

# Masterthesis

eingereicht an der ZHAW Soziale Arbeit

## Liste für säumige Prämienzahlende im Kanton Thurgau bei der sozialen Krankenversicherung

---

**MAS Mastermodul Recht für die Soziale Arbeit 2022/23**

Damian Brot

Datum: 22.11.2022

## Zusammenfassung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) gibt den Kantonen die Möglichkeit, säumige Prämienzahlende auf einer Liste zu erfassen. Bei Personen, bei denen von der Krankenkasse eine Betreuung wegen nicht bezahlten Rechnungen eingeleitet worden ist, gibt es mit Ausnahme von Notfallbehandlungen einen Leistungsaufschub. Sie kommen erst wieder zum vollen Versicherungsschutz in der medizinischen Grundversicherung, wenn alle offenen Rechnungen bezahlt sind.

Die meisten Kantone machen keinen Gebrauch von dieser Regelung. Der Kanton Thurgau aber, der die Idee einer solchen Liste entwickelt und als erster eingeführt hat, will weiterhin daran festhalten. Er hat sich in den parlamentarischen Diskussionen erfolgreich dafür eingesetzt, dass die Möglichkeit der Listenführung weiterhin im KVG bleibt, und der Regierungsrat nimmt den Beschluss des National- und Ständerates gegen die Abschaffung der Liste zum Anlass, die Regelung tiefer im Gesetz zu verankern. Das Führen einer Liste für säumige Prämienzahlende wird bis weit in die politische Mitte unterstützt, und die politischen Mehrheiten lassen erahnen, dass es (zumindest in einer politischen Entscheidung) nicht so bald zu einer Änderung dieser Praxis kommen wird. Damit wird der Kanton Thurgau immer mehr zu einem Sonderfall im Umgang mit säumigen Prämienzahlenden.

Mit der Liste will der Kanton Thurgau das Entstehen von Verlustscheinen verhindern und so auf die Gemeinden fallende Kosten senken. Darüber hinaus sieht er in der Liste ein wirksames sozialarbeiterisches Werkzeug. Mit einem Listeneintrag sollen Menschen in finanziell schwierigen Situationen früh erfasst, kontaktiert und in eine lösungsorientierte Beratung in einem Case Management geführt werden.

Eine genauere Betrachtung und Interpretation der entsprechenden Regelungen im KVG lassen zumindest Fragen aufkommen, ob die Praxis im Kanton Thurgau bundesgesetzkonform ist. Ein kürzlich getroffener Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug hat diesen Verdacht zusätzlich erhärtet. Da der Kanton Thurgau ausnahmslos alle säumige Prämienzahlende auf der Liste erfasst, stellt sich zudem die Frage nach dem Schutz des Grundrechts auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV). In der Sozialhilfe gehören die von der Grundversicherung bezahlten medizinischen Leistungen zum festen Fundament der materiellen Grundversicherung. Zahlreiche Studien belegen, dass zu den Folgen von Armut auch gesundheitliche Probleme gehören. Deshalb fordern viele Fachleute, dass der Zugang von armutsbetroffenen Menschen zu medizinischen Leistungen ausgebaut werden muss. Mit der Praxis im Kanton Thurgau hingegen wird das Risiko in Kauf genommen, dass arme und allenfalls beeinträchtigte Menschen über einen (manchmal längeren) Zeitraum von für sie wichtigen Behandlungen und Therapien ausgeschlossen werden.

Das Führen der Liste ist für die beteiligten Akteur:innen mit einem grossen Aufwand und für die medizinischen Leistungserbringer:innen auch mit einem finanziellen Risiko verbunden. Auch wegen dem fehlenden Nachweis eines Nutzens haben die allermeisten Kantone in der Schweiz die Liste nie eingeführt oder später wieder abgeschafft. Trotz der massiven Kritik, die von vielen Seiten an der so genannten „Schwarzen Liste“ geäussert wird, bleiben der Regierungsrat und die politische Mehrheit im Kanton Thurgau in der Überzeugung, mit der Liste für säumige Prämienzahlende etwas Gutes für die Gesamtbevölkerung und für die betroffenen Menschen zu tun. In der vorliegenden Arbeit werden die für das so genannte „Thurgauer Modell“ vorgetragenen Argumente dargestellt und geprüft.

## Inhalt

1.	Einleitung.....	3
1.1.	Ausgangslage und Aktualität der Thematik.....	3
1.2.	Fragestellungen .....	5
1.3.	Methoden.....	5
1.4.	«Schwarze Liste» .....	7
1.5.	Aufbau .....	7
2.	Gesetzliche Grundlagen .....	9
2.1.	Liste für säumige Prämienzahlende im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) .....	9
2.1.1.	Prinzipien der sozialen Krankenversicherung .....	9
2.1.2.	Artikel 64a KVG.....	13
2.1.3.	Beschlossene Änderungen (2022).....	15
2.2.	Liste für säumige Prämienzahlende im Kanton Thurgau.....	17
2.2.1.	Das sog. «Thurgauer Modell» .....	17
2.2.2.	Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung.....	18
2.2.3.	Rahmenorganisation .....	23
2.2.4.	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung.....	25
2.3.	Liste für säumige Prämienzahlende in anderen Kantonen .....	26
3.	Medizinische Grundversorgung als Grundrecht.....	29
3.1.	Armut und Gesundheit.....	30
3.2.	Recht auf Hilfe in Notlagen .....	33
3.3.	Notfallbegriff .....	37
4.	Auswirkungen und Nutzen .....	40
4.1.	Für die Betroffenen .....	40
4.2.	Für den Kanton und die Gemeinden .....	41
4.3.	Für die Leistungserbringer:innen im Gesundheitswesen.....	42
4.4.	Für die Krankenversicherer .....	42
5.	Schlussbetrachtung .....	44
6.	Literaturverzeichnis.....	48
7.	Anhang: Interviews.....	55
7.1.	Interview 1: Sonja Renner .....	55
7.2.	Interview 2: Sonja Dietrich .....	67
7.3.	Interview 3: Anja Hohengasser .....	79
7.4.	Interview 4: Dr. Alex Steinacher.....	85
8.	Erklärung .....	91

# 1. Einleitung

## 1.1. Ausgangslage und Aktualität der Thematik

Seit 2012 ist in Art. 64a Abs. 7 KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10) festgehalten, dass die Kantone eine Liste für säumige Prämienzahlende bei der sozialen Krankenversicherung führen dürfen (Widmer, 2021, S. 260). Abs. 7 ist «angelehnt an das sog. 'Thurgauer Modell' ..., nach welchem der Kanton TG bereits vor der Einführung von Art. 64a Abs. 7 eine Liste säumiger Prämienzahler führte» (Bühler & Egle, 2020, S. 1045). Auch in den kürzlich stattgefundenen Diskussionen im nationalen Parlament, die mit der Schlussabstimmung am 18. März zu einer Revision von Art. 64a KVG geführt haben (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a, S. 1), wurde viel über das Thurgauer Modell gesprochen. Mit einer am 30. Mai 2016 eingereichten Standesinitiative gab der Kanton Thurgau den Anstoss, dass zuerst im Ständerat und anschliessend im Nationalrat wieder über den Abschnitt «Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen» in Art. 64a KVG gesprochen wurde (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 6). Zuerst machte es den Eindruck, als würde der Entscheidungsprozess gegen die Interessen des Kantons Thurgau laufen. In den Medien wurde berichtet, dass die schwarze Liste für säumige Prämienzahler vor dem Aus stehe (Schmid, 2020). Am Schluss jedoch wurde mit einem knappen Entscheid (vor allem aus föderalistischen Gründen) der Abschnitt im Krankenversicherungsgesetz belassen, der den Kantonen die Möglichkeit gibt, eine solche Liste zu führen (Heidelberger, 2022, S. 5). Das Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau (2022a) kommentierte diesen Entscheid folgendermassen: «Die ursprünglich vom Kanton Thurgau entwickelte Idee wurde damit auf Bundesebene bestätigt» (S. 1).

Beim Beschluss des Nationalrates in der Wintersession 2021, wie der Ständerat auf die Abschaffung der Liste für säumige Prämienzahlende bei der Krankenversicherung zu verzichten (Heidelberger, 2022), habe sich der Kanton Thurgau gegen die «heilige Allianz» (Zitat Bundesrat Alain Berset) im Gesundheitswesen aus Ärzt:innen, der Versicherungsverbände Curafutura und Santésuisse, der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Bundesrats durchgesetzt, stand am 20. Dezember 2021 in der Neuen Zürcher Zeitung (Biner, 2021). In der Tat: Bis weit in die politische Mitte haben sich die Parlamentarier:innen aus dem Kanton Thurgau dafür eingesetzt, dass die Kantone weiterhin einen Leistungsaufschub verfügen können für Menschen, welche die Krankenkassenrechnung nicht bezahlen (ausser es besteht ein Notfall). Nicht nur Ständerat Jakob Stark (Stark, 2021) und Nationalrätin Verena Herzog (Herzog, 2021) von der SVP, sondern auch der für

seinen Einsatz für Menschen mit Behinderungen bekannte Nationalrat Christian Lohr von «Die Mitte» (Lohr, 2021) haben in der Parlamentsdebatte die Thurgauer Regelung als ein «Erfolgsmodell» und «etwas sehr, sehr Vernünftiges» beschrieben. Auffallend geschwiegen in der Diskussion haben die Vertreterin und der Vertreter aus dem linken politischen Spektrum, Nationalrätin Edith Graf-Litscher (SP) und Nationalrat Kurt Egger (Grüne), wie sie auf Anfrage per E-Mail auch persönlich bestätigt haben. Edith Graf-Litscher konnte lediglich darauf hinweisen, dass sie mit einer Frage an den Bundesrat «die leidige Thematik der Kinder auf der Schwarzen Liste im Thurgau auf die nationale Ebene eingebracht» habe (pers. Mitteilung, 19.08.2022; Graf-Litscher, 2019). Eine bundesrätliche Rüge, die Thurgauer Praxis verstosse gegen die UNO-Kinderrechtskonvention, hat dazu beigetragen, dass seit 2021 auch im Thurgau keine Kinder mehr auf der Liste für säumige Prämienzahlende geführt werden (Meile & Keller, 2020). Auf die Listenführung für säumige erwachsene Prämienzahlende will der Regierungsrat aber auf keinen Fall verzichten. Im Gegenteil: Der Erfolg (aus der Sicht des Kantons Thurgau), dass in der Revision von Art. 64a KVG Absatz 7 nicht aufgehoben worden ist, hat den Regierungsrat dazu motiviert, eine tiefere gesetzliche Verankerung der Listenpraxis im Gesetz anzustreben. Die bisher gültige Regelung soll von der Verordnungs- auf die Gesetzesebene gehoben werden. Dafür hat der Thurgauer Regierungsrat am 1. Juli 2022 eine Vernehmlassungseinladung an die verschiedenen Akteur:innen im Gesundheitswesen verschickt (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022b).

Damit wird der Kanton Thurgau immer mehr zu einem Sonderfall bei dieser Thematik in der Schweiz. Die meisten der anderen Kantone haben diese Liste nie eingeführt (u.a. Kantone Zürich und Bern) oder (Graubünden, Schaffhausen, Solothurn und St. Gallen) wieder abgeschafft (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2021). Nur noch fünf Kantone führen die Liste (Aargau, Luzern, Thurgau, Tessin und Zug). Im Kanton Zug hat ein Beschluss des kantonalen Verwaltungsgerichts vom 11. August 2021 (Verwaltungsgericht des Kantons Zug, 2021) zum Vorschlag des Regierungsrates geführt, die Liste abzuschaffen (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2022). Während es in anderen Kantonen Ausnahmeregelungen gibt, werden im Kanton Thurgau alle wegen offenen Krankenkassenrechnungen betriebene volljährige Personen (bis 2021 auch Kinder) in einem Automatismus vom Sozialversicherungszentrum (SVZ TG) auf die Liste gesetzt (Bühler & Egle, 2020, S. 1051–1052).

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag leisten zum Verständnis, warum es dem Kanton Thurgau derart wichtig ist, eine Liste für säumige Prämienzahlenden weiterhin führen zu dürfen. Die Argumente, welche im Kanton Thurgau für die Liste eingebracht werden, sollen geprüft werden.

## 1.2. Fragestellungen

Dass das KVG den Kantonen das Recht gibt, eine Liste für säumige Prämienzahlende zu führen, kann nicht bestritten werden. Gemäss Art. 64a Abs. 7 dürfen Kantone «versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen». Eine andere Frage ist aber, ob die gegenwärtige Listenpraxis im Kanton Thurgau mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung kompatibel ist. In Kommentaren zum KVG von renommierten Rechtsgelehrten:innen wird betont, dass nur zahlungsunwillige, nicht aber zahlungsunfähige Menschen auf der Liste geführt werden dürfen (Bühler & Egle, 2020, S. 1048–1049; Eugster, Murer & Stauffer, 2018, S. 608). Wird dieser Unterscheidung im Thurgauer Modell genügend Rechnung getragen? Bei der juristischen Betrachtung kann noch tiefer gefragt werden: Wie steht es um die medizinische Grundversorgung als einem von der Verfassung geschützten Grundrecht, wenn eine Gruppe von (oft zahlungsunfähigen armutsbetroffenen) Menschen von einem grossen Teil der Leistungen der Grundversicherung gemäss KVG ausgeschlossen werden (Achermann, 2019)?

Ein oft erwähntes Argument der Befürworter:innen ist der sozialarbeiterische Nutzen einer Liste, auf der säumige Prämienzahlende erfasst werden. Mit der Liste sei es möglich, mit Menschen in finanziellen Notlagen frühzeitig Kontakt aufzunehmen, sie für ein Gespräch an einen Tisch zu holen und in einem Case Management mit ihnen Lösungen für Probleme verschiedenster Art zu finden (vgl. Interviews 1-3 im Anhang). Nebst den juristischen Fragestellungen wird in dieser Arbeit auch das in den Thurgauer Gemeinden praktizierte Case Management thematisiert. Ist eine Liste für säumige Prämienzahlende ein gutes Werkzeug, um mit Menschen ins Gespräch zu kommen und sie in einem Case Management bei der Lösung von Problemen zu beraten und zu begleiten? Was für eine Konsequenz hat ein Listeneintrag für die betroffenen Personen? Kann das Case Management dazu beitragen, dass eine Aufnahme auf die Liste nicht (nur) als eine Strafaktion erlebt wird, sondern auch als ein erster Schritt in einem Veränderungsprozess?

## 1.3. Methoden

Da bei der Erarbeitung der Masterthesis die gegenwärtige politische Diskussion auf der eidgenössischen und der kantonalen Ebene im Auge behalten werden sollte, ist neben dem Studium von juristischer Fachliteratur auch viel Internetrecherche in die Arbeit eingeflossen. So konnte der politische Prozess nachvollzogen, die Stellungnahmen der verschiedenen Akteur:innen in Politik und im Gesundheitswesen kennengelernt und der Aktualitätsbezug der Arbeit gewährleistet werden.

Ein wichtiges Element dieser Arbeit sind die vier im Anhang angefügten Interviews mit der Leiterin Finanzen und KVG im kantonalen Gesundheitsamt (S. Renner, Interview 1), der Leiterin Abteilung für Krankenkasse und AHV in der Stadt Frauenfeld (S. Dietrich, Interview 2), der Leiterin Soziale Dienste in der Gemeinde Lengwil (A. Hohengasser, Interview 3) und dem Präsidenten der Ärztesgesellschaft Thurgau (A. Steinacher, Interview 4). So ist unter anderem das Gespräch zustande gekommen mit zwei Personen, die in der grössten Stadt und in einer kleinen Gemeinde im Kanton für das Case Management zuständig sind. Da es für die Durchführung des Case Managements keine kantonalen Vorgaben gibt, ist es wichtig, auf die unterschiedlichen Zugänge zu der Thematik in den einzelnen Gemeinden zu schauen. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, einen Überblick über das Case Management in allen Gemeinden anzustreben. Dafür bräuchte es eine Forschungsarbeit mit einer geschlossenen Befragung (Kaiser, 2014, S. 2) mit allen Gemeinden im Kanton. Die für diese Arbeit geführten offenen Befragungen (Kaiser, 2014, S. 2) zeigen aber bereits, dass es Unterschiede gibt, wie das Case Management in den Gemeinden gemacht wird. Das ist eine wichtige Erkenntnis, die in die abschliessende Beurteilung des Thurgauer Systems einfließen wird. Das Interview mit der im kantonalen Gesundheitsamt dafür zuständigen Abteilungsleiterin gibt einen vertieften Einblick in die Argumentation, warum der Thurgau so sehr an der Liste für säumige Prämienzahlende festhalten will. Im Gespräch mit dem Präsidenten der Thurgauer Ärztesgesellschaft konnte herausgefunden werden, wie sehr (oder wie wenig) die Ärzteschaft mit der Thematik vertraut ist, was die Aufgabe der Ärzteschaft im Case Management ist oder sein könnte, und was für Folgen die Praxis im Thurgau für die Leistungserbringer:innen im Gesundheitswesen hat. Die vier qualitativen Experteninterviews haben auch geholfen, aus einer kritischen Ausgangshaltung in die für eine wissenschaftliche Arbeit notwendige «Neutralität und Offenheit des Forschers gegenüber neuen Erkenntnissen» (Kaiser, 2014, S. 11) hineinzukommen. In einem möglichst neutralen Zuhören konnten so auch die Argumente kennenlernt werden, die für das Führen einer solchen Liste sprechen. Bei der Sicherung der Ergebnisse der Interviews wurde aus den Varianten «Gedächtnisprotokoll» und «Transkription» (Kaiser, 2014, S. 105) eine Zwischenform verwendet. Die mit dem Smartphone aufgenommenen Gespräche wurden nicht ganz wörtlich transkribiert, sondern im Anschluss an die Gespräche die Gedankengänge thematisch geordnet und redaktionell bearbeitet. Anschliessend wurden die verschriftlichten Interviews den befragten Personen geschickt, damit sie diese (wenn nötig) korrigieren oder ergänzen könnten. Daraus hat sich eine weitere Kommunikation mit den Interviewpartner:innen ergeben, was zu einem zusätzlichen Informationsgewinn geführt hat.

#### **1.4. «Schwarze Liste»**

In den Medien und in der politischen Diskussion wird die Erfassung von säumigen Prämienzahlenden oft als Führen einer «schwarzen Liste» bezeichnet. Mit dieser Begrifflichkeit wird die Diskussion von den Gegner:innen der Listeführung emotionalisiert. Die im «sozialpolitisch rückständigen Mostkanton» (Thurgau) geführte schwarze Liste sei «ein reines Folterinstrument», stand in der WOZ am 19. September 2019 (Fagetti, 2019). Für das Hilfswerk Caritas sind die unmenschlichen schwarzen Listen Symbolpolitik, die von vom wahren Problem der zu hohen Prämien ablenken, aber für die Betroffenen fatale Folgen hätten („Der Ständerat soll unmenschliche schwarze Listen abschaffen“, 2021). «Schwarze Liste als Todesurteil» war der Titel eines prämierten Artikels einer Medizinstudentin in der Schweizerischen Ärztezeitschrift (Cavelti, 2019). Das sind nur einige Beispiele für eine grosse Zahl von Beiträgen, die in den Medien in den vergangenen Jahren mit dem Titel «schwarze Liste» erschienen sind. Zur Versachlichung der Diskussion wird die Bezeichnung «schwarze Liste» in dieser Arbeit nicht verwendet. Stattdessen wird die neutrale Bezeichnung «Liste für säumige Prämienzahlende (oder Prämienzahler)» (LsP) benützt, wie sie auch in den offiziellen Verlautbarungen im Kanton Thurgau gefunden werden kann. Zur Vereinfachung wird oft auch nur von der Liste gesprochen, weil aus dem Zusammenhang klar ist, um welche Liste es sich handelt.

