau übernimmt unter gewissen Bedingungen die geforderten Ausstände und wird durch Gelder aus der Prämienverbilligungen entschädigt. Der Kanton Zug übernimmt die Ausstände nur dann, wenn die Person Sozialhilfe bezieht. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass mit der Ausgestaltung des Gesetzes politische und ethische Diskussionen ausgelöst werden, die auf Bundesebene angegangen werden müssen.

Forschungsfrage 2:

Wie gestaltet sich der Unterstützungsprozess für Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?

Um die zweite Forschungsfrage zu beantworten, muss man sich vorerst den verschiedenen Alternativen bewusst sein. Es gibt Kantone mit und ohne Liste und unabhängig davon mit und ohne Case Management. Diese Konstellation wurde bei der Auswahl der interviewten Stellen berücksichtigt.

Der Kanton Thurgau kennt das Case Management für säumige Versicherte seit 2007. Daher sind Strukturen sowohl innerhalb des Kantons als auch im organisatorischen Bereich vorhanden. Es besteht ein guter Austausch zu der speziell gegründeten Erfahrungsgruppe und zum Amt für Gesundheit. Für säumige Versicherte gilt die Mitwirkung zu einer Kontaktaufnahme als Voraussetzung. Danach ist es der versicherten Person freigestellt, ob sie bei der Lösung ihres finanziellen Problems

mitmachen möchte. Ist eine Person gewillt und kann sie sicherstellen, dass künftige Ausstände vermieden werden, übernimmt die Gemeinde die fälligen Kosten in Form einer Vorschussleistung. Daher ist eine realistische Problemeinschätzung von hoher Wichtigkeit, die je nach Gemeinde in einem Gespräch oder mehreren Gesprächen erfolgt.

Im Kanton Aargau werden Kosten für Verlustscheine erst ab diesem Jahr der Gemeinde verrechnet. Ein Case Management ist daher noch nicht implementiert worden. Anhand von Ausschlusskriterien wird versucht, zahlungsunfähige Personen von zahlungsunwilligen Personen zu unterscheiden.

Im Kanton Zug ist ein Case Management fakultativ. Je nach Gemeinde wird dieses aktiver oder weniger aktiv umgesetzt. Die Personen werden zwar angeschrieben, jedoch nicht zu einer Mitwirkung gezwungen. Personen melden sich jedoch meistens erst dann, wenn sie bereits auf der Liste eingetragen sind und eine medizinische Behandlung benötigen.

Der Kanton Schwyz hat die Liste nicht eingeführt. Trotzdem versucht man in der Gemeinde Schübelbach die Verlustscheinkosten zu minimieren, indem Personen aktiv betreut werden. Es wird Unterstützung beim Ausfüllen der Steuererklärung sowie beim Beantragen von Prämienverbilligungen geboten.

Die Kantone und Gemeinden verwenden für ihr Unterstützungsangebot den Begriff Case Management. Tatsächlich sind Ansätze des Konzeptes Case Management vorhanden, trotzdem besteht Entwicklungspotential. Hauptsächlich in den Bereichen der Kontaktpflege, der aktiven Begleitung, dem Monitoring und dem Fallabschluss sind Verbesserungen möglich.

Praxisfrage:

Welche Handlungsempfehlungen lassen sich in Bezug auf die Unterstützung für Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung für Professionelle der Sozialen Arbeit ableiten?

Die Handlungsempfehlungen werden im nächsten Kapitel dargestellt.

8.2 Handlungsempfehlungen für die Profession

Ausgehend von den Forschungsergebnissen und gestützt auf den Berufskodex für die Soziale Arbeit werden nachfolgend Handlungsempfehlungen für die Praxis formuliert. Diese beziehen sich wiederum auf die gewählte Struktur der Makro-, Meso-, und Mikroebene.

8.2.1 Makroebene

„Die Professionellen der Sozialen Arbeit fordern und begünstigen menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme“ (AvenirSocial, 2010, S. 9).