#### **1.5. Aufbau**

Die Arbeit ist in drei Teile aufgebaut. Zuerst werden die gesetzlichen Grundlagen für das Führen einer Liste für säumige Prämienzahlende in der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung dargestellt. Dabei wird neben einem Vergleich mit anderen Kantonen, die ebenfalls eine solche Liste führen, auch auf die aktuell diskutierten und zum Teil bereits beschlossenen Gesetzesänderungen eingegangen. Anschliessend wird gefragt, ob ein Ausschluss einer Gruppe von Menschen von einem grossen Teil der Leistungen der medizinischen Grundversicherung mit den von der Verfassung geschützten Grundrechten vereinbar ist. Im dritten Kapitel werden zusammenfassend die Auswirkungen und der Nutzen der Liste für die betroffenen Personen, den Kanton und die Gemeinden, die Leistungserbringer:innen im Gesundheitswesen und die Krankenversicherungen dargestellt.

Auch wenn es in dieser Arbeit vor allem um juristische Fragen geht, wird auch mit einem sozialarbeiterischen Blick auf die Praxis mit der Liste für säumige Prämienzahlende geschaut. Stimmt das oft gehörte Argument, dass mit der Liste für säumige Prämienzahlende ein wirksames Case Management für mit Schulden belastete Menschen betrieben werden kann? Mit diesem mehrdimensionalen Blick auf die Liste aus einer juristischen und einer sozialarbeiterischen Perspektive werden

die argumentativen Grundlagen erarbeitet, um in einem Abschlusskapitel zu einem abschliessenden Urteil über die Liste für säumige Prämienzahlende zu kommen, wie sie im Kanton Thurgau geführt wird.

## 2. Gesetzliche Grundlagen

### 2.1. Liste für säumige Prämienzahlende im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

#### 2.1.1. Prinzipien der sozialen Krankenversicherung

Die Probleme und die kontroversen Diskussionen, die durch die Nichtbezahlung von Rechnungen der Krankenkasse verursacht werden, sind begründet in der Art und Weise, wie in der Schweiz die soziale Krankenversicherung ausgestaltet ist. Um die Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Liste für säumige Prämienzahlende zu verstehen, müssen darum zuerst die Grundzüge der Krankenversicherung beschrieben werden.

Weil die Menschen ab Ende des 19. Jahrhunderts vermehrt in Fabriken arbeiteten, waren sie zunehmend den Risiken von Krankheit, Unfall und Invalidität ausgesetzt (Fiorentzis et al., 2016, S. 11). In bescheidenem Umfang wurden erkrankte oder verunfallte Arbeitnehmer:innen zuerst mit Beiträgen aus privaten und betrieblichen Hilfskassen unterstützt, in denen das Prinzip der Solidarität zwischen Kranken und Gesunden bereits umgesetzt wurde (Fiorentzis et al., 2016, S. 12). Im Jahre 1890 wurde eine Grundlage für die Krankenversicherung in die Bundesverfassung aufgenommen (Widmer, 2021, S. 233). Die daraus sich ergebende Gesetzgebung (Vorgängergesetze des KVG und des UVG) bildet damit «quasi die 'Wiege' des Systems der schweizerischen Sozialversicherungen» (Kieser, Mosimann, Gehring, Bollinger & Frey, 2018, S. 5). Mit dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1912 wurde das Versicherungsobligatorium für einzelne Berufsgruppen, vor allem Arbeitnehmer:innen aus der Industrie, festgelegt (Fiorentzis et al., 2016, S. 12). Auch weil die Versicherungsprämien von den Steuern abgezogen werden konnten, waren schon vor dem Inkrafttreten eines allgemeinen Versicherungsobligatoriums mit dem KVG (1996) 97% der Schweizer Bevölkerung krankenversichert (Fiorentzis et al., 2016, S. 12). Beim Solidaritätsprinzip gab es vor dem KVG noch viele Einschränkungen. Kranke, Alte und Frauen bezahlten mehr als Gesunde, Junge und Männer. Der Versicherungswechsel war mit Nachteilen verbunden, sodass es kaum einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gab (Fiorentzis et al., 2016, S. 13–14). Die staatlichen Beiträge wurden pauschal an die Krankenkassen ausbezahlt, sodass nach dem Giesskannenprinzip arme und reiche Menschen gleich unterstützt wurden (Fiorentzis et al., 2016, S. 14).

Erst mit dem vom Volk am 4. Dezember 1994 im Rahmen einer Referendumsabstimmung angenommenen und am 1. Januar 1996 in Kraft gesetzten Krankenversicherungsgesetz (Widmer, 2021, S. 234) wurde in der Schweiz eine Krankenversicherung als wirklich solidarische Versicherung für

alle Bewohner:innen in der Schweiz etabliert. Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen sich obligatorisch einer Krankenkasse nach eigener Wahl anschliessen, inklusive Ausländer:innen mit einer Aufenthalts- oder Kurzaufenthaltsbewilligung, Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Ausländer:innen oder solche, denen vorübergehend Schutz gewährt wurde (Widmer, 2021, S. 235). Das Solidaritätsprinzip wird gestärkt durch einheitliche Prämien für alle Versicherte in einer bestimmten Prämienregion. Alle zahlen die gleiche Prämie, unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand (Fiorentzis et al., 2016, S. 15–16). Tiefere Prämien gibt es nur für Kinder bis 18 Jahre und für junge Erwachsene bis 25 Jahre (Widmer, 2021, S. 241). Jede Krankenkasse muss aus der Grundversicherung die gleichen Leistungen bezahlen, wie sie im KVG aufgelistet sind (Widmer, 2021, S. 250–252), und sie muss mit allen anerkannten Leistungserbringern (Kontrahierungszwang) einen Vertrag eingehen (Widmer, 2021, S. 253). Ein Versicherungswechsel ist mindestens einmal Mal pro Jahr unabhängig von Alter und Gesundheitszustand möglich, ohne dass dabei Nachteile in Kauf genommen werden müssen (Widmer, 2021, S. 248). Zwischen den einzelnen Krankenkassen gibt es zwar Unterschiede in der Prämienhöhe, diese werden aber zum Teil durch einen Risikoausgleich korrigiert. Krankenkassen mit einer guten Risikostruktur (weniger kranke und alte Menschen im Versicherungskollektiv) müssen zugunsten von Kassen mit einer schlechten Risikostruktur Abgaben entrichten (Widmer, 2021, S. 246). Damit nicht nur die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch zwischen reicheren und ärmeren Personen funktioniert, werden Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen mit individuellen Prämienverbilligungen durch Beiträge der öffentlichen Hand unterstützt (Widmer, 2021, S. 245–246). Zudem wird auch ein Teil der Behandlungskosten (u.a. Beiträge an stationäre Behandlungen, Spitäler, Pflegeleistungen in Heimen oder Spitex) aus Steuergeldern finanziert, was auch zu einer solidarischen Umverteilung von Reich zu Arm führt (Widmer, 2020, S. 39). Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass in der Schweiz mit 36% auch der Anteil an Behandlungskosten, die privat finanziert werden, sehr hoch ist (Widmer, 2020, S. 40). Zu diesen privat finanzierten Leistungen gehören nicht nur (alternative) Wahlbehandlungen, sondern durchaus auch medizinische Grundleistungen, wie zum Beispiel Zahnarztbesuche, ein Teil der Pflegekosten oder benötigte Betreuungsleistungen. Ärmere oder kranke Menschen haben auch kaum die Möglichkeit, bei der Krankenkasse Zusatzversicherungen abzuschliessen, weil diese nicht dem KVG, sondern privatrechtlich dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt sind (Widmer, 2021, S. 275).

Zusammengefasst kann gesagt werden: das Obligatorium, die Einheitsprämie, die Freizügigkeit, der Risikoausgleich und die Prämienverbilligung bilden das Fundament der Solidarität in der Krankenversicherung (Fiorentzis et al., 2016, S. 16).

Die auf den 1. Januar 2000 in Kraft getretene Bundesverfassung (SR 101) regelt die Krankenversicherung in Artikel 117 (Widmer, 2021, S. 233):

*1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.*

*2 Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.*

Eine Mehrheit der Bevölkerung könnte die anfallenden Gesundheitskosten auch aus dem laufenden Einkommen bezahlen, weil sie nicht so häufig eine Behandlung braucht. Mit der Bezahlung der Prämie solidarisiert sie sich aber mit der Minderheit jener Menschen, die eine oder mehrere teure Behandlungen brauchen, die sie sich ohne Versicherung kaum leisten könnten (Widmer & Siegenthaler, 2019, S. 10). Mit der Finanzierung eines Teils der Gesundheitskosten aus den allgemeinen Steuergeldern (u.a. individuelle Prämienverbilligungen und kantonale Beiträge an stationäre Behandlungen und Pflegedienstleistungen) soll zudem gewährleistet werden, dass sich auch ärmere Menschen eine Krankenversicherung leisten können.

Diese Solidaritätsprinzipien werden aber nicht überall konsequent eingehalten. Dies wird verursacht durch die Massnahmen, mit welchen bei aller Solidarität auch die (Eigen)Verantwortung gefördert werden soll (Widmer & Siegenthaler, 2019, S. 11–12). Mit der Wahl von höheren Franchisen (bis CHF 2'500) kann die Prämie reduziert werden, was zu einer Bevorteilung von gesunden gegenüber kranken Menschen und zu einer Entsolidarisierung führt (Widmer, 2021, S. 242–243). Problematisch kann es vor allem dann werden, wenn Menschen mit geringen Einkommen zur Einsparung von Kosten hohe Franchisen wählen. In der Situation der Krankheit fehlt dann oft das Geld, um die Selbstkostenbeiträge bezahlen zu können (Sax, 2020, S. 291). Die Krankenkassen können auch eine «Bonusversicherung» anbieten, die bei «Schadenfreiheit» während einer Beobachtungsperiode von 12 Monaten eine Ermässigung vorsieht (Widmer, 2021, S. 243–244). Auch dieses Versicherungsmodell bedeutet eine Verletzung des Solidaritätsprinzips. Nicht problematisch aber sind die von den Krankenkassen angebotenen Versicherungen mit eingeschränktem Wahlrecht (HMO, Hausarzt-Modell oder Lightmodell), weil davon auch kranke Menschen profitieren können (Widmer, 2021, S. 244).

Das System der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz mit einkommensunabhängigen Kopfprämien ist einmalig innerhalb von Europa (Sax, 2020, S. 291). «In den meisten Ländern wird die Grundversorgung grösstenteils über Lohnbeiträge und/oder über direkte Steuern finanziert» (Sax,

2020, S. 291). Politische Vorstösse, die privaten Krankenkassen abzuschaffen und eine Einheitskasse einzuführen, sind bereits mehrmals gescheitert (Fiorentzis et al., 2016, S. 26–27). Statt einer staatlichen Einheitskasse soll mit einem regulierten Wettbewerb zwischen privaten Versicherungsanbietern mehr Effizienz ins System gebracht werden (Fiorentzis et al., 2016, S. 15). Gelungen ist dies aber nicht, wie die seit der Einführung vom KVG im Jahre 1996 gestiegenen Kosten eindrücklich belegen. «Eines hingegen steht fest: Das KVG konnte die Kosten nicht dämpfen» (Fiorentzis et al., 2016, S. 29). Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen, was die Gründe dafür sind und wie das System effizienter gestaltet werden könnte, sind nicht ein Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Dafür kann auf eine Publikation von Werner Widmer verwiesen werden, in der die drei Lösungsansätze «Status Quo», «Verstaatlichung Gesundheitswesen» und «Liberales Reformmodell» diskutiert und miteinander verglichen werden (Widmer, 2011).

Die Ausgestaltung der Krankenversicherung als einer obligatorischen Versicherung mit einem regulierten Wettbewerb zwischen privaten Versicherungsgesellschaften führt aber auch zu jener Problematik, die Thema dieser Arbeit ist. Wenn die Unterstellung unter eine Versicherung zwar obligatorisch ist, dieses Obligatorium aber in Eigenverantwortung von jeder oder jedem einzelnen durch einen selbständigen Beitritt zu einer Versicherung ihrer oder seiner Wahl eingelöst werden muss (Kieser, 2019, S. 25), dann wird es immer Menschen geben, die aus verschiedenen Gründen das vom Gesetz geforderte nicht tun oder nicht tun können. «Das Gesetz schreibt eine Versicherungspflicht und nicht eine automatische Versicherung vor» (Indra, Januth & Cueni, 2015, S. 217–218). Wenn jemand der Beitrittspflicht nicht selbständig nachkommt, dann wird diese Person einem Krankenversicherer zugewiesen (Kieser, 2019, S. 25). Ob diese Person dann die ihr oder ihm zugeschickten Rechnungen bezahlen wird, ist damit aber nicht geklärt. Die Beitrittskontrolle führt nur dazu, dass fast die ganze Bevölkerung einer Krankenkasse angeschlossen ist (Indra et al., 2015, S. 218), garantiert aber nicht, dass auch die Rechnungen von allen bezahlt werden. Und wenn es zu einer Nichtbezahlung von Krankenkassenrechnungen durch eine Vielzahl von Menschen kommt, dann kann das nicht hingenommen werden, weil damit der Charakter der Krankenversicherung als einer allgemeinen Sozialversicherung für alle gefährdet ist. Bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 hätte es klar sein müssen, dass es zu diesem Problem kommen wird. Erst am 1. Januar 2006 wurde aber mit der Einfügung von Artikel 64a als Teil der 3. KVG-Revision eine formell-gesetzliche Grundlage über die Verzugsfolgen ins KVG aufgenommen (Bühler & Egle, 2020, S. 1018–1019).

Wegen dem Obligatorium als Sozialversicherung ist es im Unterschied zu den privatrechtlich geregelten Zusatzversicherungen bei der Krankenkasse (Art. 21 Abs. 1 VVG, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 221.229.1) bei einem eingetretenen Zahlungsverzug nicht möglich, in der Grundversicherung gemäss KVG einen Vertrag stillschweigend auslaufen zu lassen. Bei nichtbezahlten Rechnungen bleibt das Versicherungsverhältnis unkündbar bestehen, ein Wechsel zu einer anderen Versicherung ist nicht möglich (Art. 64a Abs. 6 KVG). Eine Kündigung oder ein Auslaufenlassen des Vertrags sind im Unterschied zu Versicherungen gemäss VVG (santésuisse, 2022, S. 19) im KVG keine Optionen, das Problem muss anders gelöst werden.

### 2.1.2. Artikel 64a KVG

Nach Einführung des KVG wurde der Zahlungsverzug zuerst nur in Verordnungen geregelt (Bühler & Egle, 2020, S. 1018). Erfahrungen von Krankenversicherern aber, dass Prämien- und andere Zahlungsausstände ein problematisches Ausmass angenommen hatten (Bühler & Egle, 2020, S. 1019), führten 2006 zur Einführung von Art. 64a KVG. Der Gesetzgeber wollte mit einer ganzheitlichen Lösung des Problems wachsender Zahlungsausstände «ins. den Krankenversicherern wirksamere Instrumente zur Verfügung stellen» (Bühler & Egle, 2020, S. 1019). Bezahlte die versicherte Person trotz Mahnung nicht und wurde im Betreibungsverfahren bereits ein Fortsetzungsbegehren erstellt, so wurde vom Versicherer die Übernahme der Kosten aufgeschoben (Art. 64a Abs. 2 aKVG, Fassung vom 18.03.2005, AS 2005 3587). Die Behandlungskosten wurden erst (auch rückwirkend während der Zeit des Aufschubs) nach Begleichung aller Schulden bezahlt (Art. 64a Abs. 3 aKVG). Eine Bestimmung über Notfallbehandlungen gab es in der ersten Fassung von Art. 64a KVG nicht. Für eine notwendige Notfallbehandlung mussten die Leistungserbringer:innen mit den Sozialen Diensten in den Gemeinden über die Kostenübernahme verhandeln (Interview 4, Frage 10). Mit dieser neuen Regelung war das Problem aber nicht gelöst (Widmer, 2021, S. 260). Mit der grossen Anzahl an Menschen, die von einem Leistungsaufschub betroffen waren, war die Solidarität der Krankenversicherung als Ganzes in Frage gestellt (Bühler & Egle, 2020, S. 1019). Zudem gab es die weiterhin ungelösten Inkassoschwierigkeiten (Bühler & Egle, 2020, S. 1019), die Leistungserbringer:innen blieben auf vielen unbezahlten Rechnungen. Die Krankenversicherer durften nicht bezahlen, die betroffenen Personen konnten die Behandlungskosten oft nicht aus dem laufenden Einkommen begleichen, und die Gemeinden mussten entscheiden, was sie als Notfallkosten übernehmen und was nicht. Nationalrat Christian Lohr (Die Mitte, TG) erinnerte in seinem Votum im Natio-

nalrat am 16.12.2021 an diese Problematik, dass beim leidigen Thema der Vollstreckung der Prämienleistungspflicht «der Ball zwischen verschiedenen Ebenen immer wieder hin- und hergeschoben wird» (Lohr, 2021).

Bereits sechs Jahre nach Inkrafttreten wurde darum Art. 64a KVG umfassend revidiert und erweitert (Bühler & Egle, 2020, S. 1019). Mit dieser Revision «wurde das Problem gelöst, dass Leistungserbringer auf unbezahlten Rechnungen sitzenblieben, weil die Versicherer die Kostenübernahme für Leistungen bei säumigen Versicherten grundsätzlich aufschoben» (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 7). Kern der Revision war die Einführung der 85%-Regel (Art. 64a Abs. 4). Seit 2006 müssen die Kantone 85% der ausstehenden Forderungen (Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten) den Krankenkassen bezahlen (Widmer, 2021, S. 260), sofern die gesetzlich vorgeschriebene Betreuung zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt hat (Art. 64a Abs. 3 KVG). Weil bei einem Rechtsvorschlag im Betreibungsverfahren die Krankenversicherer auch gleichzeitig als Rechtsöffnungsinstanz handeln, hat der Gesetzgeber genau definiert (Art. 64a Abs.), wie die Versicherten vor der Einleitung der Betreuung mit einem zweistufigen Mahnverfahren kontaktiert werden müssen (Bühler & Egle, 2020, S. 1030–1033).

Die 85%-Regelung bewirkt bei den versicherten Personen keinen Schuldenabbau, die Schuld bleibt zu 100% bestehen (S. Renner, Interview 3, Frage 3). Die Verlustscheine bleiben weiterhin bei den Krankenkassen (Art. 64a Abs. 5 KVG) und werden von diesen bewirtschaftet, die säumige versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln (Art. 64a Abs. 6), und bei einer erfolgreichen erneuten Zahlungseinforderung muss der Versicherer (nur) 50% des erhaltenen Betrags dem Kanton zurückerstatten (Art. 64a Abs. 5 KVG). Was es aber nicht mehr gibt, ist der Leistungsaufschub, auch bei ausstehenden Prämien besteht ein vollumfänglicher Versicherungsschutz (Widmer, 2021, S. 260). Die Krankenversicherer bezahlen weiterhin für medizinische Leistungen, weil sie mit der 85%-Regelung finanziell abgesichert sind. Im schlimmsten Fall beträgt der Verlust für die Versicherer nur 15% der in Rechnung gestellten Beträge, im besten Fall erhalten sie später 135% des ursprünglichen Rechnungsbetrags (S. Renner, Interview 1, Frage 4).

Das ist die allgemeine Regelung. Mit Art. 64 Abs. 7 hat der Gesetzgeber eine Tür für kantonale Sonderlösungen geöffnet (Bühler & Egle, 2020, S. 1045–1052). Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Ein Listeneintrag führt zu einem Aufschub der Übernahme der Kosten durch die Versicherer bis alle offenen Rechnungen beglichen

sind. Der Unterschied zum früheren Leistungsaufschub (Art. 64a Abs. 2 aKVG, Fassung vom 18.03.2005) ist, dass mit der neuen Regelung die Krankenkassen Notfallbehandlungen bezahlen müssen. Trotz diesem Unterschied «steht Abs. 7 den ursprünglichen Revisionsbestrebungen diametral entgegen, wonach den Leistungssistierungen eigentlich ein Ende gesetzt werden sollte» (Bühler & Egle, 2020, S. 1045). Warum hat der Gesetzgeber diese kantonalen Sonderlösungen zugelassen? Hier kommt der Kanton Thurgau ins Spiel. Abs. 7 ist angelehnt an das sog. «Thurgauer Modell», nach welchem der Kanton Thurgau bereits seit 2007 eine Liste für säumige Prämienzahlende führte und welches in den parlamentarischen Beratungen viel Zuspruch fand (Bühler & Egle, 2020, S. 1045).

Der Kanton Thurgau hat auch den Anstoss dazu gegeben, dass nur fünf Jahre nach der ersten Revision seit 2017 wieder über Art. 64a KVG gesprochen wird (Heidelberger, 2022). Dies hat zu den Änderungen geführt, welche die eidgenössischen Räte mit Schlussabstimmungen am 18. März 2022 beschlossen haben (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a, S. 1).

### 2.1.3. Beschlossene Änderungen (2022)

Am 30. Mai 2016 reichte der Kanton Thurgau die Standesinitiative «Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten» ein, die vom Thurgauer Grossen Rat mit 117:0 Stimmen verabschiedet worden war (Heidelberger, 2022, S. 2; Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 6). Damit beantragte der Kanton Thurgau, dass die Kantone neben dem bisherigen Verfahren neu die Möglichkeit erhalten sollten, 90% statt nur 85% der Schuldscheinbeträge zu bezahlen, womit die Kantone von den Krankenkassen die Verlustscheine erhalten könnten. Die Standesinitiative war vom Verband der Thurgauer Gemeinden angestossen worden, da im Thurgau als einzigem Kanton die Gemeinden mit den an die Krankenkassen zu bezahlenden Verlustscheinbeträgen belastet werden (Heidelberger, 2022, S. 2). Den Krankenkassen wurde vorgeworfen, sie würden sich zu wenig um die Eintreibung der Schulden kümmern (S. Renner, Interview 1, Frage 18), weshalb den Gemeinden die Möglichkeit gegeben werden sollte, die Verlustscheinbewirtschaftung selbst zu übernehmen.

Der Ständerat nahm als dafür zuständiger Erstrat die Thurgauer Standesinitiative zur Gelegenheit, wieder einmal ganz grundsätzlich über Art. 64a KVG zu sprechen, was zu einer Fristenverlängerung für die parlamentarischen Diskussionen führte (Heidelberger, 2022, S. 2). Ständerat Jakob Stark (SVP, TG) protestierte gegen diese Fristenverlängerung mit dem Hinweis, dass die Standesinitiative nur einen Gegenstand betreffe, der in Art. 64a KVG enthalten sei. Es gehe nur um einen Vorschlag,

wie die Kantone in den Besitz der Verlustscheine kommen könnten (Stark, 2020). Er konnte aber nicht verhindern, dass in den eidgenössischen Räten, auch im Zusammenhang mit weiteren Vorstössen zur Revision von Art. 64a KVG (Heidelberger, 2022), über die Vielzahl an Themen im Abschnitt «Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen» gesprochen wurde. In der parlamentarischen Diskussion zeigte sich der Kanton Thurgau, wie auch schon früher, wieder als «überzeugter Vertreter der Liste» (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 11). Zur Enttäuschung der Listengegner:innen ist es nicht zur Streichung von Art. 64a Abs. 7 KVG gekommen, wie es auch Nationalrat Angelo Barrile (SP, ZH) in einer Motion gefordert hatte (Barille, 2018). Verschiedene Änderungen in Art. 64a und an anderen Stellen im KVG sind aber beschlossen worden. Im Folgenden werden jene Änderungen aufgelistet, die für das Thema dieser Arbeit wichtig sind (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a, S. 1–2). Gegen die am 18. März 2022 beschlossenen Änderungen ist kein Referendum ergriffen worden. So werden spätestens 2024 (S. Renner, Interview 1, Frage 17) folgende Neuerungen in Kraft treten:

- Prämien für Kinder sind ausschliesslich von den Eltern geschuldet. Sie können nach Eintritt der Volljährigkeit nicht mehr auf das Kind übertragen werden. Eine dazu eingeleitete Betreuung ist nichtig (Art. 61 Abs. 1 und 2 KVG).
- Eine Person darf in einem Kalender höchstens je zwei Mal für eigene Ausstände und Ausstände des Kindes betrieben werden (Art. 64a Abs. 2 KVG). Das ist eine kleinere Änderung, die aber dazu beitragen kann, die Schulden tiefer zu halten.
- Die Pflicht der Kantone, 85% der offenen Beträge an die Krankenkassen zu bezahlen, bleibt bestehen. Neu können die Kantone die Verlustscheine übernehmen und selbst bewirtschaften, wenn sie zusätzlich fünf Prozent der Forderungen der Krankenkassen bezahlen (Art. 64a Abs. 5 KVG). Die versicherten Personen müssen vom Kanton über die Abtretung informiert werden (Art. 64a KVG Abs. 5). Die Kantone können wählen, welche von den beiden Varianten sie anwenden wollen. Mit dieser Änderung wird das Anliegen der Thurgauer Standesinitiative ins KVG aufgenommen. Für den Kanton Thurgau ist wichtig, dass sich die Kantone nicht pauschal für eine der Optionen entscheiden müssen, sondern dass dieser Entscheid in einer Einzelfallprüfung in den Gemeinden gefällt werden kann (S. Renner, Interview 1, Frage 18). Weil eine Verlustscheinbewirtschaftung aufwändig ist, sollen die Gemeinden je nach Situation entscheiden können, ob sie einen Verlustschein übernehmen wollen oder nicht. Der Kanton Thurgau wird sich dafür einsetzen, dass dies in der Ausführungsbestimmung zu der beschlossenen Gesetzesänderung so festgelegt wird.

- Bei einer Abtretung der Verlustscheine an die Kantone können die versicherten Personen die Versicherung wieder wechseln (Art. 64a Abs. 5 KVG). Ohne Verlustscheinübertragung ist das weiterhin nicht möglich.
- In Art. 64a Abs. 7 KVG wird neu eine Definition des Notfalls ins KVG aufgenommen (siehe Kap. 3.3. in dieser Arbeit).

Interessant für unser Thema ist auch eine gleichzeitig beschlossene Änderung im SchKG (Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, SR 281.1). Auf Antrag der Schuldner:innen können neu bei einer Lohnpfändung die Arbeitgeber:innen angewiesen werden, zusätzlich den für die Bezahlung der laufenden Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erforderlichen Betrag an das Amt zu überweisen (Art. 93 Abs. 4 SchKG). Das Betreibungsamt begleicht damit die laufenden Rechnungen bei der Krankenkasse. So kann sichergestellt werden, dass die Krankenversicherungskosten bei der Berechnung des betreibungsrechtlichen Existenzminimums berücksichtigt und nicht zweckentfremdend ausgegeben werden. Mit diesem Auftrag an das Betreibungsamt wird ein aus sozialarbeiterischer Sicht sinnvolles Vorgehen aus einem Pilotprojekt der Stadtzürcher Betreibungsämter ins Bundesgesetz aufgenommen („Diese Schuldenfälle ging vergessen“, 2021; S. Renner, Interview 1, Frage 19).

## **2.2. Liste für säumige Prämienzahlende im Kanton Thurgau**

### 2.2.1. Das sog. «Thurgauer Modell»

In den Diskussionen zu Art 64a KVG wird oft der Begriff «Thurgauer Modell» verwendet (Bühler & Egle, 2020, S. 1045). So hat die Schweizerische Volkspartei (SVP) bei der Einführung von Art. 64a Abs. 7 KVG gefordert, dass der vom Gesetz ermöglichte Sonderweg der Listenführung von allen Kantonen gegangen werden sollte. Die Kantone könnten sich «dabei an dem von der SVP des Kantons Thurgau initiierten und seit 2007 in Kraft befindlichen und bewährten ‘Thurgauer-Modell’ orientieren» (Schweizerische Volkspartei SVP, 2011). Ständerat Jakob Stark (SVP TG) hat den jüngsten Entscheid der nationalen Räte, dass die Möglichkeit der Listenführung im KVG enthalten bleibt, als «Erfolg für das Thurgauer Modell» kommentiert (Stark, 2022). Der Begriff «Thurgauer Modell» scheint aber etwas hochgegriffen zu sein. Ein Modell ist «ein normativer Massstab, ein vorgegebenes Original, das als Vorgabe und Kriterium gelten soll» (Diaz-Bone & Weischer, 2015, S. 276). Für eine Modellbildung braucht es theoretische Annahmen und Kenntnisse über den zu untersuchenden Gegenstandsbereich und die Prüfung der Annahmen der Kasualbeziehungen mit Daten (Diaz-Bone & Weischer, 2015, S. 277). Die Regelung, wie mit säumigen Prämienzahlenden im Kanton

Thurgau umgegangen wird, besteht aber nur aus einigen Paragraphen in der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (RB 832.10) und einem 8-seitigen Merkblatt, in dem vor allem technische Abläufe in der Listenführung und der finanziellen Unterstützung der Gemeinden durch den Kanton bei der Übernahme von Leistungsausständen bei der Krankenkasse geregelt sind (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017). Barbara Kern, ehemalige Präsidentin der SP Thurgau und als frühere Kantonsrätin und Stadträtin in Kreuzlingen in die Diskussion über die Liste involvierte Politikerin, hat den Verfasser dieser Arbeit in einer persönlichen Mitteilung (E-Mail vom 22.08.2022) darauf aufmerksam gemacht, dass es zu der Thematik bis dato keine unabhängige wissenschaftliche Evaluation gibt. Der Kanton Thurgau beziehe sich auf «rein politische Aussagen und nicht auf wissenschaftliche Erkenntnisse». Diese Vorbemerkung zum Kapitel über die Gesetzgebung im Kanton Thurgau ist insofern wichtig, weil in der Verordnung und in der politischen Diskussion von den Sozialwissenschaften übernommene Begriffe verwendet werden (z.B. «Case Management»). Das «Thurgauer Modell» ist aber nichts mehr als ein politischer Entscheid des Regierungsrates, in der Verordnung über das Gesetz zu der Krankenversicherung zu definieren, wie im Kanton Thurgau eine Liste für säumige Prämienzahlende in Kombination mit einem Case Management geführt wird. Die Regelung im Thurgau ist nicht ein Modell, sondern *ein* Weg, wie Art. 64a KVG kantonal umgesetzt wird. Damit der Thurgauer Sonderweg zu einem Modell werden könnte, bräuchte es eine wissenschaftliche Studie, die auch in der gegenwärtigen Vernehmlassung zur Änderungen des kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a) nicht in Auftrag gegeben worden ist.

Bei der Einführung der Liste (2007) war die Regelung im Kanton Thurgau allerdings noch kein Sonderweg. Damals gab es auch in den anderen Kantonen, welche keine Liste führten, einen bei Nichtbezahlung der Rechnungen von den Krankenkassen verfügbaren Leistungsaufschub (Art. 64a Abs. 2 aKVG, Fassung vom 18.03.2005). Die Liste war nur als Information gedacht über einen unabhängig davon auch bestehenden Leistungsaufschub. Erst mit der Revision 2012 ist die Thurgauer Regelung zu einer kantonalen Sonderlösung geworden (Bühler & Egle, 2020, S. 1045). Im folgenden Kapitel wird dieser «Thurgauer Sonderweg» beschrieben, wie er vom Regierungsrat auf der Verordnungsstufe festgelegt wurde.

### 2.2.2. Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung

In § 9 Art 1. TG KVV (RB 832.19) wird gesagt, dass der Kanton eine Liste für säumige Prämienzahlende führt: «Der Kanton führt eine Liste gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG von volljährigen Personen, die

ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen. Er betreibt dafür eine elektronische Applikation und macht die Liste den Berechtigten zugänglich.» Der Eintrag auf der Liste führt zu einem Leistungsaufschub bei der Krankenkasse für die betroffenen Personen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen.

Bei der Umsetzung dieses Auftrags ist der Kanton gemäss § 9 Abs. 1-5 TG KVV für die Datenerfassung auf der Liste nach Meldung durch die Versicherung, die Meldung an die Versicherer über den erfolgten Eintrag, das Informieren der zuständigen Gemeinde, die Weiterleitung der Meldung des Versicherers über die Aufhebung des Leistungsaufschubs an die Gemeinde, das Löschen des Listeneintrags auf Meldung der Gemeinde und den Entscheid über die Rechtmässigkeit des Listeneintrags auf Antrag der betroffenen Person zuständig. Für diese kantonalen Aufgaben liegt die materielle Zuständigkeit beim Amt für Gesundheit (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 1). Es erstellt die kantonalen Rechtsgrundlagen sowie Weisungen gegenüber dem Sozialversicherungszentrum Thurgau (SVZ TG) und den Gemeinden, kümmert sich um die Verteilung der Mittel aus dem Topf der individuellen Prämienverbilligungen (inklusive Budgeterstellung) und ist Ansprechperson für die kantonale Durchführungsstelle und die Gemeinden (Renner, 2022, S. 2). Die operative Zuständigkeit als kantonale Behörde gemäss Art. 64 a KVG für die Listenführung, die Bearbeitung der Verlustschein-Schlussrechnungen und die Weiterverrechnung an die Gemeinden hat der Regierungsrat dem Sozialversicherungszentrum Thurgau (SVZ TG) übertragen (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 2; Renner, 2022, S. 2). Der Listeneintrag erfolgt automatisiert bei Anhebung der Betreibung, es gibt keinen Ermessensspielraum zur Beurteilung von Einzelsituationen (S. Renner, Interview 1, Frage 13). Ist die Person mit dem Listeneintrag nicht einverstanden, kann ein rechtsmittelfähiger Entscheid verlangt werden (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 3; S. Renner, Interview 1, Frage 23).

Einsicht in die Liste für säumige Prämienzahlende haben die kantonale Behörde (SVZ TG), die Politischen Gemeinden des Kantons, das Amt für Gesundheit, der Datenschutzbeauftragte und die zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer:innen, sofern sie über eine Zahlenstellenummer der Versicherer verfügen (§ 9 Abs. 2-3 TG KVV). In der IT-Applikation TG-Kamesa (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 1) können auch die Gemeinden Aktualisierungen auf der Liste eintragen, sie verfügen über Schreib- und Leserechte für die Versicherten mit Wohnsitz oder Aufenthalt in der eigenen Gemeinde (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 3). Die Gemeinden haben neben der kantonalen Behörde, dem Amt für Gesundheit und dem Datenschutzbeauftragten darauf Zugriff (§ 9 Abs. 2 TG

KVV), nicht aber die Leistungserbringer:innen (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 3). Die Erbringer:innen von medizinischen Leistungen gemäss § 9 Abs. 3 TG KVV können die Liste auf der Online-Plattform der Sasis AG ([www.sasis.ch](http://www.sasis.ch)) abrufen (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 3). Die Einträge auf TG-Kamesa und Sasis AG werden gleichzeitig gemacht (S. Renner, Interview 1, Frage 25). So sind auch die Gemeinden und die Leistungserbringer:innen umgehend vom Listeneintrag informiert (S. Renner, Interview 1, Frage 24), sofern sie regelmässig auf die Liste schauen.

Nach dem Listeneintrag liegt die Hauptlast der weiteren Arbeit bei den Gemeinden, in denen die von einem Listeneintrag betroffenen Personen ihren Wohnsitz haben. Die Wohn- oder Aufenthalts-gemeinde ist nach dem ersten Listeneintrag durch das Sozialversicherungszentrum Thurgau für die vollständige Erfassung und die Bereinigung der Daten verantwortlich (§ 10 Abs. 4 TG KVV). Ausserdem sind die Gemeinden für das nach einem Listeneintrag zu erfolgende Case Management zuständig (§ 11 TG KVV). Das Case Management wird weniger als eine Pflicht für die Gemeinden verstanden, sondern es soll ihnen damit ein Werkzeug gegeben werden, um auf sie zukommende finanzielle Forderungen abwehren zu können. Weil der Thurgau als einziger Kanton die Kosten der unbezahlten Krankenkassenrechnungen gemäss Art. 64a Abs. 4 den Gemeinden auferlegt (Heidelberger, 2022, S. 2), sollen sie die Möglichkeit haben, das Entstehen von Verlustscheinen zu vermeiden. Ein Listeneintrag zeigt, dass eine Betreuung von der Krankenkasse eingeleitet worden ist, womit mit einem für die Gemeinde mit Kosten verbundenen Verlustschein oder einem gleichwertigen Rechtstitel gemäss Art. 64a Abs. 3 und § 5 TG KVV gerechnet werden muss. Mit einem Case Management sollen der Versicherungsschutz der betroffenen Personen wiederhergestellt und die Entstehung von Verlustscheinen vermieden werden (§ 11 Abs. 2 TG KVV). Für die Durchführung des Case Managements gibt es für die Gemeinden nur eine gesetzliche Vorgabe. Sie müssen versicherte Personen mit einem Leistungsaufschub über die Eintragung auf der Liste der säumigen Prämienzahlenden und über die damit verbundenen Folgen in Kenntnis setzen (§ 11 Abs. 1 TG KVV). Es reicht, wenn sie dafür einen Brief schicken. Was für weitere Ressourcen die Gemeinden ins Case Management investieren, dürfen sie selbst entscheiden, sie müssen dafür auch vollumfänglich die Kosten tragen (S. Renner, Interview 1, Frage 10). Die Strategien in den Gemeinden, ob und wie das Case Management gemacht wird, sind sehr unterschiedlich. Einige investieren sehr viel in ein beratendes (sozialarbeiterisches) Case Management, andere wollen das Entstehen von Schuldscheinen um jeden Preis verhindern und zwingen die Leute nach zweimaliger erfolgloser schriftlicher Kontaktaufnahme mit polizeilicher Unterstützung und einer Busse zu einem Gespräch (S. Dietrich, Interview 2, Frage 17), und in wiederum anderen Gemeinden ist das Case Management auf die Information der

betroffenen Personen über den Leistungsaufschub beschränkt (S. Renner, Interview 1, Frage 10). Auf der Seite der versicherten Personen mit einem Listeneintrag ist in der Verordnung eine Pflicht zur Mitwirkung im Case Management festgeschrieben (§ 11 Abs. 3 TG KVV). Auf diese Pflicht können sich jene Gemeinden berufen, die mit einer Strafanzeige beim Bezirksgericht die Leute zu einem Gespräch mit der auf der Gemeinde zuständigen Person zwingen wollen (A. Hohengasser, Interview 3, Frage 2). Es gibt für die Betroffenen eine Mitwirkungspflicht, aber keinen gesetzlichen Anspruch auf ein vertieftes Case Management. Wenn eine Gemeinde nicht die Ressourcen dafür anbieten will, dann gibt es im kantonalen Gesetz keine Grundlage, mit der jemand eine engere Beratung und Begleitung einfordern könnte. Sonja Renner, Leiterin Finanzen und KVG im Amt für Gesundheit im Kanton Thurgau, würde gerne genauere Richtlinien herausgeben, was eine Gemeinde im Case Management machen muss (S. Renner, Interview 1, Frage 10). Weil der Föderalismus aber hinunter bis auf die Gemeinden gehe, sei es nicht möglich, den Gemeinden solche Vorschriften zu machen.