Soziale Arbeit beschäftigt sich fast ausschliesslich mit Menschen in schwierigen Lebenslagen. Die Verletzbarkeit ist auf die Befriedigung der Bedürfnisse zurückzuführen, damit ein Höchstmass an Wohlbefinden erreicht werden kann. Dabei ist jeder Mensch auf andere Menschen und auf soziale Systeme angewiesen. Die Achtung und Einhaltung der Menschenrechte garantieren, dass ein Mensch ein würdevolles Leben leben kann (Silvia Staub-Bernasconi, 2009, S. 11). Dazu gehört auch das Recht auf Gesundheit. Es ist nicht nur in den internationalen Sozialrechten verankert, sondern Teil unserer Bundesverfassung. Kernstück dieses Rechts bildet ein diskriminierungsfreier Zugang zu medizinischen Leistungen (Humanrights, 2014). Mit der Führung einer Liste für säumige Prämienzahlende wird das Recht auf eine umfassende Gesundheitsversorgung eingeschränkt. Es müsste auch hier ein Aufschrei stattfinden, um zu prüfen, in welchem Ausmass die Menschenrechte verletzt werden. Soziale Arbeit hat das Doppelmandat im Zuge der Professionalität auf ein weiteres Mandat erweitert, das sich nach dem für die Profession definierten ethischen Kodex auf die Menschenrechte bezieht. Dieses dritte Mandat legitimiert Soziale Arbeit, sich in sozialpolitische Themen einzumischen und nationale, aber auch internationale Gesetzgebungen kritisch zu betrachten. Mit diesem politischen Mandat setzt sich Soziale Arbeit dafür ein, dass individuelle Rechtsansprüche geltend gemacht werden können. Sie ist angehalten, Forderungen an die Politik und Sozialpolitik zu stellen. Soziale Arbeit hat zudem gemäss internationaler Definition den Auftrag, sich in sozialpolitische Strukturen einzumischen und Änderungen herbeizuführen, die sich auf die gesellschaftliche Veränderung auswirken und Menschen befähigen, die Herausforderungen anzugehen, damit das Wohlbefinden erreicht werden kann (Staub-Bernasconi, 2009, S. 13). Daher ist es unumgänglich, dass sich die Soziale Arbeit am

politischen Prozess über die Nichtbezahlung fälliger Prämien und Kostenbeteiligungen beteiligt. Das kann sowohl auf Bundes- wie auch auf Kantonsebene der Fall sein. Die Ergebnisse zeigen, dass Art. 64a KVG mit vielen Herausforderungen verbunden ist, die zu politischen Diskussionen führen. Das beginnt bei der Frage, ob eine Liste in dieser Form überhaupt notwendig ist und keine Grundrechte verletzt werden. Es müssen auf Bundesebene Massnahmen getroffen werden, die eine positive Wirkung auf diese Problematik haben. Sei das bei einer Änderung im SchKG oder im Hinblick auf die Armutsbekämpfung. Die Prämienverbilligung als wichtigstes Instrument zur Verhinderung von Ausständen muss so angepasst sein, dass die Belastung des Haushaltsbudgets in einem tragbaren Umfang ist. Zudem soll der Zugang für anspruchsberechtigte Personen einfach sein. Wie festgestellt wurde, wird von diesem Anspruch oft kein Gebrauch gemacht. Es muss also überlegt werden, wie und mit welchen Mitteln dieses System verbessert werden kann.

8.2.2 Mesoebene

Gemäss Berufskodex ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, sich sozialpolitisch und gesellschaftlich zu engagieren und zu vernetzen (Avenir Social, 2010, S. 13). Bei den formulierten Handlungsempfehlungen auf der Mesoebene liegt der Fokus auf der Implementierung eines Case Managements und der Vernetzung mit anderen Fachstellen.

Implementierung des Konzepts Case Management

Ein Case Management eignet sich für die Bearbeitung von komplexen Problemfällen, was auch bei säumigen Versicherten der Fall sein kann. Daher wird die Implementierung eines Case Managements als sinnvoll erachtet und von den Autorinnen empfohlen.

Durch die Meldungen der Personen mit Ausständen bei den Versicherern an die Gemeinden wird sichtbar, wer Unterstützung benötigen könnte. Diese Meldungen bedeuten für die Soziale Arbeit insofern eine Chance, als dass mögliche Klientinnen und Klienten für eine Beratung herausgefiltert werden können, bevor weitere soziale Probleme auftreten könnten. Je früher die Kontaktaufnahme erfolgt, desto besser stehen die Chancen auf die Lösung des Problems hinzuarbeiten und einen Verlustschein zu verhindern. Dafür müssen sich die Gemeinden und Kantone jedoch

dazu entscheiden, Investitionen zu tätigen. Ein gutes Case Management bedingt genügend zeitliche Ressourcen für die Begleitung. Die Autorinnen empfehlen den Mitarbeitenden, ihren Zeitaufwand innerhalb der Organisation zu begründen und sich, falls notwendig, für zusätzliche Stellenprozente einzusetzen. Die Implementierung eines Case Managements muss ebenfalls gut geplant sein.