Wenn sich im Case Management zeigt, dass jemand die offenen Rechnungen bei der Krankenkasse nicht selbst bezahlen kann, dann gibt es die Möglichkeit, dass die gesamten ausstehenden Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten von der Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde übernommen werden (§ 7 Abs. 1 TG KVV). Auch hier besteht kein Rechtsanspruch, dass die Gemeinde die Forderungen übernehmen muss (Renner, 2022, S. 4). Die Gemeinden können selbst entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen sie einer Schuldenübernahme zustimmen wollen. Weil es keinen Rechtsanspruch auf Übernahme der Schulden durch die Gemeinde gibt, gibt es auch keine Rekursmöglichkeiten (A. Hohengasser, Interview 3, Frage 13). Von der Gemeinde übernommene Ausstände müssen von der versicherten Person zurückerstattet werden (§ 7 Abs. 2 TG KVV). Für die Rückzahlung der Schulden wird eine Vereinbarung ausgearbeitet. Im Unterschied zu der Kostenübernahme gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG findet damit ein Schuldenabbau bei der Krankenkasse statt, und das Verbot, den Versicherer zu wechseln (Art. 64a Abs. 6 KVG), ist mit der Übernahme aller Schulden durch die Gemeinde aufgehoben. Als wichtigstes Kriterium für den Entscheid zu einer Schuldenübernahme gilt in der Regel die Feststellung, dass die laufenden Krankenkassenrechnungen durch die versicherte Person bezahlt werden, damit es nicht erneut zu einem Leistungsaufschub kommt (S. Dietrich, Interview 2, Frage 10).

Zur Abgeltung der von den Gemeinden übernommenen Ausstände der versicherten Personen wird aus den Mitteln der Prämienverbilligungen ein Betrag zur Verfügung gestellt (§ 8 Abs. 1 TG KVV). Die Höhe dieses Betrags wird jährlich vom Regierungsrat festgelegt. An die Beiträge der Gemeinden

für Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel aus Vorjahren erfolgt keine Mitfinanzierung (§ 8 Abs. 1 TG KVV). Der Kanton Thurgau kritisiert andere Kantone, welche die 85% Kostenübernahme an die Krankenkassen gemäss Art. 64a KVG aus dem Betrag für die individuellen Prämienerbilligungen finanzieren (S. Renner, Interview 1, Frage 9). Damit findet gemäss Ständerat Jakob Stark (2018) eine «Zweckentfremdung von Geldern für die individuelle Prämienerbilligung (IPV)» statt. Weil viele auf der Liste keinen Anspruch auf eine IPV haben, stünden so weniger Mittel zur Unterstützung von sozial schwächeren Menschen zur Verfügung (Stark, 2018). Darum verrechnet der Kanton Thurgau die Forderungen der Krankenkassen gemäss Art. 64a KVG an die Gemeinden (§ 6 Abs. 1 TG KVV). Nur wenn die Gemeinden mit einem Case Management die Ausstellung eines Verlustscheins verhindern, können sie eine Unterstützung aus dem vom Regierungsrat jährlich festgelegten Betrag aus den Mitteln für die individuellen Prämienerbilligungen einfordern (§ 8 Abs. 1 TG KVV). In der Unterstützung von Menschen bei der Lösung von finanziellen Problemen in einem Case Management werden aus Sicht des Kantons Thurgau die IPV-Gelder korrekt eingesetzt (S. Renner, Interview 1, Frage 9). Wenn es aber zu einem Verlustschein kommt, dann erhalten die Gemeinden nur bei einer erfolgreichen späteren Betreuung eine Rückerstattung (§ 6 Abs. 2 TG KVV), wobei die Versicherer gemäss Art. 64a Abs. 5 KVG nur 50 Prozent dem Kanton zurückgeben müssen. Mit der kürzlich beschlossenen Revision von Art. 64a KVG werden die Gemeinden bald die Möglichkeit haben, mit der Bezahlung von 90% der Kosten von den Krankenkassen die Verlustscheine zu übernehmen und selbst zu bewirtschaften (Kapitel 2.1.3). Schon jetzt wird das in den Gemeinden gelegentlich zur Kostenoptimierung gemacht (S. Dietrich, Interview 2, Frage 8), wofür die Gemeinden gemäss dem aktuellen Stand der Gesetzgebung 100% der Verlustscheinkosten an die Krankenkassen bezahlen müssen. Ohne eine in einem Case Management erstellte Vereinbarung mit der betroffenen Person findet aber keine Austragung von der Liste statt, auch wenn eine Gemeinde beschliesst, sich mit der Übernahme aller Schulden selbst um die Verlustscheinbewirtschaftung zu kümmern.

Wenn bei einem Umzug die neue Gemeinde in einem Case Management einer Schuldenübernahme zustimmt, dann hat sie das Rückgriffsrecht anteilmässig für in der alten Gemeinde entstandene Forderungen der Krankenkassen (§ 6 Abs. 3 TG KVV). Damit soll ein Wettbewerb unter den Gemeinden gefördert werden (S. Renner, Interview 1, Frage 10). Wenn Gemeinden alte Schulden von ehemaligen Bewohner:innen übernehmen müssen, dann kommen sie vielleicht zur Erkenntnis, dass sie zur Verhinderung dieses Schuldenaufbaus selbst hätten etwas machen können (S. Renner, Interview 1, Frage 10).

Als Alternative zur Bezahlung aller Schulden bei der Krankenkasse (entweder aus dem eigenen Vermögen oder durch eine Schuldenübernahme durch die Gemeinde mit einer Rückzahlungsvereinbarung) bleibt nur der Wegzug in einen anderen Kanton, um wieder zu den vollen Krankenkassenleistungen in der Grundversicherung zu kommen (S. Dietrich, Interview 2, Frage 19; A. Hohengasser, Interview 3, Frage 14).

### 2.2.3. Rahmenorganisation

Das Departement für Finanzen und Soziales im Kanton Thurgau hat für die involvierten Akteur:innen eine Rahmenorganisation herausgegeben, wie die Bestimmungen in der TG KVV in die Praxis umgesetzt werden sollen (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017). Die aktuelle Version (4.0, gültig seit dem 1. Januar 2018) ist auf der Internetseite des Amts für Gesundheit öffentlich zugänglich. Es liegt in der Verantwortung von Kanton und Gemeinden, die Öffentlichkeit über die Liste zu informieren «mit dem Ziel, die Einwohner und Einwohnerinnen darüber aufzuklären, dass sie bei offenen Forderungen der Krankenkasse nur noch bei Vorliegen eines medizinischen Notfalls behandelt werden» (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 2). In der Rahmenorganisation geht es vor allem um technische Vorgaben zu den Zugangsberechtigungen auf TG-Kamesa, der Erfassung und der Abfrage der Daten, der Meldung über eine Aufhebung des Leistungsaufschubs, der Auszahlung von Beiträgen aus den Mitteln der Prämienverbilligung an die Gemeinden, den dafür gültigen Fristen und dem Vorgehen bei der Entstehung von Verlustscheinen. Im Kapitel 2.2.2 wurde bereits mehrmals bei den entsprechenden Paragraphen auch auf die Rahmenorganisation verwiesen.

Das Kapitel über das Case Management in der Rahmenorganisation ist sehr kurz (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 7). Es wird nur das wiederholt, was bereits in § 11 Abs. 2 TG KVV festgelegt ist: Dass die Gemeinden ein Case Management betreiben müssen mit dem Ziel, den Versicherungsschutz wiederherzustellen und die Entstehung von Verlustscheinen zu vermeiden.

An Informationswert über die Verordnung hinaus gehen jedoch die Kapitel in der Rahmenorganisation über den Notfallbegriff, den medizinischen Notfall und die Langzeitbehandlungen (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 6–7). Der Begriff «Notfall» wird aber nicht definiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die öffentlichen Spitäler eine generelle Pflicht zur Aufnahme von Notfallpatient:innen haben und auch die Ärzt:innen gemäss § 18 des Gesundheitsgesetzes (GG; RB 810.1) in dringenden Fällen (Notfällen) verpflichtet sind, Beistand zu leisten. Im

Weigerungsfall können sich die Leistungserbringer:innen «der Unterlassung der Nothilfe gemäss Art. 128 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) oder anderer Delikte schuldig machen» (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 6). Die Formulierungen lassen darauf schliessen, dass das Vorliegen eines Notfalls eher restriktiv verstanden wird. Es geht um die «Leistungserbringungen in Fällen lebensnotwendiger Behandlungen bei Patienten und Patientinnen mit Prämienausständen» (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 6). Langzeitbehandlungen, die von vitaler Bedeutung sind (z.B. Dialysebehandlung, onkologische Therapien, Schwangerschaftskontrollen, HIV-Kontrollen), werden zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, haben sich aber auf das Notwendigste zu beschränken (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 7). Für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie wird in der Rahmenorganisation nur die Psychiatrische Krisenintervention als Notfall genannt (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 7). Ob ein Notfall vorliegt, müssen die Ärzt:innen entscheiden. Für diese Klärung braucht es in der Regel eine Erstkonsultation. Diese Erstkonsultation, die auch als Notfallbehandlung gilt, muss sich auf das Notwendigste beschränken (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 7). Die Kosten von Notfallbehandlungen müssen von den Krankenversicherer übernommen werden (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 6). Es gibt allerdings für die Leistungserbringer:innen keine Gewissheit, dass eine erbrachte Leistung auch von den Krankenkassen als Notfall eingestuft wird. Wenn ein Versicherer die Kostenübernahme verweigert, kann von den Leistungserbringer:innen der Rechtsweg beschritten werden. Im Kanton Thurgau wurde das noch nie gemacht (S. Renner, Interview 1, Frage 27).

Interessant in der Rahmenorganisation sind auch die Bestimmungen zum Ablauf, wie es zu einer Listenentnahme kommt (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2017, S. 4). Die Vollzahlung der offenen Beträge wird vom Krankenversicherer dem Sozialversicherungszentrum Thurgau (SVZ TG) als dafür zuständige kantonale Behörde gemeldet. Dieses erledigt die Austragung aber nicht selbst, sondern meldet die Vollzahlung umgehend der zuständigen Gemeinde. Die Gemeinde hat anschliessend eine Frist von 5 Arbeitstagen, um die Listenentnahme im TG-Kamesa einzutragen. Dieses Vorgehen am Ende eines Prozesses zur Aufhebung eines Leistungsaufschubs zeigt gut das Kernanliegen des Thurgauer Sonderwegs. Weil die Gemeinden sehr nahe dran sind an ihren Bewohner:innen (A. Hohengasser, Interview 3, Frage 4), sollen sie reagieren, wenn jemand die Krankenkassenrechnungen nicht bezahlt. Der Kanton kümmert sich um die Rahmenbedingungen und trägt dafür Sorge, dass alle von den Krankenkassen betriebene Personen auf der Liste bei Betriebsbeginn korrekt auf der Liste erfasst werden. Nach einer Erfassung auf der Liste

geht die Verantwortung sofort hinunter zu den Gemeinden. Sie müssen mit den betroffenen Menschen Kontakt aufnehmen und entscheiden, ob und wie sie ihnen helfen wollen, den Leistungsaufschub bei der Krankenkasse beenden zu können. Das Ziel, das die Gemeinden in einem Case Management erreichen sollen, ist zwar vorgegeben. Sie sollen das Entstehen von Verlustscheinen verhindern und den Versicherungsschutz der betroffenen Personen wiederherstellen (§ 11 Abs. 2 TG KVV). Wie, wann, unter welchen Bedingungen und mit welchen Mitteln diese Ziele aber erreicht werden sollen, liegt in der Entscheidungskompetenz der Gemeinden. Nach der Erfassung auf der Liste durch das Sozialversicherungszentrum Thurgau bleibt der Ball bis zur Listenaustragung auf der Gemeindeebene.

#### 2.2.4. Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau möchte die bestehenden Grundlagen für die Liste für säumige Prämienzahlende aus der Verordnung ins kantonale Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG, RB 832.1) übernehmen (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022b). Die Bedeutung der Bestimmungen erfordere «eine Regelung auf Gesetzesstufe, weil Recht und Pflichten für einzelne Personen festgelegt werden» (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a, S. 2). Dabei soll am System selbst nichts geändert werden. Die Paragraphen in der Verordnung zur Liste und zum Case Management sollen mehr oder weniger im Wortlaut ins Gesetz übertragen werden (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a, S. 2–3). In § 11 Abs. 2 TG KVV soll bei der Übernahme ins Gesetz «vollumfänglich» hinzugefügt werden, weil auch Personen mit einem Leistungsaufschub einen (eingeschränkten) Versicherungsschutz haben (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022a, S. 3).

Für die geplanten Gesetzesänderungen gab es vom 1. Juli bis zum 31. Oktober 2022 ein externes Vernehmlassungsverfahren (Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, 2022b, S. 2). Im weiteren politischen Prozess zu den kantonalen Gesetzesänderungen sollen auch die von den eidgenössischen Räten beschlossenen Änderungen im KVG berücksichtigt werden. Zu den dazu nötigen Ausführungsbestimmungen wird es eine nationale Vernehmlassung geben, auf die der Kanton Thurgau «sehnlichst» wartet (S. Renner, Interview 1, Frage 17).

Die eingegangenen kantonalen Vernehmlassungsantworten zeigen wiederum, dass die Thurgauer Regelung in der Führung der Liste für säumige Prämienzahlende im politischen Spektrum von der SVP (SVP Kanton Thurgau, 2022) bis weit in die politische Mitte unterstützt wird. Die Gremien in der FDP kamen zu Schluss, dass sie keine Einwände gegen den Vorschlag des Regierungsrates haben

(FDP Thurgau, 2022), und Die Mitte schlägt einzig die kleine Änderung vor, dass der Eintrag auf die Liste erst nach Anhebung des Fortsetzungsbegehrens im Betreibungsverfahren erfolgen soll (Die Mitte Thurgau, 2022). SP (SP Thurgau, 2022) und Grüne (pers. Mitteilung von Kurt Egger, 25.10.2022) haben sich in den Vernehmlassungsantworten kritisch geäußert und wollen die Liste im Kanton abschaffen. Für den Verband Thurgauer Gemeinden hingegen sind die Anpassungen im Gesetz «nachvollziehbar und unbestritten» (Verband Thurgauer Gemeinden, 2022).

Da es im kantonalen Vernehmlassungsverfahren nur aus den Reihen der SP und den Grünen Opposition gibt, lassen die politischen Mehrheiten den Schluss zu, dass die Vorschläge des Regierungsrates im kantonalen Parlament eine Zustimmung finden werden. Damit wird die Thurgauer Praxis in der Führung einer Liste für säumige Prämienzahlende voraussichtlich nicht nur weitergeführt, sondern tiefer im Gesetz verankert werden.

### **2.3. Liste für säumige Prämienzahlende in anderen Kantonen**

Es ist nicht ein Ziel dieser Arbeit, im Detail die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Gesetzgebung und Praxis der Kantone herauszuarbeiten, die eine Liste für säumige Prämienzahlende führen. Solche Vergleiche wurden bereits in anderen Studienarbeiten gemacht (Demarco & Sjöberg, 2018; Glaus, Biller-Andorno & Drewniak, 2019). Mit einigen Hinweisen auf andere Kantone lässt sich aber noch einmal zeigen, was das Besondere am Thurgauer System ist. Der Kanton Thurgau geht auch im Vergleich mit den anderen Kantonen, welche gemäss Art. 64a KVG eine Liste führen, einen ganz eigenen Weg.

Als Erfinder der Liste für säumige Prämienzahlende hat der Kanton Thurgau nicht nur den Anstoss gegeben, dass bei der Revision 2012 diese Möglichkeit zur einer kantonalen Sonderlösung ins KVG aufgenommen wurde (Bühler & Egle, 2020, S. 1045), sondern auch anderen Kantonen dafür als Vorbild gedient. Auf dem Höchststand gab es weitere acht Kantone, welche eine Liste führten (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 166). Als letzter hat sich der Kanton Aargau 2014 für diesen Weg im Umgang mit säumigen Prämienzahlenden entschieden (Küng & Moser, 2014). Danach haben sich keine weiteren Kantone mehr dieser Gruppe angeschlossen. Im Gegenteil: Vier Kantone (GR: 2018, SG: 2021, SH: 2020, SO: 2019) haben die Liste wieder abgeschafft (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2021). So bleiben gegenwärtig nur noch fünf Kantone mit einer Liste (AG, LU, ZG, TI, TG).

Auch im Kanton Zug soll die Liste nach dem Willen des Regierungsrats abgeschafft werden (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2022).<sup>1</sup> Der Regierungsrat reagiert damit auf einen Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 11. August 2021 (Verwaltungsgericht des Kantons Zug, 2021). Das Gericht hat beanstandet, dass «auch Personen in die Liste aufgenommen werden, für deren Schulden bereits ein Verlustschein besteht» (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2022). Wenn ein Listeneintrag jeweils nach Vorliegen des Verlustscheins wieder aufgehoben werden muss, dann besteht nach der Meinung des Regierungsrats nicht genügend Zeit für ein erfolgreiches Case Management. Ebenso sei die Signalwirkung des Leistungsaufschubs nicht mehr gegeben (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2022). Gegenwärtig ist die Listenpraxis im Kanton Zug sistiert, die Löschung der Einträge geschah nach dem Gerichtsentscheid von Amtes wegen (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2021).

Das Verwaltungsgericht des Kantons Zug begründet seinen Entscheid vom 11. August 2021 mit dem Hinweis, dass nur zahlungsunwillige, nicht aber zahlungsunfähige Personen auf die Liste genommen werden dürfen. «Nach Absicht des Gesetzgebers und entsprechend der einstimmigen Auffassung der Lehre und Rechtsprechung zielt Art. 64a Abs. 7 KVG nicht auf die Zahlungsunfähigen, sondern auf die Zahlungsunwilligen» (Verwaltungsgericht des Kantons Zug, 2021, S. 6). Verwiesen wird dabei u.a. auf den Kommentar von Gerhard Eugster zur Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG (Eugster et al., 2018), gemäss dem ein Leistungsaufschub «grundsätzlich nur in der Zeit zwischen der Einleitung des Fortsetzungsbegehrens im Betreibungsverfahren (oder der dafür erfüllten Voraussetzungen) und der Ausstellung eines Verlustscheins» (S. 610) möglich ist. Im Verlustscheinfall sollten Versicherte im Rahmen einer kantonalen Sonderlösung nicht schlechter gestellt sein als Versicherte in Kantonen mit der bundesrechtlichen Lösung nach Art. 64a Abs. 3 und 4 KVG (Eugster et al., 2018, S. 610). Gemäss Argumentation des Zuger Gerichts setzt der Kanton Thurgau (spätestens bei Anhebung der Beteibung) im Unterschied zum Kanton Zug (in der Regel erst beim Vorliegen eines Schuldscheins) die betroffenen Personen zum richtigen Zeitpunkt auf die Liste (Verwaltungsgericht des Kantons Zug, 2021, S. 8). Da im Kanton Thurgau aber die Ausstellung eines Verlustscheins nicht zu einer Löschung von der Liste führt, wäre auch das Thurgauer System in der Beurteilung des Zuger Gerichts (gestützt auf die einstimmige Auffassung der Lehre und Rechtsprechung)

---

<sup>1</sup> Einen etwas vertieften Einblick in die Diskussion im Kanton Zug hat der Verfasser dieser Arbeit durch einen Austausch mit André Widmer erhalten (telefonisch und E-Mail), dem Leiter von Triangel Beratung in Zug. Triangel hat die Klage des Mannes unterstützt, die zum erwähnten Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug geführt hat (Wieser, 2022).

gesetzeswidrig. Deshalb kann der Zuger Regierungsrat die Liste für säumige Prämienzahlung nicht durch eine Anwendung der Thurgauer Regelung retten. Ein Listeneintrag wäre nur in der Zeit der Betreuung bis zu der Ausstellung eines Verlustscheins möglich, was der Regierungsrat als nicht zweckmässig beurteilt (Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2022).

Auch im Kanton Aargau hat der Grosse Rat am 27.04.2022 eine Motion angenommen, dass Versicherte, gegen die ein oder mehrere Verlustscheine vorliegen, nicht mehr auf der Liste geführt werden (Regierungsrat Kanton Aargau, 2022, S. 11–12). Bereits vor dieser Entscheidung hat das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau Gründe formuliert, die zu einer Nichtaufnahme auf die Liste führen sollten (Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, 2019).

In den Kantonen Luzern und Tessin dürfen u.a. Bezüger:innen von wirtschaftlicher Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen zur AHV/IV nicht auf die Liste genommen werden (Bühler & Egle, 2020, S. 1051).