Vernetzung unter den Gemeinden

Um rechtliche, ethische oder organisatorische Fragen zu klären, bietet eine Erfahrungsgruppe, wie sie im Kanton Thurgau implementiert wurde, ein gutes Gefäss. Durch den Austausch können vorhandene Abläufe optimiert und eine Kontinuität der Unterstützungsmöglichkeiten gewährleistet werden. Arbeitsprozesse werden regelmässig hinterfragt und können professionalisiert werden. Eine Vernetzung auf kantonaler oder kommunaler Ebene ist deshalb sehr sinnvoll.

Vernetzung mit Fachstellen und Krankenversicherer

Im Case Management wird nach der systemischen Denkweise gearbeitet (vgl. Kapitel 4.1). Nicht nur die Zusammenarbeit mit der betroffenen Person, sondern jene mit allen involvierten Akteurinnen und Akteuren ist wichtig. Löcherbach empfiehlt, gemeinsam Regeln und Standards für den Informationsaustausch zu definieren (vgl. Kapitel 4.5.4). Es ist darauf zu achten, dass unter allen im System involvierten Personen eine Kooperation im Interesse der betroffenen Person stattfindet. Im Rahmen des Care Managements kann die Zusammenarbeit zum Beispiel anhand regelmässiger, interdisziplinärer Sitzungen oder dem regelmässigen Austausch auf Leitungsebene gefördert werden. Damit der gesamte Prozess von der Meldung des Versicherers bis zur Umsetzung der Durchführungsstelle vereinfacht werden kann, ist eine einheitliche Regelung der einzelnen Abläufe zu empfehlen.

8.2.3 Mikroebene

Der Berufskodex schreibt vor, dass jeder Mensch das Anrecht „auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse sowie Integrität und Integration in ein soziales Umfeld“ hat (AvenirSocial, 2010, S. 6). Die Handlungsempfehlungen auf der Mikroebene fokussieren sich auf die betroffenen Personen und deren Umgang.

Umgang mit betroffenen Personen

Damit ein Case Management überhaupt initiiert werden kann, ist zunächst ein Kontakt mit der betroffenen Person notwendig. Auch wenn jemand auf den ersten Kontaktversuch nicht reagiert, ist es wichtig, weiter zu insistieren und andere Möglichkeiten zu suchen. Ein niederschwelliger Zugang ist empfehlenswert, beispielsweise über eine SMS oder telefonisch. Dabei ist auf eine adressatengerechte Sprache zu achten. Das Aufsuchen am Arbeitsplatz ist insofern nicht empfehlenswert, da es die Privatsphäre der betroffenen Person verletzt.

Im Unterstützungsprozess begegnet die fallführende Person des Öfteren dem Dilemma zwischen Selbstbestimmung und Schutz. Die zu unterstützende Person hat zwar nach dem Berufskodex das Recht, im Rahmen ihres Wohlbefindens selber zu entscheiden, ob eine Unterstützung erwünscht ist. Diesem Grundsatz ist generell Folge zu leisten. Da jedoch Ausstände beim Versicherer sowohl das Solidaritätsprinzip verletzen als auch Interessenskonflikte mit Dritten entstehen, ist eine Aufklärung und Sensibilisierung bei den betroffenen Personen äusserst wichtig.

Das Case Management bedient sich einer systematischen Arbeitsweise. Deshalb muss einerseits eine adäquate Beratung und Begleitung der betroffenen Person gewährleistet sein, andererseits muss das Ressourcensystem zielführend koordiniert werden. Die Grundlagen für eine systemische Arbeitsweise liefert beispielsweise das Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung von Arist von Schlippe und Jochen Schweizer (2016). Darüber hinaus wird von den Autorinnen empfohlen, klassisch nach dem Phasenmodell, wie es Monzer, Neuffer oder Löcherbach beschreiben, vorzugehen.