Einzig im Kanton Thurgau gibt es keine derartigen Einschränkungen (Bühler & Egle, 2020, S. 1051–1052). Der Thurgau ist sich bewusst, dass er damit von einer verbreiteten Rechtsmeinung abweicht, die in den Zuger Gerichtsentscheid und die Gesetzgebung in den anderen Kantonen mit einer Liste Eingang gefunden hat (S. Renner, Interview 1, Frage 8). Solange es dazu keine höchstrichterliche Rechtsprechung gibt, sieht sich der Kanton Thurgau in seiner Praxis durch diese Rechtsauslegung nicht in Frage gestellt. Das bedeutet nicht, dass der Kanton Thurgau nicht zwischen zahlungsunwilligen und zahlungsunfähigen Menschen unterscheiden will. Diese Unterscheidung wird aber auf die lokale Ebene hinunterdelegiert, wo im Case Management in den Gemeinden bürger:innennah mit den betroffenen Menschen besprochen werden soll, ob und wie es zu einer Zahlungsunfähigkeit gekommen ist (S. Renner, Interview 1, Frage 8). Im Case Management soll eine Einzelfallprüfung gemacht werden (S. Renner, Interview 1, Frage, 13). Wenn das Case Management aber (aus welchen Gründen auch immer) nicht zustande kommt oder nicht erfolgreich beendet werden kann, dann bleiben möglicherweise auch zahlungsunfähige Menschen über einen langen Zeitraum auf der Liste, auch wenn bereits Verlustscheine ausgestellt wurden oder eine Unterstützung durch die Sozialhilfe oder mit Ergänzungsleistungen notwendig geworden ist (S. Renner, Interview 1, Frage 14).

### 3. Medizinische Grundversorgung als Grundrecht

Im Idealfall funktioniert das Thurgauer System so: Wer auf die Liste für säumige Prämienzahlende kommt, wird im Case Management seiner Wohngemeinde beraten und begleitet. Es wird erkannt, wo das Problem liegt, dass jemand die Krankenkassenrechnungen nicht bezahlt oder nicht bezahlen kann. Das Problem wird gelöst und in kurzer Zeit (noch vor der Erstellung eines Verlustscheins) ist der volle Versicherungsschutz der betroffenen Person wiederhergestellt. Dabei kommt die versicherte Person nicht nur wieder zu den vollen Leistungen der Krankenkasse, sondern im Case Management können auch andere Probleme angegangen werden, zum Beispiel Antrag auf Ergänzungsleistungen, Bezug von Prämienverbilligungen, Ausfüllen der Steuererklärung, Antrag auf Sozialhilfe, Erstellung eines Budgets, Schuldenberatung oder eine Vernetzung mit anderen Hilfsstellen (S. Dietrich, Interview 2, Fragen 4 und 20; A. Hohengasser, Interview 3, Frage 3). So entsteht eine Win-win-Situation für die Gemeinden und die betroffenen Personen (A. Hohengasser, Interview 3, Fragen 9 und 15). Die Gemeinden müssen den Krankenkassen keine Gelder für die Verlustscheine überweisen, und bei den betroffenen Personen werden zielführende Veränderungsprozesse angestoßen.

Auch wenn die im Case Management engagierten Fachleute von solchen Erfolgsmeldungen erzählen können (S. Dietrich, Interview 2, Frage 20; A. Hohengasser, Interview 3, Frage 15), sieht die Praxisrealität oft anders aus. Die betroffenen Menschen melden sich in der Regel nicht auf die Kontaktaufnahme durch die Gemeinden (A. Hohengasser, Interview 3, Frage 2), öffnen das von der Gemeinde erhaltene Couvert nicht (Haag, 2019), eine mit der Polizei durchgesetzte Vorladung ist nicht zielführend (S. Dietrich, Interview 2, Frage 17), und das Case Management kommt oft erst spät in Gang, wenn die betroffenen Menschen die Folgen des Listeneintrags spüren. Sie reagieren (vielleicht) erst dann auf die Kontaktaufnahme durch die Gemeinde, wenn sie in der Apotheke ein kassenpflichtiges Medikament bar bezahlen müssen oder ärztlich nicht behandelt werden (S. Dietrich, Interview 2, Frage 2).

Wer sind diese Menschen, die (über einen längeren Zeitraum) auf der Liste stehen? Brauchen sie aktuell keine medizinischen Behandlungen und geben ihr Geld darum lieber für anderes aus (z.B. Auto)? Wohnen sie in einer Gemeinde, in der kein (gutes) Case Management gemacht wird? Sind die Schulden bei der Krankenkasse so hoch, dass die Gemeinde einer Schuldenübernahme nicht zustimmen will? Verstehen sie die Sprache nicht, in dem das Schreiben der Gemeinde verfasst ist? Sind sie wegen einer psychischen Beeinträchtigung nicht in der Lage, Hilfe zu suchen und Probleme

zu lösen? Hält sie die Angst vor dem Entzug einer Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz davon ab, eine staatliche Unterstützung anzunehmen? Stehen die Schulden bei der Krankenkasse neben allen anderen (finanziellen) Sorgen nicht zuoberst auf der Prioritätenliste der zu lösenden Probleme? Wollen sie aus Scham die angebotene Hilfe nicht beanspruchen?

Diese Fragen können im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Dafür bräuchte es eine Untersuchung und Befragung von Menschen, die von einem Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung betroffen sind. Von einer Tatsache kann aber mit grosser Sicherheit ausgegangen werden. Wer auf die Liste für säumige Prämienzahlenden kommt und sich davon nicht aus seinem eigenen Vermögen oder Einkommen befreien kann, lebt in den allermeisten Fällen unter, am oder nur wenig über dem Existenzminimum. Wer die Krankenkassenprämien nicht zahlen will, obwohl dafür ausreichend Geld zur Verfügung steht, kann vom Betreibungsamt mit einer Pfändung einfach zur Zahlung gezwungen werden.

Damit hat die Liste für säumige Prämienzahlende auch etwas mit dem Thema «Armut» zu tun und wird folgerichtig in der Armutsstudie der Caritas auch erwähnt (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 166). Wie steht es um das Grundrecht zur Hilfe in Notlagen gemäss Art. 12 BV, wenn armutsbetroffene Menschen in ihrer auch sonst schwierigen Situation zusätzlich von einem grossen Teil der Leistungen der Krankengrundversicherung ausgeschlossen werden? Diese Frage spitzt sich noch zu, wenn der in der Forschung gut untersuchte Zusammenhang von Armut und Gesundheit beachtet wird.

### **3.1. Armut und Gesundheit**

Zu den häufig beobachteten Folgen von Armut (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 120–137) gehören neben Verschuldung, prekäre Wohnverhältnisse, Obdachlosigkeit, geringere Bildungschancen, Fremdbestimmung, mangelnde soziale Integration auch gesundheitliche Probleme. «Armutsbetroffene sind öfter krank und sterben früher als Personen, denen es finanziell besser geht», wird in der viel beachteten Studie über die Armut in der Schweiz des Hilfswerks Caritas festgehalten (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 128). Das Phänomen der «gesundheitlichen Ungleichheit» ist in vielen Studien aufgezeigt und auch für die reichen Industrieländer (inkl. Schweiz) nachgewiesen worden (Page, 2020, S. 215). Gesundheitliche Ungleichheiten zeigen sich in sowohl körperlichen als auch psychischen Erkrankungen (Page, 2020, S. 214). Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit (zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit) ist in Fachkreisen unumstritten (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 124; Thole, Höblich & Ahmed, 2014, S. 113). Es gibt verschiedene Erklärungsansätze, wie diese Ungleichheit zustande kommt. Personen mit niedriger Bildung oder

tiefem Berufsstatus teilen eine «Kultur», die gesundheitsschädigendes Verhalten begünstigt (kulturell-verhaltensbezogener Erklärungsansatz), sie leben und arbeiten häufiger unter gesundheitsschädigenden Bedingungen (materieller Erklärungsansatz) und sie erleben tendenziell mehr Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Page, 2020, S. 215). In all diesen Problemsituationen haben sie oft nur wenig oder weniger Ressourcen, um die negativen Auswirkungen der Belastungen zu bewältigen (Page, 2020, S. 215). Für viele armutsbetroffene Menschen ist es schwierig oder unmöglich, die gängigen Verhaltenstipps für ein gesundes Leben (iss vielseitig und gesund, entspanne dich aktiv, lebe suchtfrei) umzusetzen (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129).

Diese Erkenntnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit wurden kürzlich auch bestätigt durch eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Studie der Berner Fachhochschule und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Kessler, Hoeglinger, Heiniger, Läser & Hümbelin, 2021). Dabei wurden der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Leistungsanspruchnahme und die Erwerbsintegration von Sozialhilfebeziehenden in der Schweiz analysiert. Einmal mehr wurde deutlich: «Für ein gesundes Leben ist der Zugang zu finanziellen Ressourcen von grosser Bedeutung. Nur mit ausreichenden Mitteln ist es möglich, den Lebensalltag gut zu bestreiten und für das Wohlergehen notwendige Güter zu beschaffen» (Kessler et al., 2021, S. 11). Sozialhilfebeziehende verfügen über einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Restbevölkerung und auch als Personen in prekären finanziellen Verhältnissen (Kessler et al., 2021, S. 7). Am auffallendsten sind die Unterschiede bei der Lebenszufriedenheit/Lebensqualität, der psychischen Belastung und bei Depressionssymptomen (Kessler et al., 2021, S. 7). Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes kann bereits etwa drei Jahre vor dem Eintritt in die Sozialhilfe festgestellt werden (Kessler et al., 2021, S. 42). Es handelt sich um einen schleichenden Prozess, der nicht an einem einzelnen Ereignis (z.B. Zeitpunkt der Aussteuerung) festgemacht werden kann (Kessler et al., 2021, S. 45). Der schlechtere Gesundheitszustand führt dazu, dass Sozialhilfebeziehende häufiger Gesundheitsleistungen beanspruchen müssen (Kessler et al., 2021, S. 8). Trotz einer überdurchschnittlichen Leistungsanspruchnahme gibt es starke Hinweise für ein erhöhtes Risiko von Unterversorgung, insbesondere aus finanziellen Gründen (Kessler et al., 2021, S. 56). Hinweise dafür sind, dass Sozialhilfeziehende deutlich weniger Zahnarztleistungen als die Restbevölkerung beanspruchen und Sozialhilfeempfängerinnen häufig auf frauenärztliche Untersuchungen verzichten. Diese Feststellung wird in der Studie als «besorgniserregend» bezeichnet (Kessler et al., 2021, S. 56).

Im Kapitel «Gesundheitsleistungen» wird auch die Gruppe jener Menschen thematisiert, die bei der Krankenkassenprämie im Zahlungsverzug sind (Kessler et al., 2021, S. 55). Dabei wird eine für das Thema dieser Arbeit interessante Feststellung gemacht: «Alle Vergleichsgruppen, nicht nur die Sozialhilfebeziehenden, weisen eine stark erhöhte Nichtinanspruchnahme auf, sobald sie einen Verzug der Krankenversicherungsprämien aufweisen» (Kessler et al., 2021, S. 55). Es gibt damit nicht nur unter den Sozialhilfeziehenden, sondern auch in der Gruppe der Restbevölkerung «zahlreiche Personen, welche aufgrund von finanziellen Problemen eine stark erhöhte Nichtinanspruchnahme aufweisen – mit potentiell negativen Langzeitfolgen» (Kessler et al., 2021, S. 55).

Aus den in der Studie gewonnenen Erkenntnissen werden Vorschläge für die Politik und die Praxis gemacht (Kessler et al., 2021, S. 68). Weil Personen in der Schweiz, die Leistungen der Sozialhilfe beziehen, deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, sind sie gemäss den Autor:innen der Studie eine wichtige Zielgruppe für gesundheitspolitische Massnahmen. Dabei sollen auch die Personen in den Blick genommen werden, die kurz vor einem Bezug von Sozialhilfe stehen (Kessler et al., 2021, S. 68). «Eine frühzeitige und adäquate Versorgung mit Gesundheitsleistungen kann die festgestellten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und den Fall in die Abhängigkeit von Sozialhilfe möglicherweise abschwächen» (Kessler et al., 2021, S. 68). Dabei sei der Zugang zu psychologischen Beratungs- und Therapieangeboten von besonderer Bedeutung. Finanzielle und andere Zugangshürden zu medizinischen und zahnärztlichen Leistungen müssten abgebaut werden, um der Nichtinanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu begegnen (Kessler et al., 2021, S. 68). Auch wird ein hohes Potential bezüglich Präventionsmassnahmen festgestellt, «welche auf eine Verbesserung der Ernährung, eine Erhöhung der physischen Aktivität, sowie eine Reduktion des Rauchens abzielen» (Kessler et al., 2021, S. 68).

Die gesundheitspolitische Massnahme, Menschen mit einem Zahlungsverzug bei der Krankenkasse auf einer Liste zu führen und mit einem Leistungsaufschub zu belegen, verfolgt eine im Vergleich mit der BAG-Studie gegenteilige Strategie. Statt Zugangshürden zu medizinischen Leistungen abzubauen, schliesst sie verschuldete und armutsbetroffene Menschen von einem grossen Teil der Leistungen der Grundversicherung aus. Damit sollen sie zu einer Teilnahme an einem Case Management motiviert (oder gezwungen) werden, um notwendige Veränderungsprozesse anzustossen.

Die BAG-Studie (Kessler et al., 2021, S. 21) orientiert sich am bekannten und viel zitierten (Widmer, 2020, S. 8) Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946: «Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.» Wenn die Gesundheit ein derart komplexes und in

vieler Hinsicht gefährdetes Gebilde ist, dann entsteht nicht erst dann eine Notlage, wenn jemand (schwere) körperliche Krankheitssymptome hat. Alle eingangs zu diesem Kapitel erwähnten Folgen der Armut (z.B. auch Verschuldung, prekäre Wohnverhältnisse oder geringe Bildungschancen) gefährden in der WHO-Definition die Gesundheit eines Menschen (Rossini, 2020, S. 210).

Damit stellt sich auch die Frage, wie es um die Einhaltung der Grundrechte bei Menschen auf der Liste für säumige Prämienzahlende steht (Achermann, 2019), insbesondere um das Recht auf Hilfe in Notlagen nach Art. 12 BV.

### **3.2. Recht auf Hilfe in Notlagen**

Bereits in den parlamentarischen Diskussionen bei der Einführung von Art. 64a Abs. 7 KVG wurde in verschiedenen Voten darauf hingewiesen, dass die Verhängung eines Leistungsaufschubs für säumige Prämienzahlende möglicherweise eine Grundrechtsverletzung sei (Achermann, 2019, S. 3). Grundrechte sind die von der Verfassung gewährleisteten Rechte des Einzelnen gegenüber dem Staat, im Grundsatz sind es Menschenrechte (Mösch Payot et al., 2021, S. 103). Es wird unterschieden zwischen Abwehrrechten (Rechtsanspruch auf Abwehr staatlicher Eingriffe), Schutzrechten (z.B. Schutz vor Missbrauch persönlicher Daten) und Leistungsrechten, die ein «positives Tun» vom Staat verlangen (Mösch Payot et al., 2021, S. 103). Zu den Leistungsrechten als «sozialen Grundrechten» in der Bundesverfassung gehören der Anspruch auf Hilfe in Not (Art. 12 BV), der Anspruch auf unentgeltlichen Grundschulunterricht (Art. 19 BV) und der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege nach Art. 29 Abs. 3 BV (Mösch Payot et al., 2021, S. 103).

In Art. 41 Abs. 1 lit. b BV wird in den Sozialzielen die Gesundheitsversorgung erwähnt. Bund und Kantone sollen sich dafür einsetzen, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält». Daraus kann aber nicht ein einklagbares Grundrecht des einzelnen Menschen auf medizinische Versorgung abgeleitet werden. Es handelt sich dabei nur um einen Auftrag an den Gesetzgeber, beim Erlass neuer Gesetze auf dieses Ziel hinzuarbeiten (Achermann, 2019, S. 5).

Dass in Art. 10 Abs. 1 BV (Recht auf Leben) und insbesondere in Art. 12 BV (Recht auf Hilfe in Notlagen) auch ein Grundrecht auf medizinische Leistungen enthalten ist, wird von niemandem bestritten (Achermann, 2019, S. 6). Umstritten ist jedoch, wie weit dieser Anspruch auf Behandlung geht. Für die Befürworter:innen der Liste für säumige Prämienzahlende ist das Grundrecht auf medizinische Grundversorgung in Art. 64a Abs. 7 dadurch geschützt, dass Notfallbehandlungen nicht von einem Leistungsaufschub betroffen sind. Der Kanton Thurgau hat mit dieser Begründung bis 2020 sogar Kinder auf der Liste geführt, obwohl bei Kindern zusätzlich zu Art. 12 auch Art. 11 BV (Schutz

der Kinder und Jugendlichen) beachtet werden muss. Weil der Notfallbegriff so definiert ist, dass notwendige Behandlungen immer möglich sind, war das Führen von Kindern auf der Liste gemäss Thurgauer Einschätzung auch kein Verstoss gegen die UN-Kinderrechtskonvention (S. Renner, Interview 1, Frage 16).

Es gibt auch starke Argumente für die Meinung, dass der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) als Orientierungspunkt für eine Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung angewendet werden muss (Achermann, 2019, S. 6–7). Mit der Einführung des Obligatoriums (1996) wurde die Krankenversicherung als Volksversicherung eingeführt mit dem Ziel, allen in der Schweiz lebenden Menschen die in der Grundversicherung definierten medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Dieses Grundanliegen der sozialen Krankenversicherung wird beschädigt, wenn in einem Automatismus und ohne Einzelfallprüfung Menschen von einem grossen Teil der Leistungen der Grundversicherung ausgeschlossen werden, sobald sie auch nur eine Rechnung nicht bezahlen (können) und dafür von der Krankenkasse betrieben werden (Achermann, 2019, S. 10). Wer auf der Liste steht, wird im Bereich der medizinischen Versorgung in eine «unwürdige Bettelexistenz» geführt, was mit Art. 12 BV verhindert werden sollte (Achermann, 2019, S. 11). Sie oder er hat keinen selbstverständlichen Anspruch mehr auf medizinische Leistungen, sondern muss die Ärzt:in davon überzeugen oder dazu überreden, ein erlebtes Leiden als Notfall zu definieren und zu behandeln in der Hoffnung, dass später auch die Krankenkasse in ihrer eigenen Abklärung die Leistung als Notfall betrachtet und bezahlt.

Die Gesundheitskosten im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung müssen auch bei der Berechnung des (betriebsrechtlichen und sozialen) Existenzminimums berücksichtigt werden. Auch eine hochverschuldete Person mit einer entsprechenden Lohnpfändung darf nicht von der Möglichkeit ausgeschlossen werden, die Krankenkassenrechnungen bezahlen zu können. Die medizinische Grundversorgung gemäss der Grundversicherung von verschuldeten Menschen wird im Schuldbetreibungs- und Konkursrecht geschützt (Studer & Zöbeli, 2020, S. 106).