Unabhängig davon, ob eine Person Zahlungsausstände aus Unwilligkeit oder Unfähigkeit generiert, liegt ein soziales Problem vor. Für die Versicherten kann ein Leistungsaufschub schlimme Folgen haben und die existentielle Sicherheit gefährden. Für die Kantone oder Gemeinden, aber auch für die Versicherer, entstehen Kosten, die sich schliesslich mit höheren Prämien oder Steuern negativ auf die Gesamtbevölkerung auswirken. Gestützt auf das Doppelmandat ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, einerseits der betroffenen Person Schutz zu bieten, andererseits die Person auf die Folgen ihres Handelns aufmerksam zu machen.

Personen, welche den Versicherungsschutz für sich selber als unwichtig erachten, können insofern sensibilisiert werden, als dass sie den Grundsatz des Solidaritätsprinzips erkennen. Auch wenn eine freiwillige Teilnahme von Seiten der betroffenen Person nicht vorausgesetzt werden kann, ist für ein zielführendes Case Management eine Kooperation unumgänglich. Widerständen in der Beratung können beispielsweise mit einer motivierenden Gesprächsführung, wie sie William R. Miller und Stephen Rollnick beschreiben, begegnet werden.

8.3 Ausblick

Bei der Auseinandersetzung der vorliegenden Thematik kristallisierten sich weiterführende Fragen in Bezug auf die Umsetzung des Gesetzes und den Einsatz eines Case Managements heraus. Eine Weiterführung der Forschung erachten die Autorinnen in folgenden Bereichen als sinnvoll und aufschlussreich:

- Monitoring von Fällen, die eine Grundrechtseinschränkung nach sich ziehen könnten
- Befragung von Personen, wie sie den Unterstützungsprozess beurteilen und wie er optimiert werden könnte
- Miteinbezug der Sicht von weiteren Akteurinnen und Akteuren wie Versicherer, Leistungserbringer, Ombudsstellen oder Schuldenberatungsstellen
- Evaluation der Wirksamkeit des Case Managements in Bezug auf Kosten, Nutzen und Nachhaltigkeit
- Analyse von Best Practice-Beispielen, aus welchen ein Leitfaden für die Umsetzung des Konzeptes Case Management erstellt werden kann

8.4 Persönliche Stellungnahme

Da sich beide Autorinnen schon seit längerer Zeit mit der Problematik der Prämienausstände und den Folgen der Gesetzesrevision befassten, war es naheliegend diese Thematik in einer Bachelorarbeit darzulegen und weiter zu vertiefen. Es war geplant, kritische Aspekte der Liste aufzuzeigen und damit das Interesse in ausgewählten Kreisen aber auch in der Öffentlichkeit zu wecken.

Die Suche nach geeigneter Literatur erwies sich zunächst als schwierig, da nur wenig wissenschaftliche Literatur zur Thematik vorliegt. Zeitungsartikel waren zwar in ausreichender Form vorhanden, doch die Berichterstattung beschränkte sich meist auf die Einschränkung der medizinischen Versorgung und die Herausforderungen, die sich aus dem Notfallbegriff heraus ergeben. Daher war auch bald klar, dass die Arbeit in Form einer empirischen Forschung erfolgen sollte. Es stellte sich jedoch heraus, dass es nicht einfach war, die Thematik gut einzugrenzen und einen Forschungsgegenstand zu finden, der sich auf einen einzelnen Aspekt bezieht. Erst bei der Auseinandersetzung mit den einzelnen kantonalen Krankenversicherungsgesetzen wurde den Autorinnen bewusst, dass es keine einheitliche Umsetzung des Bundesgesetzes auf kantonaler Ebene gibt und deshalb grosse Unterschiede im Vollzug auftreten.

Im Hinblick auf die Berufsrelevanz wurde der Fokus schliesslich auf die Unterstützungsmöglichkeiten gelegt, die mit der Untersuchung des Case Managements auf kantonaler und kommunaler Ebene umgesetzt wurde.