Gemäss den SKOS-Richtlinien gehört die Gesundheitsversorgung im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG zu der materiellen Grundsicherung in der Sozialhilfe, die «in jedem Fall zu gewährleisten» ist (SKOS-RL C.5. Abs. 1). In Ausnahmesituationen, in denen kein Versicherungsschutz besteht, sind die Gesundheitskosten im Rahmen der obligatorischen Grundsicherung gemäss KVG gegebenenfalls von der Sozialhilfe zu decken (SKOS-RL C.5. Abs. 3). Zusätzlich zu den Prämiën müssen nicht nur die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen im Unterstützungsbudget be-

rücksichtigt werden (SKOS-RL C.5. Abs. 2), sondern auch nicht in der obligatorischen Krankenversicherung eingeschlossene notwendige Behandlungen sind als situationsbedingte Leistungen von der Sozialhilfe zu übernehmen (SKOS-RL C.6.5. Abs. 1). Eine Reduktion der Finanzierung von medizinischen Leistungen als Sanktion für die Nichterfüllung von Auflagen oder bei Verletzung von gesetzlichen Pflichten ist in den SKOS-Richtlinien nicht vorgesehen. Kürzungen als Sanktionen sind nur beim Grundbedarfsbetrag, dem Einkommensfreibetrag (EFB), dem Integrationszuschlag (IZU) und den fördernden situationsbezogenen Leistungen möglich (SKOS-RL F.2. Art. 1). Die Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenversicherung gehören als medizinische Mindestleistung zum nichtantastbaren Fundament der wirtschaftlichen Sozialhilfe im Rahmen des sozialen Existenzminimums. Gemäss der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) soll darum auch jener Teil der Krankenkassenprämien, der nicht von der individuellen Prämienverbilligung gedeckt ist, nicht rückerstattungspflichtig sein (*Monitoring Sozialhilfe 2021, 2022*, S. 8–9). Da die SKOS-Richtlinien als «Ergebnis einer breit abgestützten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure der Sozialhilfe aus Kantonen, Gemeinden und privater Träger» (SKOS-RL A.1. Erläuterung a) auf verfassungsrechtlichen Grundlagen aufbauen (SKOS-RL A.2. Erläuterung), dürfen sie nach meiner Einschätzung für die Beantwortung der Frage beigezogen werden, in welchem Umfang alle Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz grundsätzlich Zugang zu medizinischen Leistungen gemäss Art. 12 BV haben müssen. Gemäss SKOS ist der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG die Mindestleistung, die allen zur Verfügung gestellt werden muss. Es überrascht darum nicht, dass sich die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) in der Vernehmlassungsantwort zu den Änderungen in Art. 64a KVG klar für die Abschaffung der Listen für säumige Prämienzahlende ausgesprochen hat (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, 2020, S. 2). Eine ausreichende Grundversorgung und zeitnahe Gesundheitsversorgung ist gemäss SKOS «ein grundrechtlicher Kerngehalt, der auch bei bestehenden Zahlungsrückständen nicht gefährdet sein darf (Art. 12 BV)» (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, 2020, S. 2).

Auch noch in einem anderen Punkt weicht die Listenpraxis bei säumigen Prämienzahlenden im Kanton Thurgau von den grundlegenden Prinzipien der Sozialhilfe ab: bei der Schuldfrage. In der Sozialhilfe gilt das sog. «Finalprinzip». Die wirtschaftliche Hilfe darf nicht von den Gründen der Bedürftigkeit und einer Einschätzung eines persönlichen Verschuldens abhängig gemacht werden (Wizent, 2020, S. 152–153). Da im Kanton Thurgau auch Bezüger:innen von Sozialhilfe auf die Liste für säumige Prämienzahlende gesetzt werden, liegt es in der Entscheidungskompetenz der Gemeinde, ob sie bei einem Eintritt in die Sozialhilfe den Leistungsaufschub mit einer Schuldenübernahme been-

den will oder nicht (S. Renner, Interview 1, Frage 14). Da es keine Pflicht zu einer Schuldenübernahme durch die Gemeinden gibt (Renner, 2022, S. 4), können die Gemeinden dafür selbst Entscheidungskriterien festlegen. Weil Sozialhilfeziehende aktuell keine Möglichkeit haben, eine Rückzahlungsvereinbarung einzugehen, sind die Chancen auf eine Schuldenübernahme durch die Gemeinde allenfalls sogar kleiner als bei Menschen mit einem regelmässigen Einkommen (Beispiel Gemeinde Lengwil: A. Hohengasser, Interview 3, Frage 5). Die Sozialhilfekommission beurteilt dann (Beispiel Lengwil) neben der Höhe der Schulden und dem Gesundheitszustand des Sozialhilfebeziehenden auch die «Gründe, wieso die Schulden entstanden sind». Damit kann mit der Liste für säumige Prämienzahlende in der Sozialhilfe im Kanton Thurgau im Bereich der medizinischen Grundversorgung als einer grundlegenden Säule der materiellen Grundsicherung gemäss SKOS ein der Sozialhilfe wesensfremdes Prinzip angewendet werden. Das bedeutet nicht, dass alle Gemeinden das so machen. Wie das in der Praxis gemacht wird, liegt in der Autonomie der Gemeinden (S. Renner, Interview 1, Frage 14). Ständerat Jakob Stark (SVP TG) hat im eidgenössischen Parlament die Liste für säumige Prämienzahlenden verteidigt mit der Bemerkung, diese Person müsse «dann halt zur Sozialhilfe und wird dann von der Liste entfernt, oder man kann bei ihr eine Sanierung machen, und dann geht es auch wieder vorwärts» (Stark, 2021). Diese Aussage bedeutet eine Verharmlosung der Problemsituation. So einfach geht es gerade nicht, weil die Gemeinden frei sind zu entscheiden, aus welchen Gründen auch immer sogar Sozialhilfebeziehende auf der Liste zu belassen.

Nach Art. 36 Abs. 3 BV ist mit einer gesetzlichen Grundlage eine Einschränkung von Grundrechten möglich, wenn ein Eingriff durch ein öffentliches Interesse oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter geleitet und verhältnismässig ist und der Kerngehalt der Grundrechte damit nicht angetastet wird. Die Ausführungen oben weisen darauf hin, dass der Kerngehalt von Art. 12 BV in Bezug auf die medizinische Grundversorgung nicht zu eng definiert werden darf. Eine gesetzliche Grundlage für eine Beschränkung des Zugangs zu medizinischen Leistungen ist mit Art. 64a Abs. 7 KVG gegeben (Achermann, 2019, S. 8). In Art. 12 BV gibt es einen Hinweis, in welchen Situationen eine solche Einschränkung angeordnet werden kann. Einen Anspruch auf Hilfe und auf Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind hat, wer in Not gerät und «nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen». Mit einem Leistungsaufschub kann allenfalls auf zahlungsunwillige Menschen, die genug Einkommen oder Vermögen haben, ein zu der Betreuung der Krankenkasse zusätzlicher Druck aufgebaut werden, damit sie ihre finanziellen Prioritäten anders setzen. Grundsätzlich haben diese Menschen ja die Mittel, um für sich sorgen zu können. Wenn das zu einer höheren Zahlungsrate führen würde, dann wäre der Eingriff geeignet, um das angestrebte Ziel zu erreichen (Achermann, 2019, S. 9). Allerdings bräuchte es auch hier eine Einzelfallprüfung, da aus

dem generellen Ausschluss von bestimmten Personengruppen von einem Prämienaufschub (z.B. Sozialhilfebeziehende) in anderen Kantonen nicht geschlossen werden kann, dass alle anderen Personen generell zahlungsunwillig sind (Bühler & Egle, 2020, S. 1050). Da es sich bei der Verhängung eines Leistungsaufschubs um einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Personen (Achermann, 2019, S. 8) nach Art. 36 Abs. 1 BV handelt, ist bei der Unterscheidung von Zahlungsunwilligkeit und Zahlungsunfähigkeit ein hohes Mass an Vorsicht geboten. Zudem stellt sich in der Verhältnismässigkeitsprüfung die Frage, ob mit den verschiedenen Massnahmen der Schuldbetreibung nicht bereits genügend Mittel zur Verfügung stehen, um die Gläubigerforderungen und das öffentliche Interesse aller anderen Prämienzahlenden zu befriedigen (Achermann, 2019, S. 9).

### **3.3. Notfallbegriff**

Die Befürworter:innen der Liste meinen, dass das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen nach Art. 12 BV nicht verletzt werde, weil eine von der Krankenkasse finanzierte Behandlung nach Art. 64a Abs. 7 KVG auch bei einem Leistungsaufschub möglich sei. Gemäss Nationalrat Christian Lohr (Die Mitte TG) gibt es im Thurgau «keine Anweisungen, dass man Leute nicht behandelt, wenn es wirklich nötig und sinnvoll ist» (Lohr, 2021). Es könne darum den Ärzt:innen zugetraut werden, dass sie das mit Vernunft machen.

Allerdings hat der Gesetzgeber bei der Einführung von Art. 64a Abs. 7 KVG keine Definition des Notfallbegriffs ins Gesetz aufgenommen. Das hat in der Praxis zu Unklarheiten mit zum Teil fatalen Folgen geführt. Am bekanntesten ist der Fall im Kanton Graubünden, wo ein fünfzigjähriger Mann an den Begleiterscheinungen von Aids starb, weil die Krankenkasse die Übernahme einer Therapie wiederholt ablehnte (Schmid, 2020). Die politische Diskussion darüber wird sehr bissig geführt. So wirft Ständerat Jakob Stark (SVP Thurgau) den Krankenkassen in einem Beitrag in der NZZ vor, sie würden den Notfall bewusst restriktiv definieren und solche Fälle wie den eben beschriebenen provozieren, um die Leistungsbegrenzung als unverhältnismässig, gar unmenschlich darzustellen (Stark, 2018).

Ein Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2018 hat in die politische Diskussion um den Notfallbegriff Bewegung gebracht (Achermann, 2019, S. 10.). Das Gericht hat die Klage einer Frau gegen die Krankenkasse Assura-Basis SA gutgeheissen. Die Krankenkasse lehnte die Behandlungskosten ab, die bei der Geburt eines Kindes dieser Frau im Kantonsspital entstanden sind. Es handle sich dabei nicht um einen Notfall, weil eine Geburt als weit vorab absehbare

Behandlung planbar sei (Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, 2018, Abs. A.d). Es dürfe erwartet werden, dass die versicherte Person ihre Prämiensituation vor der jeweiligen Behandlung ins Reine bringe. Das Gericht sah dies anders. Eine Pflicht zur Kostenübernahme entstehe dann, wenn für Medizinalpersonen in «dringenden» Fällen eine Beistandspflicht gegeben sei (Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, 2018, Abs. 3.3.2). Diese Beistandspflicht gehe weiter als der medizinische Notfallbegriff (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 13). «Dringend ist ein Fall auch dann, wenn zwar keine Lebensgefahr besteht, die betroffene Person aber umgehend Hilfe braucht, weil ihre Gesundheit ansonsten ernsthaft beeinträchtigt werden könnte» (Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, 2018, Abs. 3.3.2). Es sei eines der Hauptziele der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Revision des KVG gewesen, zu verhindern, dass Leistungserbringer wegen Leistungssistierungen auf unbezahlten Rechnungen sitzen bleiben (Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, 2018, Abs. 3.3.3). Wenn Leistungserbringer (z.B. bei einer Geburt) eine Beistandspflicht hätten, die Krankenkasse müsste aber nicht bezahlen, dann würde dies dem Sinn und Zweck von Art. 64a KVG widersprechen. Zudem dürfe der Notfallbegriff nicht eng definiert werden, weil auch viele zahlungsunfähige (nicht nur zahlungsunwillige) Personen von einem Leistungsaufschub betroffen seien. Die auf der Liste erfassten Personen verfügten in der Regel nicht über die zum Bezahlen der Krankenkassenrechnungen erforderlichen Mittel (Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen, 2018, Abs. 3.3.3). Eine enge Definition des Notfallbegriffs würde darum «auch das Ziel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, d.h. die Gewährleistung einer umfassenden Grundversorgung für alle, aushöhlen» (Verwaltungsgericht des Kantons Zug, 2021, Abs. 3.3.3).

Unter anderem dieser Entscheid des St. Galler Gerichts hat zu einer Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit im Nationalrat (SGK-N) geführt, dass im nationalen Parlament über den Notfallbegriff gesprochen wurde („Motion 18.3708 SGK-N. Schwarze Listen. Definition des Notfalls“, 2018). Mit der am 18. März 2022 beschlossenen Revision wird folgende Definition des Notfallbegriffs ins Bundesgesetz aufgenommen (Art. 64a Abs. 7 KVG):

«Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.»

Mit dieser Definition gilt gesetzlich neu ein weiter Notfallbegriff. Ein Notfall liegt nicht nur in einer unmittelbaren Lebensbedrohung vor, sondern auch, wenn ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden in der Zukunft befürchtet werden müssen. Wird dieser erweiterte Notfallbegriff in der Praxis dazu führen, dass die Hausärzt:innen im Kanton Thurgau Patient:innen mit einem Leistungsaufschub auch dann vermehrt behandeln, wenn sie zwar eine dringliche Situation, aber keine Todesgefahr, wahrnehmen? Oder werden sie diese Menschen weiterhin auf die Notfallpraxis im Spital verweisen, weil sie das Risiko vermeiden wollen, auf unbezahlten Rechnungen sitzen zu bleiben (A. Steinacher, Interview 4, Fragen 2 und 3)? Werden mehr psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen trotz Leistungsaufschub finanziert werden (A. Steinacher, Interview 4, Frage 6), weil gemäss WHO-Gesundheitsdefinition (Kapitel 3.1.) eine Ablehnung solcher Therapien auch die Gesundheit eines Menschen beschädigen kann? Macht der Aufwand der Listenführung überhaupt noch Sinn, wenn mit der neuen Definition in Art. 64a Abs. 7 KVG von der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich ganz viele medizinische Leistungen finanziert werden müssten, um Schäden an der Gesundheit eines Menschen «als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens» (WHO-Definition) zu vermeiden? Entsteht nicht bereits mit der Aufnahme eines Menschen auf die Liste mit der damit verbundenen sozialen Ausgrenzung die Gefahr eines gesundheitlichen Schadens?

Die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) stellt fest, dass mit einem Leistungsaufschub «ein Kollektiv benachteiligt [wird], das ohnehin schon Gefahr läuft, unterversorgt zu sein: Menschen mit geringem Einkommen, Menschen mit Migrationshintergrund, Sans-Papiers, Menschen mit Suchterkrankungen etc.» (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2020, S. 2).

## 4. Auswirkungen und Nutzen

Bevor in einem diese Arbeit abschliessenden Kapitel über die Liste für säumige Prämienzahlende im Kanton Thurgau geurteilt wird, werden im Folgenden zusammenfassend die wichtigsten Auswirkungen und der Nutzen der Listenführung für die beteiligten Akteur:innen stichwortartig aufgelistet. Die einzelnen Punkte werden nicht vertieft betrachtet, da sie sich aus den in den vorhergehenden Kapiteln entwickelten und mit den entsprechenden Literaturangaben versehenen Gedankengängen ergeben.

### 4.1. Für die Betroffenen

- Sie sind mit Ausnahme der Notfallbehandlungen (Art. 64a Abs. 7 KVG) von den Leistungen der sozialen Krankenversicherung (Grundversicherung) ausgeschlossen.
- Trotz eines weiten Notfallbegriffs, der neu ins KVG eingefügt wird (Kap. 3.3. in dieser Arbeit), haben sie keinen Zugang zu Behandlungen, die nicht offensichtlich notwendig sind (z.B. psychotherapeutische Begleitung in einer Nicht-Krisensituation).
- Die Krankenkassen und neu bei einer Übernahme der Verlustscheine allenfalls auch die Gemeinden (Kap. 2.1.3.) müssen die säumigen Prämienzahlenden immer wieder betreiben. Bei einem über dem betriebsrechtlichen Existenzminimum stehenden Einkommen werden damit säumige Prämienzahlende doppelt sanktioniert. Sie sind von einem grossen Teil der Leistungen der Grundversicherung ausgeschlossen und sie müssen in der Finanzierung ihres Lebensunterhalts mit dem Existenzminimum auskommen.
- Trotz der sehr reduzierten Versicherungsleistungen schulden sie weiterhin auch die laufenden Prämienzahlungen. Bei einem mehrjährigen Eintrag auf der Liste erhöhen sich die Schulden möglicherweise kontinuierlich und die Hürde, vom Prämienaufschub befreit zu werden, wird immer höher. Für die zahlreichen Krankenkassenprämien, die sie auch im Zeitraum eines Listeneintrags bezahlen müssen, erhalten sie von der Versicherung kaum eine Leistung. Das Obligatorium besteht nur noch auf der Seite der versicherten Person (Achermann, 2019, S. 11).
- Sie werden von ihrer Wohngemeinde kontaktiert, über den Leistungsaufschub informiert und zu einem Case Management eingeladen (§ 11 Abs. 1 TG KVV). Das Case Management (CM) kann allenfalls zu einer Aufhebung des Leistungsaufschubs führen, und in einer Schuldenberatung können im CM auch andere Probleme angegangen und gelöst werden.

- Sie haben im Case Management eine Mitwirkungspflicht (§ 11 Abs. 3 TG KVV).
- Da im Gesetz das Case Management nicht weiter umschrieben wird, haben sie keine Möglichkeit, bestimmte Leistungen von der Gemeinde einzufordern. Sie können darauf hoffen, dass die Gemeinden die Schulden bei der Krankenkasse mit einer Abzahlungsvereinbarung übernehmen. Einen gesetzlichen Anspruch darauf haben sie aber nicht.
- Von der Gemeinde übernommene Ausstände müssen sie zurückerstatten (§ 11 Abs. 2 TG KVV).
- Nebst der Bezahlung aller offenen Krankenkassenrechnungen bleibt ihnen nur die Möglichkeit, in einen anderen Kanton umzuziehen, um wieder zu den vollen Leistungen der Grundversicherung zu kommen.

#### **4.2. Für den Kanton und die Gemeinden**

- Der Kanton (Amt für Gesundheit) führt die Liste, wofür es eine Leistungsvereinbarung mit dem Sozialversicherungszentrum Thurgau gibt, und beteiligt sich an den Kosten aus dem Topf für individuelle Prämienverbilligungen, wenn es zu einer Schuldenübernahme durch die Gemeinden kommt (Kap. 2.2.). Alle weiteren Aufgaben in der Bearbeitung der Listeneinträge werden auf die Gemeindeebene delegiert.
- Die Gemeinden müssen die betroffenen Personen über den Listeneintrag informieren (§ 11 Abs. 1 TG KVV) und in irgendeiner Form ein Case Management durchführen (§ 11 Abs. 2 TG KVV).
- Wenn mit einem Case Management das Entstehen von Verlustscheinen vermieden werden kann, ist das für die Gemeinden finanziell vorteilhaft, weil der Kanton sich an den Kosten bei einer Schuldenübernahme beteiligt und das CM dafür sorgt, dass die betroffenen Personen ihre Krankenkassenrechnungen (wenn möglich) wieder selbst bezahlen.
- Wenn es trotz Case Management zu Verlustscheinen kommt, werden die Gemeinden vom Kanton mit den dadurch entstehenden Kosten nach Art. 64a Abs. 4 KVG belastet. Sie werden dafür nicht mit Beiträgen aus dem Topf der individuellen Prämienverbilligungen unterstützt. Damit werden die für die Prämienverbilligung vorgesehenen Beträge (gemäss Einschätzung des Kantons Thurgau) nicht zweckentfremdend eingesetzt.
- Es kann sich darum für die Gemeinden finanziell lohnen, ein gutes Case Management anzubieten, auch wenn es dafür gesetzlich keine detaillierten Vorgaben gibt. Studien haben aber gezeigt, dass «die Unterschiede in der Entwicklung des Zahlungsverhaltens zwischen Kantonen mit

und Kantonen ohne Liste statistisch nicht signifikant sind» (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 10).

- Das Führen einer Liste für säumige Prämienzahlende in Kombination mit einem Case Management ist mit Kosten für den Kanton und die Gemeinden verbunden (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 2020, S. 10). Ein (finanzieller) Nutzen kann hingegen nicht belegt werden.