Um der Komplexität der Thematik gerecht zu werden und den Leserinnen und Lesern ein umfassendes Bild zu vermitteln, erachteten es die Autorinnen als notwendig, aufzuzeigen, wie das Gesetz im Parlament diskutiert wurde und welche Herausforderungen sich mit der Revision ergaben. Die Auswertung aus der Zürcher Studie verhalf den Autorinnen, weiteres Fachwissen zu generieren. Die kritische Beurteilung der Studie im Hinblick auf den Nutzen einer Liste sowie die Personen, die von einem Leistungsaufschub betroffen sind, bestärkte die Autorinnen darin, den Unterstützungsprozess zu untersuchen.

Die Auswahl geeigneter Interviewpartnerinnen und –partner gestaltete sich zunächst als schwierig. Zwar schien bei den Anfragen das Interesse an der Thematik gross zu sein, doch bieten längst nicht alle Kantone oder Gemeinden eine Case Management oder eine andere Form von Unterstützung an. Mit den interviewten Stellen gelang es trotzdem, den Verlauf und die Unterschiede eines Unterstützungsprozesses aufzuzeigen. Da dieser jedoch abhängig von der Gesetzesumsetzung und der gewählten Strategie ist, entschlossen sich die Autorinnen, die Forschung um eine weitere vorgelagerte Frage zu erweitern. Die Wahl der Forschungsmethode sowie der methodischen Auswertung der Ergebnisse erwies sich als geeignet. Die Fülle an Antworten stellte für die Autorinnen eine Herausforderung dar und es galt, diese in geeigneter Form zu strukturieren.

Erst bei der Durchführung und Ergebnisdarstellung der Interviews wurde den Autorinnen bewusst, dass die Führung einer Liste auch positiv bewertet werden kann. Die Meldung über säumige Versicherte kann für die Soziale Arbeit eine Chance darstellen, um sozialen Problemlagen frühzeitig zu begegnen. Die Sanktion einer medizinischen Einschränkung wird von den Autorinnen als unverhältnismässig erachtet. Umso wichtiger erscheint es, säumige Versicherte aktiv zu unterstützen. Letztendlich soll die medizinische Grundversorgung in der Schweiz für alle zugänglich sein.

9 Literatur

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung (2015). *Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich. Schlussbericht*. Gefunden unter https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/gesundheitspolitik/berichtbsskrankenkassenpraemien/bericht_bss_kanton_zuerich.pdf.spooler.download.1449473106617.pdf/bericht_bss_kanton_zuerich.pdf

Berner Schuldenberatung (2017). *Stichwort „Obligatorische Krankenversicherung“*. Gefunden unter http://www.schuldeninfo.ch/tl_files/_documents/stichwoerter/krankenversicherung.pdf

Bühler, Max (2013). *Krankenversicherungsgesetz: Liste der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, und Leistungsaufschub. Rechtsgrundlage und Vollzug*. Gefunden unter: http://www.kpm.unibe.ch/weiterbildung/weiterbildung/projekt__und__masterarbeiten/e234292/e234297/Masterarbeit_Bhler_ger.pdf

Bühlmann, Manuel (2017, 12. Februar). „Streit um schwarze Liste der Krankenkassen-Preller: Wann ist ein Notfall ein Notfall?“. *Aargauer Zeitung*. Gefunden unter <https://www.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/streit-um-schwarze-liste-der-krankenkassen-preller-wann-ist-ein-notfall-ein-notfall-130967259>

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2017a). *Wachstum der Gesundheitskosten: Standardprämie 2018 steigt um 4,0 Prozent*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-68250.html>

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2017b). *Prämienverbilligung der Krankenversicherung entlastet die Bevölkerung immer weniger*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-60299.html>

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2018). *Krankenversicherung: Prämienverbilligung*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/paemienverbilligung.html>

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (ohne Datum a). *Krankenversicherung: Versicherer und Aufsicht*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht.html>

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (ohne Datum b). *Krankenversicherung: Leistungen und Tarife*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>

Bundesamt für Justiz (ohne Datum). *Ablauf einer Betreuung*. Gefunden unter https://www.e-service.admin.ch/eschkg/cms/content/documents/Schema_SchKG_de.pdf

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2017). Schweizerische Sozialversicherungs-statistik 2017. *KV 2B Wichtigste Neuerungen*. Gefunden unter https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/themenuebergreifend/statistiken/SVS_DE_2017.pdf.download.pdf/Schweizerische%20Sozialversicherungssstatistik%202017.pdf

Bundesamt für Statistik (2015). *Verschuldung*. Gefunden unter https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/verschuldung.html#accordion_9553036451529652022526

Bundesamt für Statistik (2018). *Armut ist in der Schweiz meist von kurzer Dauer*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.4966931.html>

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10).

Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) vom 11. April 1889 (SR 281.1).

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 199 / 1. Januar 2018 (SR 101).

Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (ohne Datum). *Parlamentarische Initiative 09.425. Artikel 64a und unbezahlte Prämien*. Gefunden unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20090425#/AffairSummary> → ohne Datum? Körperschaft?

Eidgenössisches Departement des Innern [EDI] (ohne Datum). *Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020.html>

- Flick, Uwe (2011). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung* (4. Auflage, Originalausgabe). Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 15. Dezember 2015 (837.200).
- Hippokratische Gesellschaft Schweiz (ohne Datum). *Genfer Gelöbnis*. Gefunden unter <https://hippocrates.ch/wichtige-texte/genfer-geloebnis/>
- Humanrights (2013). *Recht auf Gesundheit – exemplarische Beispiele*. Gefunden unter <https://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-themen/sozialrechte/gesundheit/>
- Hümbelin, Oliver (2016). *Nichtbezug von Sozialhilfe und die Bedeutung von regionalen Unterschieden*. Gefunden unter http://www.gegenarmut.ch/fileadmin/kundendaten/Dokumente/NichtBezugSozhilfe_Hu__mbelin2016.pdf
- Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR) vom 16. Dezember 1966 / 13. März 2015 (SR 0.103.1).
- Kantonsgericht (2016). LGVE 2016 III Nr. 3. Fallnummer 5V 16 103. Gefunden unter https://gerichte.lu.ch/recht_sprechung/lgve
- Kausch, Hubert (2007). „Solidarität als ethisches Prinzip“. *Soziale Sicherheit CHSS* (2), 76-79).
- Killinger, Elmar (2009). *Die Besonderheiten der Arzthaftung im medizinischen Notfall* (1. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (2009). *Parlamentarische Initiative Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien 09.425*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2009/6617.pdf>
- Mayer, Horst Otto (2004). *Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (2., verb. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Meuser, Michael & Nagel Ulrike (1991). ExperInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In Detlef Garz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441–471). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Monzer, Michael (2018). *Case Management Grundlagen* (2., überarb. Aufl.). Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

- Netzwerk Case Management Schweiz (2014). *Definition und Standards Case Management*. Gefunden am 08.07.2018, unter http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf
- Neuffer, Manfred (2009). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (4. überarb. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Regierungsrat Kanton Aargau (2016). *Prämienverbilligung und Krankenkassenausstände*. Gefunden unter https://www.ag.ch/de/weiteres/aktuelles/medienportal/medienmitteilung/medienmitteilungen/mediendetails_57986.jsp
- Riemer-Kafka, Gabriela (2007). „Solidarität in der Sozialversicherung in Gegenüberstellung zur Privatversicherung“. *Soziale Sicherheit CHSS* (2), 60-62.
- Santésuisse (ohne Datum a). *Versicherungsglossar A-Z*. Gefunden unter <http://www.thema-krankenversicherung.ch/glossar>
- Santésuisse (ohne Datum b). *1x1 der Krankenversicherung. Der Ratgeber zu den wichtigsten Krankenversicherungsfragen mit der Familie Santi*. Gefunden unter https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_publication/pdf/1x1/1x1_neuauflage_2015_de.pdf
- Santésuisse (ohne Datum c). *Plus2 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. Zahlen plus Fakten zu Organisation, Leistungen, Finanzierung und Kosten*. Gefunden unter http://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_publication/pdf/Plus2/plus2_definitive_version_d.pdf
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren [GDK] (2008). *Leistungssistierung der Krankenversicherung soll aufgehoben werden*. Gefunden unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/aktuelles/medienmitteilungen/mm_200810-d.pdf
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS] (ohne Datum). *Schulden und Sozialhilfe. Grundlagenpapier der SKOS*. Gefunden unter https://www.skos.ch/fileadmin/user_upload/public/pdf/grundlagen_und_positionen/grundlagen_und_studien/2017_Schulden_und_Sozialhilfe-d.pdf
- Schweizerischer Bundesrat (1991). *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung 91.071*. Gefunden unter <http://links.weblaw.ch/BBI-1992-I-93>