#### **4.3. Für die Leistungserbringer:innen im Gesundheitswesen**

- Sie müssen vor der Behandlung von ihnen nicht bekannten Patient:innen auf der Liste schauen, ob diese auf der Liste für säumige Prämienzahlende stehen. Andernfalls gehen sie das Risiko ein, möglicherweise auf unbezahlten Rechnungen sitzen zu bleiben.
- In einem Notfall *müssen* sie behandeln, in einem Nicht-Notfall *dürfen* sie *nicht* behandeln. Im ärztlichen Alltag kann diese Entscheidung sehr schwierig sein, zumal der Notfallbegriff weit definiert ist.
- Bei einer Entscheidung für eine Behandlung haben sie keine Garantie, dass der Krankversicherer die Behandlung auch als Notfall einstuft. Bei einer Nichtbezahlung können sie gegen die Krankenkasse klagen, wenn sie den damit verbundenen Aufwand nicht scheuen.
- Die Liste für säumige Prämienzahlende führt bei den Leistungserbringer:innen zu einem administrativen Mehraufwand und finanziellen Risiken. Vorteile ergeben sich für sie damit keine. Es überrascht darum nicht, dass sich auch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) für die Abschaffung der Listen für säumige Prämienzahlende ausgesprochen hat (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, 2020, S. 2).
- Die Leistungserbringer:innen müssen sich bei der Behandlung von Patient:innen, die auf der Liste stehen, auch mit juristischen Fragestellungen beschäftigen, statt dass sie sich ganz auf das Medizinische konzentrieren dürfen. Neben der medizinischen Einschätzung müssen sie beurteilen, ob eine Behandlung auch rechtlich zulässig ist und wie weit sie in der Behandlung gehen dürfen.

#### **4.4. Für die Krankenversicherer**

- Die in Art. 64a Abs. 4 geregelte Kostenübernahme der Verlustscheckkosten (85%) durch die Kantone schützt die Krankenversicherer vor finanziellen Schäden bei unbezahlten Rechnungen. Zur

Abwehr eines finanziellen Schadens brauchen sie den Leistungsaufschub nicht als Druckmittel gegen säumige Prämienzahlende.

- Die Krankenversicherer müssen weniger Leistungen übernehmen, wenn versicherte Personen wegen einem Leistungsaufschub nicht in ärztliche Behandlung gehen (dürfen). Wenn aber Behandlungen nicht rechtzeitig durchgeführt werden, kann dies später zu von den Krankenkassen zu finanzierenden umso teureren Notfallbehandlungen führen (A. Steinacher, Interview 4, Frage 13). Grössere Schäden für die Versicherer und für die Allgemeinheit können auch entstehen, wenn eine Nichtbehandlung von einer Infektionskrankheit zu einer Weiterverbreitung von Erkrankungen führt (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2020, S. 3). Gemäss dem neu im KVG Gesetz definierten Notfallbegriff besteht auch ein Notfall, wenn die Gesundheit anderer Personen gefährdet ist (Kap. 3.3.). Es muss aber angenommen werden, dass Menschen oft auch in einer (möglicherweise ansteckenden) Notfallsituation nicht rechtzeitig in eine Behandlung gehen, wenn ihnen ein Eintrag auf der Liste für säumige Prämienzahlende kommuniziert worden ist. Es kann nicht erwartet werden, dass alle auf der Liste stehende Personen selbst korrekt einschätzen können, wann sie in eine Behandlung gehen dürfen und wann nicht.
- Weil die Bewirtschaftung solcher Listen «mit erheblichen Aufwand – bei unklarem Nutzen – für Kantone und Krankenversicherer verbunden ist», unterstützt der Krankenversicherungsverband curafutura die Abschaffung der Liste für säumige Prämienzahlende (curafutura, 2021). Auch der Krankenkassenverband santésuisse würde die Abschaffung der Listen begrüssen (santésuisse, 2020).

## 5. Schlussbetrachtung

Eine Kosten-Nutzen-Analyse (Kap. 4) macht deutlich, dass der Nutzen einer Liste für säumige Prämienzahlende nicht im Verhältnis zu dem damit verbundenen Aufwand steht. Für die betroffenen Personen führt ein Eintrag auf der Liste zu einer schmerzhaften und möglicherweise gesundheitsgefährdeten Einschränkung der aus der Grundversicherung finanzierten medizinischen Leistungen, die Kantone, die Gemeinden und die Krankenversicherer haben mit den Werkzeugen des Schulbetriebs- und Konkursrechts andere Möglichkeiten, mit denen sie zahlungsunwillige säumige Prämienzahlenden unter Druck setzen können, und die Leistungserbringer:innen müssen sich mit juristischen Fragestellungen beschäftigen, die nicht zum ihrem Kerngeschäft gehören. Damit erweist sich die Praxis, säumige Prämienzahlende mit einem Leistungsaufschub zu belegen, als nicht verhältnismässig, auch wenn es dafür im KVG eine gesetzliche Grundlage gibt (Achermann, 2019, S. 10). Zur gesetzeskonformen Umsetzung von Art. 64a Abs. 7 müssten die Bedingungen zur Auf- und Entnahme von der Liste so definiert werden, dass nur grundsätzlich zahlungsfähige Personen darauf erfasst werden. Auch dann würde sich aber weiterhin die Frage nach der Verhältnismässigkeit stellen, weil zahlungsfähige Personen mit einer betriebsrechtlichen Pfändung zur Zahlung der Krankenkassenrechnung gezwungen werden können. Dafür braucht es das Druckmittel eines Leistungsaufschubs nicht. Es darf aber nicht sein, dass mit einer nicht eingeschränkten Listenpraxis armutsbetroffene Menschen von medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden, was die Regelung im Kanton Thurgau zulässt. Wenn zu der Armutssituation noch eine psychische Beeinträchtigung dazu kommt, ist die Gefahr gegeben, dass ein Case Management nicht funktioniert, zumal es für die fachlichen Kompetenzen der für das Case Management zuständigen Personen keine Vorgaben gibt.

Sicher gibt es im Case Management auch viele gute Fachleute, die in einer engagierten Beratung zusammen mit den betroffenen Menschen Lösungen für ganz unterschiedliche Problemsituationen erarbeiten. Dass im Case Management das Gesamtbild angeschaut und manchmal neben der Krankenversicherung auch andere Probleme gelöst werden können, kann in einzelnen Fällen einen Eintrag auf der Liste zum Vorteil für die betroffenen Personen werden lassen. Das bedingt aber, dass die betroffene Person in einer Gemeinde wohnt, die ein gutes Case Management anbietet. Weil es für das Case Management keine detaillierten Vorgaben gibt und mit der vom Regierungsrat vorgeschlagenen Änderung des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes auch zukünftig wahrscheinlich nicht geben wird, gibt es für die betroffenen Personen keinen Anspruch auf eine bestimmte Qualität im Case Management. Wenn die Gemeinden einen derart grossen Spielraum haben, ob und wie sie einer betroffenen Person wieder zu einem vollen Versicherungsschutz verhelfen wollen,

kann dies zur einer Gefährdung der von der Verfassung geschützten Grundrechte der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) und dem Schutz vor Willkür (Art. 9 BV) führen. Wie schnell eine säumige prämienzahlende Person in einem nicht (offensichtlichen) Notfall zu einer aus der Grundversicherung bezahlten medizinischen Behandlung kommt, sollte nicht davon abhängig sein, in welchem Kanton (mit oder ohne Liste) oder in welcher Gemeinde im Kanton sie oder er wohnhaft ist.

Das kantonale Gesetz im Thurgau lässt zu, dass auch zahlungsunfähige Menschen über einen langen Zeitraum - auch nach der Ausstellung von Verlustscheinen oder sogar bei Bezug von Sozialhilfe oder EL-Leistungen - auf der Liste gehalten werden können. Dies widerspricht der einheitlichen Rechtsmeinung, dass bei der Anwendung von Art. 64a Abs. 7 zwischen zahlungsunwilligen und zahlungsunfähigen Menschen unterschieden werden muss. Der Kanton Thurgau weicht ganz bewusst von dieser allgemeinen Rechtsmeinung ab (S. Renner, Interview 1, Frage 8), die auch in die Regelungen in den wenigen anderen Kantonen mit Liste und in den Gerichtsentscheid im Kanton Zug Eingang gefunden hat (Kap. 2.3.). Es ist wünschenswert, dass es auch im Kanton Thurgau zu einer gerichtlichen Überprüfung kommen wird, ob die gegenwärtige Praxis mit dem Bundesrecht kompatibel ist. Auf der politischen Ebene sind die Mehrheiten so, dass das gegenwärtige System wohl noch lange und unangepasst beibehalten werden wird.

Für das berechtigte und wichtige Anliegen, armutsbetroffene oder überschuldete Menschen in einem Case Management in einer Beratung zu begleiten, braucht es keinen Leistungsaufschub in der Krankenversicherung (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2020, S. 4). Die Ressourcen, die es für das Case Management braucht, sollten besser in den Ausbau der persönlichen Hilfe in der Sozialhilfe investiert werden, wie es von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) empfohlen wird (*Monitoring Sozialhilfe 2021, 2022*, S. 20). Nach SKOS-RL B.2.1 wird persönliche Hilfe im Einvernehmen mit der hilfeschuchenden Person geführt, ein Zwang zu einer Beratung ist in der Regel nicht zielführend. In der Sozialhilfe gemäss den SKOS-Richtlinien wäre es ein Tabubruch, eine Reduktion der Leistungen aus der medizinischen Grundversicherung als Druckmittel einzusetzen (Kap. 3.2.). Die Grundversicherung gehört nach der Einschätzung vieler Fachleute und Akteur:innen im Gesundheitswesen zu den Leistungen nach Art. 12 BV, auf die alle Bewohner:innen in der Schweiz einen Anspruch haben. Es käme auch kaum jemandem in den Sinn, eine armutsbetroffene Person von Essensleistungen auszuschliessen und hungern zu lassen, um sie oder ihn in eine Ernährungsberatung zu führen und so Defizite in einer ungesunden Ernährung zu korrigieren.

Das Führen einer Liste für säumige Prämienzahlende trägt bei zu dem in der Sozialen Arbeit festgestellten Phänomen der «unsichtbaren Armut» (Tabin, 2020). Wenn Menschen nicht in eine medizinische Behandlung oder therapeutische Begleitung gehen können, dann wird ihre Problemsituation nicht erfasst und sie gelten nicht als hilfsbedürftig, obwohl sie sich möglicherweise in einer grossen Notlage befinden. Unsichtbare Armut ist «Armut, für die der Sozialstaat keine Versorgung vorsieht» (Tabin, 2020, S. 547). Darum fordert die in Kapitel 3.1. erwähnte Studie vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu der Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden, dass der Zugang von armutsbetroffenen Menschen zu gesundheitlichen Leistungen vereinfacht und ausgebaut werden muss.

Solidarität in der sozialen Krankenversicherung bedeutet nicht nur eine Solidarität zwischen gesunden und kranken, sondern auch zwischen reicheren und ärmeren Menschen (Kap. 2.1.1.). Bei den immer stärker steigenden Gesundheits- und Prämienkosten im Gesundheitswesen funktioniert die Solidarität zwischen reichen und armen Menschen nicht nur über die Auszahlung der individuellen Prämienverbilligungen (IPV). Die Gewährung einer individuellen Prämienverbilligung ist keine Garantie, dass eine Person alle anfallenden Gesundheitskosten aus ihrem oder seinem Einkommen oder Vermögen bezahlen kann. Die SP Thurgau fordert darum in der Vernehmlassungantwort zur Änderung des kantonalen Krankenversicherungsgesetzes, dass statt einer Weiterführung der Liste die IPV ausgebaut und der Zugang dazu erleichtert wird (SP Thurgau, 2022).

In der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz wird auf die Eigenverantwortung<sup>2</sup> ein grosses Gewicht gelegt (Kap. 2.1.1.). Jede in der Schweiz wohnhafte Person muss sich eigenverantwortlich bei einer der vielen Krankenkassen versichern lassen, die Prämien und anderen Krankenkassenrechnungen aus dem eigenen Einkommen bezahlen und (wenn ein Anspruch besteht) sich um die Auszahlung einer individuellen Prämienverbilligung kümmern. Es gibt viele Gründe, warum jemand in diesem System überfordert sein kann. Das Ziel einer sozialen Krankenversicherung ist ein grundlegender Versicherungsschutz für alle in einem Land wohnhaften Personen. Es ist eine Aufgabe des Staates, dafür zu sorgen, dass das System der Krankenversicherung für alle funktioniert und finanzierbar ist. Es gäbe auch die Möglichkeit, wie in vielen anderen Ländern die medizinische Grundversorgung über Lohnbeiträge oder direkte Steuern zu finanzieren (Sax, 2020, S. 291). Solange das System in der Schweiz aber in der gegenwärtigen Form unverändert weitergeführt wird, wird es immer zahlreiche Menschen geben, welche mit der Bezahlung der Krankenkassenrechnungen im

---

<sup>2</sup> Barbara Kern (pers. Mitteilung, E-Mail vom 22.08.2022) meint als ehemalige Kantonsrätin und Kreuzlinger Stadträtin, dass im Kanton Thurgau der Begriff „Eigenverantwortung“ hoch im Kurs sei. Das sei einer der Gründe, warum dem Thurgau das Führen der Liste so wichtig ist.

Verzug sind. Wenn die Schweiz aber in den staatlichen Sozialversicherungen auch eine Krankenversicherung führen will, dann darf sie die säumigen Prämienzahlenden nicht mit einem Leistungsaufschub belegen. Andernfalls wird damit die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) «als Volksversicherung als Ganzes in Frage gestellt» (Bühler & Egle, 2020, S. 1019).

Die Ausstattung der Grundversicherung mit einer Vielzahl an medizinischen Leistungen, die für alle zugänglich sein sollen, reduziert die Gefahren einer Zweiklassenmedizin. Mit der Liste für säumige Prämienzahlende praktiziert der Kanton Thurgau aber eine Dreiklassenmedizin. In der dritten Klasse in der Gesundheitsversorgung fahren jene 4'688 Personen (Stand 31.12.2021; S. Renner, Interview 1, Frage 31), die sich nicht nur keine Zusatzversicherungen leisten können, sondern auch vom vollen Versicherungsschutz der Grundversicherung ausgeschlossen werden. Die allermeisten Kantone in der Schweiz wollen dies verhindern. Es bleibt zu hoffen, dass auch der Thurgau wieder zu einer sozialen Krankenversicherung für alle im Kanton wohnhaften Personen kommen wird.

Mit dem Beschluss des nationalen Parlaments gegen die Abschaffung der Möglichkeit der Listenführung durch die Kantone und der zu erwartenden baldigen Bestätigung des Thurgauer Sonderwegs durch das kantonale Parlament besteht allerdings die Gefahr, dass die Diskussion darüber wieder in den Hintergrund gerät. Wissenschaftliche Arbeiten (wie die vorliegende) können dazu beitragen, dass dies nicht passiert. Die Liste für säumige Prämienzahlende im Kanton Thurgau bietet sich an, nicht nur politisch weiter diskutiert, sondern auch wissenschaftlich vertieft angeschaut zu werden. Diese Arbeit bietet nur einen kleinen Beitrag dazu. Was im Rahmen dieser Arbeit zum Beispiel nicht geleistet werden konnte, ist ein Vergleich des im Thurgau praktizierten und von zahlreichen Politiker:innen im Kanton als Erfolg bezeichnetes Case Management mit den wissenschaftlichen Theorien des Case Managements. «Aber oft ist dort, wo Case Management drauf steht, Case Management nicht drin», schreibt Rolf Rainer Wendt (Wendt, 2018, S. 14). Ist das, was im Kanton Thurgau im Zusammenhang mit der Liste für säumige Prämienzahlende als Case Management bezeichnet wird, auch tatsächlich ein Case Management, wie es im Sozial- und Gesundheitswesen zunehmend gefordert wird (Wendt, 2018, S. 14)? Das wäre ein Thema für eine weitere Arbeit.

## 6. Literaturverzeichnis

- Achermann, S. (2019). Verletzt das Erfassen säumiger Prämienzahlender auf «schwarzen Listen» Grundrechte? *Cognitio*, 2019(1), 1–11. Student-Edited.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.2592399>
- Barille, A. (2018, Juni 15). Motion „Artikel 64a Absatz 7 KVG. Abschaffung der schwarzen Listen“. Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183643>
- Biner, D. (2021, Dezember 20). Säumige Prämienzahler: warum der Kanton Thurgau auf die schwarzen Listen schwört. *Neue Zürcher Zeitung*. Verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/schweiz/saeumige-praemienzahler-warum-der-kanton-thurgau-auf-die-schwarzen-listen-schwoert-ld.1661243>
- Bühler, I. & Egle, C. (2020). Art. 64a KVG (Basler Kommentar). In G.-P. Blechta, R. Bächler, H. Rüedi, P. Colatrella & D. Staffelbach (Hrsg.), *Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz* (S. 1014–1054). Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Cavelti, L. (2019). Schwarze Liste als Todesurteil. *Schweizerische Ärztezeitung*.  
<https://doi.org/10.4414/saez.2019.18102>
- curafutura. (2021). Sessionsbrief Sommer 2021 zu Geschäften mit Bezug zum Krankenversicherungsgesetz (KVG). Verfügbar unter: <https://mailchi.mp/9408587b89a6/sessionsbrief-wintersession-10282690#c>
- Demarco, N. & Sjöberg, S. (2018). *Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz – ein für alle zugängliches Gut? Eine Forschungsarbeit zum Case Management für Personen mit Ausständen bei der obligatorischen Krankenversicherung*. Luzern.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.1440910>
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau. (2017, Oktober 2). Rahmenorganisation Versicherte mit Prämienausständen und Leistungsaufschub Version 4 .0, gültig ab 2018 (Stand Oktober 2017). Verfügbar unter: <https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/81859/Rahmenorganisation%20LSP%2C%20Version%204.0.pdf>
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau. (2022a). *Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung. Erläuternder Bericht*. Verfügbar unter: [https://vernehmlassungen.tg.ch/public/upload/assets/131224/Erlaeuternder\\_Bericht\\_Krankenversicherung.pdf?fp=1656655829280](https://vernehmlassungen.tg.ch/public/upload/assets/131224/Erlaeuternder_Bericht_Krankenversicherung.pdf?fp=1656655829280)
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau. (2022b). Revidiertes kantonales Krankenversicherungsgesetz geht in die Vernehmlassung. Verfügbar unter: [https://vernehmlassungen.tg.ch/public/upload/assets/131236/Medienmitteilung\\_Krankenversicherung%20.pdf?fp=1656661353861](https://vernehmlassungen.tg.ch/public/upload/assets/131236/Medienmitteilung_Krankenversicherung%20.pdf?fp=1656661353861)

Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau. (2019, Februar 11). Leitfaden zur Liste der säumigen Versicherten gemäss § 22 Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Verfügbar unter: <https://www.ag.ch/media/kanton-aargau/dgs/dokumente/gesundheit/gesundheitsversorgung/leitfaden-saeumigenliste-8-02-19.pdf>

Der Ständerat soll unmenschliche schwarze Listen abschaffen. (2021, Juni 4). *Caritas Schweiz*. Verfügbar unter: <https://www.caritas.ch/de/news/der-staenderat-soll-unmenschliche-schwarze-listen-abschaffen.html>

Diaz-Bone, R. & Weischer, C. (2015). *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften* (2015. Auflage). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18889-8>

Die Mitte Thurgau. (2022, Oktober 29). Stellungnahme zur Vernehmlassung «Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (TG KVG)». Verfügbar unter: <https://tg.die-mitte.ch/wp-content/uploads/sites/36/2022/10/2022-10-29-Vernehmlassung-KVG.pdf>

Diese Schuldenfalle ging vergessen. (2021). *Beobachter*, (Ausgabe 11 vom 21. Mai), 40.

Eugster, G., Murer, E. & Stauffer, H.-U. (2018). *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG* (Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht) (2. Auflage.). Zürich: Schulthess.