- Schweizerischer Bundesrat (2000). *Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung 00.079*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2001/741.pdf>
- Soziale Sicherheit [CHSS]. (2017). *Welche Faktoren beeinflussen das Wachstum der kantonalen Gesundheitsausgaben?* Gefunden unter <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/welche-faktoren-beeinflussen-das-wachstum-der-kantonalen-gesundheitsausgaben/>
- Staub-Bernasconi, Silvia (2002). Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsgezogene Bestimmung. In Werner Thole (Hrsg.) *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (2. überarb. Aufl.) (S. 245–258). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2009). Den Menschen vor dem Würgegriff des Menschen schützen. *SozialAktuell* (7-8), 10-14
- Tages Anzeiger (2016, 4. Februar). „Die grosse Angst vor der Steuererklärung“. *Tages Anzeiger*. Gefunden unter <https://www.tagesanzeiger.ch/zuerich/stadt/Die-grosse-Angst-vor-der-Steuererklaerung/story/18514910>
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102).
- Von Wyl (2014). Betreibungen in der Grundversicherung: Ausdruck mangelnder Solidarität oder finanzieller Not? In SGGP (Hrsg.). *Brennpunkt Solidarität. Diskussionsbeiträge zur Weiterentwicklung der Sozialen Krankenversicherung*. Band 125, S. 131-141. Bern: SGGP.
- Wendt, Wolf Rainer (2008). *Case Management im Sozial und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (4. Aufl.) Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.). (2012). *Beratung und Case Management. Konzepte und Kompetenzen*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Zobrist, Patrick & Nelson, Anita (2017). "Freiwilligkeit" als a priori-Indikation?. Ein beratungsmethodisches "ABC" zu "unfreiwilligen" Klient/-innen und Zwangskontexten im Case Management. *Case Management*, 2017_01, 4-7.

10 Anhang

Leitfragen Experteninterviews

Wer sind Adressatinnen und Adressaten mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung?

- Unterscheidung zahlungsunfähig / zahlungsunwillig
- Anzahl Fälle (Anzahl auf Liste)
- Gründe für das Nichtbezahlen
- Lebenslage
- Einschätzung Problemlage
- Höhe der Ausstände
- Einzelfallkenntnis
- Ressourcen
- Kompetenzen / Bewältigungsstrategien

Wie ist das allgemeine Vorgehen, wenn jemand Ausstände bei der Krankenkasse hat?

Wer meldet wen wann wohin?

- Rechtliche Abläufe / Dossier checken
- Fallsteuerung (Prozesssteuerung, Fallbezogene Kontakte, Verfahrensschritte, Dokumentation und Evaluation)
- Triage
- Zeitpunkt der Meldung
- Zeitpunkt Eintrag auf Liste
- Eintragslöschung auf Liste

Können Sie den Ablauf der Unterstützung von Anfang bis Schluss beschreiben? Wann beginnt diese, wann hört sie auf, was geschieht dazwischen?

- Monitoring, Zielvereinbarung und Überprüfung
- Hilfsverlauf / Phasen
- Richtlinien für Falldauer / Indikator

Was können Sie mir zu den Beratungen erzählen? Wie wird methodisch vorgegangen, worauf wird Wert gelegt?

- Methodik (zahlungsunwillig & zahlungsunfähig)
- Funktionen der sozialarbeiterischen Beratung (Kunz & Weber, 2012)
- Beziehungstypen (Mitwirkungspflicht)
- Erfolgsfaktoren
- Beziehungsaufbau
- Herausforderungen
- Falldauer
- Pläne / Ziele der Betroffenen
- Begleitung / Coaching

Mit wem wird in diesem Prozess zusammengearbeitet und wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit?

- Akteure
- Zusammenarbeit
- Vermittlung
- Koordination
- Gefährdungsmeldung
- Datenschutz

Denken Sie, dass sich Ihre Unterstützungsmassnahmen bewähren? Woran merken Sie das?

- Kosten / Nutzen - Frage
- Statistik
- Rückmeldung von Betroffenen
- Nachhaltigkeit

Wie ist Ihr Unterstützungsangebot organisatorisch aufgebaut?

Stellenprozente

- Angebotsplanung (z.B. Infoabend, Merkblatt, etc.)
- Qualifikation
- Anzahl Fälle
- Unterstützung Kanton