Fagetti, A. (2019, September 19). Schwarze Listen: Ein reines Folterinstrument. *WOZ. Die Wochenzeitung*. Verfügbar unter: <https://www.woz.ch/1938/schwarze-listen/ein-reines-folterinstrument>

FDP Thurgau. (2022, Oktober 24). Vernehmlassung Krankenversicherung – Liste säumiger Prämienzahler. Verfügbar unter: [https://www.fdp-tg.ch/fileadmin/groups/499/pdf/Vernehmlassungen/20221011\\_VN\\_Liste\\_saeumiger\\_Praemienzahler\\_FDP\\_TG\\_EF.pdf](https://www.fdp-tg.ch/fileadmin/groups/499/pdf/Vernehmlassungen/20221011_VN_Liste_saeumiger_Praemienzahler_FDP_TG_EF.pdf)

Fiorentzis, A., Wilhelm, R., Hürlimann, E., Gerhardt, O., Brügger, U. & Szucs, T. D. (2016). *Das KVG - eine Schweizer Erfolgsstory? 20 Jahre Krankenversicherungsgesetz in der Schweiz: 20 Experten ziehen Bilanz* (KVG 20). Zürich: Orell Füssli.

Gesundheitsdirektion Kanton Zug. (2021, Dezember 3). Liste säumiger Prämienzahler/innen: Praxisänderung im Kanton Zug. Verfügbar unter: <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/direktionssekretariat/aktuell/liste-saeumiger-praemienzahler-innen-praxisaenderung-im-kanton-zug?searchterm=Liste+s%C3%A4umiger+Pr%C3%A4mienzahler%2Finnen++Praxis%C3%A4nderung+im+Kanton+Zug>

Gesundheitsdirektion Kanton Zug. (2022, September 15). Zuger Regierungsrat will «schwarze Liste» abschaffen. Verfügbar unter: <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/direktionssekretariat/aktuell/zuger-regierungsrat-will-schwarze-liste-abschaffen>

- Glaus, H., Biller-Andorno, N. & Drewniak, D. (2019). „Schwarze Listen“: *Ethische Probleme im Umgang mit dem Aufschub medizinischer Leistungen*. Universität Zürich.  
<https://doi.org/10.5167/uzh-185334>
- Graf-Litscher, E. (2019). Kinder auf schwarzer Liste säumiger Prämienzahler leiden wegen Zahlungsproblemen der Eltern. Verfügbar unter:  
<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20195420>
- Haag, R. (2019, August 28). Kinder auf der Liste der säumigen Prämienzahler: «Dadurch straft man die Falschen». *Thurgauer Zeitung*. Verfügbar unter:  
<https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/kreuzlingen/kinder-auf-der-liste-der-saeumigen-praemienzahler-dadurch-straft-man-die-falschen-ld.1146585>
- Heidelberger, A. (2022). *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten (Kt. Iv. 16.312), 2017 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. Verfügbar unter:  
<https://anneepolitique.swiss/prozesse/57174-vollstreckung-der-pramienzahlungspflicht-der-versicherten-kt-iv-16-312>
- Herzog, V. (2021). Votum im Nationalrat am 16. Dezember 2021. Verfügbar unter:  
<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=55472#votum8>
- Indra, P., Januth, R. & Cueni, S. (2015). Krankenversicherung. In W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017: eine aktuelle Übersicht* (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Kaiser, Robert. (2014). *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung* (Elemente der Politik) (1st ed. 2014.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02479-6>
- Kessler, D., Hoeglinger, M., Heiniger, S., Läser, J. B. & Hümbelin, O. (2021). *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden. Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit*. Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Verfügbar unter:  
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-fuer-armutsbetroffene/studie-gesundheit-von-sozialhilfebeziehenden.pdf.download.pdf/Studie%20Gesundheit%20von%20Sozialhilfebeziehenden.pdf>
- Kieser, U. (2019). *Leistungen der Sozialversicherung: Begriffe, Voraussetzungen, Checklisten* (3. aktualisierte Auflage 2019.). Zürich: Orell Füssli Verlag.

- Kieser, U., Mosimann, H.-J., Gehring, K., Bollinger, S. & Frey, F. (2018). *KVG/UVG Kommentar: Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit weiteren Erlassen* (Navigator.ch) (Ausgabe 2018, Stand der Gesetzgebung: 1. Januar 2018; Stand der Praxis: 31. Dezember 2017.). Zürich: Orell Füssli Verlag.
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates. (2020, Mai 25). Standesinitiative. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten. Erläuternder Bericht. Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/bericht-sgk-n-16-312-2020-05-25-d.pdf>
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2021). Übersicht der Listen säumiger Prämienzahler. Verfügbar unter: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/krankenversicherung/unbez.\\_praemien/Listen\\_saeumige\\_Praemienzahler\\_2021\\_d.jpg](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/krankenversicherung/unbez._praemien/Listen_saeumige_Praemienzahler_2021_d.jpg)
- Küng, M. & Moser, U. (2014, November 28). Krankenkassen: 5356 Aargauer sind auf der schwarzen Liste. *Aargauer Zeitung*. Verfügbar unter: <https://www.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/krankenkassen-5356-aargauer-sind-auf-der-schwarzen-liste-ld.1659201>
- Lohr, C. (2021). Votum im Nationalrat am 16. Dezember 2021. Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=55472#votum17>
- Meile, S. & Keller, S. (2020, Juni 25). «Dass Kinder auf der Liste waren, war ein Schönheitsfehler»: Minderjährige verschwinden im Thurgau von der Schwarzen Liste der säumigen Prämienzahler. *Thurgauer Zeitung*. Verfügbar unter: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/frauenfeld/kanton-thurgau-entfernt-kinder-und-jugendliche-von-der-schwarzen-liste-der-saeumigen-praemienzahler-ld.1232462>
- Monitoring Sozialhilfe 2021*. (2022). Bern: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. Verfügbar unter: [https://skos.ch/fileadmin/user\\_upload/skos\\_main/public/pdf/Publicationen/Monitoring/Monitoring-Bericht\\_2021\\_D.pdf](https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/Publicationen/Monitoring/Monitoring-Bericht_2021_D.pdf)
- Mösch Payot, P., Schwander, M., Caplazi, A., Häfeli, C., Rosch, D. & Schleicher, J. (2021). *Recht für die Soziale Arbeit: Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (Recht für die Soziale Arbeit: Grundlagen und ausgewählte Aspekte) (5., aktualisierte Auflage.). Bern: Haupt Verlag.
- Motion 18.3708 SGK-N. Schwarze Listen. Definition des Notfalls. (2018, September 19). Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=44100>

- Page, J. (2020). Art. Gesundheitliche Ungleichheit. In J.-M. Bonvin, P. Maeder, C. Knöpfel, V. Hugentobler & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 214–216). Zürich: Seismo.
- Regierungsrat Kanton Aargau. (2022). *Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG); Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau (ELG-AG); Änderung*. Botschaft an den Grossen Rat. Verfügbar unter: <https://www.ag.ch/grossrat/grweb/de/195/Detail%20Gesch%C3%A4ft?ProzId=5469825>
- Renner, S. (2022, August 18). KVG-Case Management im Kanton Thurgau. unveröffentlichte Präsentation.
- Rossini, S. (2020). Art. Gesundheit. In J.-M. Bonvin, P. Maeder, C. Knöpfel, V. Hugentobler & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 210–212). Zürich: Seismo.
- santésuisse. (2020, Oktober 6). santésuisse begrüsst die Abschaffung der schwarzen Listen. Verfügbar unter: <https://www.santesuisse.ch/details/content/santesuisse-begruesst-die-abschaffung-der-schwarzen-listen?backLinkPid=61&cHash=0607770c33105dd4f132860c873656fa>
- santésuisse. (2022). Lehrmittel Basiskurs Gesundheitswesen Schweiz. Modul VVG.
- Sax, A. (2020). Art. Krankenversicherung. In J.-M. Bonvin, P. Maeder, C. Knöpfel, V. Hugentobler & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 290–292). Zürich: Seismo.
- Schmid, S. (2020, Oktober 13). Schwarze Liste für säumige Prämienzahler steht vor dem Aus. *Neue Zürcher Zeitung*. Verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/schweiz/schwarze-liste-fuer-praemienzahler-vor-dem-aus-ld.1580842>
- Schuwey, C. & Knöpfel, C. (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz* (Völlig neu bearb. Aufl.). Luzern: Caritas-Verlag.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2020). *Antwort auf die Vernehmlassung zur Ergänzung von Art. 64a KVG betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten*. Verfügbar unter: [https://skos.ch/fileadmin/user\\_upload/skos\\_main/public/pdf/grundlagen\\_und\\_positionen/Vernehmlassungen/201006\\_SKOS-Vernehml\\_KVG61a\\_Brief.pdf](https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/Vernehmlassungen/201006_SKOS-Vernehml_KVG61a_Brief.pdf)
- Schweizerische Volkspartei SVP. (2011). Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) - Anhörungsantwort. Verfügbar unter: <https://www.svp.ch/partei/positionen/vernehmlassungen/aenderung-der-verordnung-vom-27-juni-1995-ueber-die-krankenversicherung-kvv/>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2020). «Schwarze Listen» – *Leistungssperren medizinischer Versorgung aufgrund nicht bezahlter Prämien und*

- Kostenbeteiligungen. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission.* Verfügbar unter: [https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2020/05/stellungnahme\\_samw\\_leistungssperren\\_aufgrund\\_nicht\\_bezaehler\\_praemien\\_2020.pdf](https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2020/05/stellungnahme_samw_leistungssperren_aufgrund_nicht_bezaehler_praemien_2020.pdf)
- SP Thurgau. (2022). *SP Thurgau fordert Lösungen statt schwarze Listen.* Verfügbar unter: <https://www.sp-tg.ch/sp-thurgau-fordert-loesungen-statt-schwarze-listen/>
- Stark, J. (2018, August 28). Listen säumiger Prämienzahler sind notwendig. *Neue Zürcher Zeitung.*
- Stark, J. (2020). Votum im Ständerat am 3. Juni 2020. Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=48977#votum2>
- Stark, J. (2021). Votum im Ständerat am 7. Juni 2021. Verfügbar unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=53124#votum10>
- Stark, J. (2022, März 3). Erfolg für das Thurgauer Modell. Verfügbar unter: <https://jakob-stark.ch/erfolg-fuer-das-thurgauer-modell/>
- Studer, J. & Zöbeli, M. (2020). *Schuldbetreibungs- und Konkursrecht: ein Leitfaden für die Praxis* (5., überarbeitete Auflage.). Zürich: Orell Füssli Verlag.
- SVP Kanton Thurgau. (2022, Oktober 10). Vernehmlassung zur Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung – Liste säumiger Prämienzahler. Verfügbar unter: <https://www.svp-thurgau.ch/vernehmlassungen/vernehmlassung-zur-aenderung-des-gesetzes-ueber-die-krankenversicherung-liste-saeumiger-praemienzahler/>
- Tabin, J.-P. (2020). Art. Unsichtbare Armut. In J.-M. Bonvin, P. Maeder, C. Knöpfel, V. Hugentobler & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 547–549). Zürich: Seismo.
- Thole, W., Höblich, D. & Ahmed, S. (2014). *Taschenwörterbuch Soziale Arbeit* (Thole, Taschenwörterbuch Soziale Arbeit) (2nd, Revised, Enlarged ed. Auflage). Stuttgart: utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838542713>
- Verband Thurgauer Gemeinden. (2022). *Vernehmlassung TG KVG.* Verfügbar unter: [https://www.vtg.ch/informationen/vernehmlassungen#2022-07-01\\_15712](https://www.vtg.ch/informationen/vernehmlassungen#2022-07-01_15712)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. (2020). *Stellungnahme von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht) Vernehmlassungsverfahren.* Verfügbar unter: <https://www.fmh.ch/files/pdf24/stellungnahme-betreffend-vollstreckung-der-praemienzahlungspflicht.pdf>

- Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen. (2018, April 26). *Entscheid Versicherungsgericht vom 26.04.2018, KSCHG 2017/5*. Verfügbar unter: <https://publikationen.sg.ch/rechtsprechung-gerichte-detail/2695/>
- Verwaltungsgericht des Kantons Zug. (2021, August 11). *Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 11. August 2021, S 2021 30*. Verfügbar unter: <https://www.zg.ch/behoerden/verwaltungsrechtspflege/verwaltungsgericht/aktuelle-entscheide/downloads/urteil-s-2021-30-noch-nicht-rechtskraeftig.pdf/download>
- Wendt, W. R. (2018). Case Management. Stand und Positionen in der Entwicklung von Programm und Verfahren. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Rimmel-Faßbender & W.R. Wendt (Hrsg.), *Case Management : Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit* (5th, Revised ed. Auflage, S. 14–42). München: Ernst Reinhardt Verlag. Verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.2378/9783497610082>
- Widmer, D. (2021). *Die Sozialversicherung in der Schweiz* (Recht für die Praxis) (13. Auflage, Stand: 1. Juli 2021.). Zürich: Schulthess.
- Widmer, W. (2011). *Das Gesundheitswesen der Schweiz: ein Überblick aus individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Sicht* (Careum books). Zürich: Careum Verlag.
- Widmer, W. (2020). *Einführung in das Gesundheitswesen der Schweiz: für Gesundheits- und Sozialberufe* (3., überarbeitete Auflage.). Zürich: Careum Verlag.
- Widmer, W. & Siegenthaler, R. (2019). *Durchblick im Gesundheitswesen: Handbuch für Öffentlichkeit und Politik* (careum books) (1. Auflage.). Zürich: Careum Verlag.
- Wieser, V. (2022, März 6). «Schwarze Liste»: Zug hielt sich nicht an Bundesrecht. *zentralplus*. Verfügbar unter: <https://www.zentralplus.ch/gesundheit-fitness/schwarze-liste-zug-hielt-sich-nicht-an-bundesrecht-2308853/>
- Wizent, G. (2020). *Sozialhilferecht* (alphiatus). Zürich: Dike.

## 7. Anhang: Interviews

### 7.1. Interview 1: Sonja Renner

Leiterin Finanzen und KVG, Departement für Finanzen und Soziales, Amt für Gesundheit, Kanton Thurgau

20.09.2022

#### 1. Warum hat der Kanton Thurgau als erster Kanton 2007 die Liste eingeführt?

Bei der Einführung der Liste war ich noch nicht dabei. Die Details, wie es damals zu der Einführung der Liste kam, kenne ich nicht. 2012 gab es eine Revision von Art. 64a KVG. Im Gesetz wurde definiert, dass es nicht mehr einen Leistungsstopp, sondern einen Leistungsaufschub gibt. Das ist ein wesentlicher Unterschied. Es wurde auch festgelegt, dass die Kantone eine solche Liste führen dürfen.

#### 2. Was sind die Gründe, warum der Kanton Thurgau die Liste weiterhin führen will?

Die Krankenversicherung ist ein Obligatorium, jede Person muss bei einer Krankenkasse ihrer oder seiner Wahl eine Grundversicherung abschliessen. Es handelt sich um eine Solidaritätsversicherung. Alle zahlen etwas in einen Topf hinein, und wer etwas braucht, darf einen Betrag aus diesem Topf herausnehmen. Seit Einführung der Versicherungspflicht (1996) gibt es Menschen, die aus welchen Gründen auch immer in diesen Topf nicht einzahlen (wollen). Aus der Politik im Kanton Thurgau kam der Vorstoss, dass etwas dagegen gemacht werden muss. Wer sich weigert, den Solidaritätsgedanken der Krankenversicherung zu unterstützen, soll sich nicht so einfach aus dem Topf bedienen können. Die Solidarität ist der Grundgedanke hinter dem Führen einer solchen Liste.

#### 3. Der Kanton muss jeweils 85% der Kosten der Verlustscheine an die Krankenkassen bezahlen. Warum bleibt es trotz Bezahlung bei einem Listeneintrag?

Viele Leute sind sich nicht bewusst, dass mit der Bezahlung von 85% der Kosten durch den Kanton (Art. 64a Abs. 4 KVG) die Schulden nicht reduziert werden. Der Krankenversicherer erhält 85% der Kosten vom Kanton bezahlt, die Schuld aber bleibt zu 100% bestehen. Das ist stossend. Wenn aber die Kostenübernahme durch den Kanton zu einer Schuldenreduktion führen würde, dann würden sich viele die Frage stellen, warum sie dann die Rechnungen überhaupt bezahlen sollen. Solidarität

heisst, dass wir zusammenstehen und miteinander die Kosten übernehmen. Was sollen wir sonst machen, wenn gegen diese Solidarität verstossen wird?

#### **4. Warum gibt es dann diese 85%-Regelung?**

Die (anderen) Sozialversicherungen werden vom Bund oder den Kantonen betrieben. Das finanzielle Risiko trägt der Bund oder die Kantone. Bei der Unfallversicherung wurde dieses Prinzip etwas aufgeweicht, neben der Suva gibt es noch private Versicherungsanbieter. Bei der Krankenversicherung ist das anders, sie wird nicht vom Bund oder den Kantonen betrieben. Der Bund aber hat ein Obligatorium für alle ausgesprochen. Jeder Krankenversicherer muss jede Person in die Grundversicherung aufnehmen, unabhängig vom Alter, Gesundheit oder der wirtschaftlichen Situation. Es gibt aber Leute, welche keine Krankenversicherung wollen. Sie sagen sich vielleicht, dass sie das nicht brauchen, weil sie gesund sind. Damit entsteht die Situation, dass das wirtschaftliche Risiko einer Bundesvorgabe von der privaten Krankenkasse getragen wird, die den gesetzlichen Auftrag umsetzen muss. Darum haben die Krankenkassen verlangt, dass ihnen bei Ausständen etwas gegeben wird, wodurch diese 85%-Regel entstanden ist. Wenn die Schuld später bezahlt wird, dann gibt der Krankenversicherer davon nur 50% dem Kanton zurück. So kann der Krankenversicherer zu bis zu 135% der ursprünglichen Forderungen kommen. Das ist extrem stossend.

#### **5. Profitieren die Krankenversicherer mit der Liste nicht noch mehr? Sie erhalten 85% der offenen Rechnungen und können dennoch die Finanzierung von ärztlichen Leistungen ablehnen.**

Auch wenn jemand auf der Liste steht, kann sie oder er weiterhin in ärztliche Behandlung gehen. Wir haben bei uns keine amerikanischen Verhältnisse. Die Ärzt:innen haben eine Verpflichtung, im Notfall zu behandeln, und die Krankenkassen müssen die Kosten übernehmen. Der Notfallbegriff in Art 64a KVG ist viel weiter gefasst als ein rein medizinisches Verständnis von einem Notfall. Medizinisch besteht dann ein Notfall, wenn das Leben eines Menschen unmittelbar bedroht ist. Der Notfall gemäss KVG ist aber etwas weiter gefasst. Auch eine Langzeitbehandlung kann ein Notfall sein. Es wird zum Beispiel bei Diabetes niemandem das Insulin verweigert, wenn sie oder er auf der Liste steht.

**6. Gehört die Grundversicherung nicht zu den grundlegenden medizinischen Leistungen, von denen niemand ausgeschlossen werden darf?**

Seit der Einführung der Versicherungspflicht (1996) ist der Leistungskatalog in der Grundversicherung immer mehr ausgeweitet worden. Die Patient:innen können ganz viele Behandlungen verlangen, welche die Ärzt:innen auch darum ausführen, weil sie von den damit generierten Einnahmen leben. Das ist kein Vorwurf, sondern es beschreibt nur eine Tatsache. Dieses Phänomen muss bei der Beschränkung der Behandlungen bei einem Listeneintrag berücksichtigt werden. Notwendige Behandlungen sollen für alle zugänglich sein. Der Leistungsaufschub bezieht sich nur auf die nicht-notwendigen Behandlungen, die bei Prämienbezahlung aus der Grundversicherung finanziert werden können.

**7. Sind die Massnahmen gemäss Schulbetreibungs- und Konkursrecht nicht ausreichend als Sanktionen bei einer Nichtbezahlung von Krankenkassenrechnungen?**

Aus unserer Erfahrung ist das nicht ausreichend. Das Betreibungsamt schaut erst zu einem Zeitpunkt hin, in dem oft nichts mehr zu holen ist. Wir schauen im Zeitpunkt, in dem die Schulden entstanden sind, ob jemand nicht zahlen wollte oder nicht zahlen konnte. Wenn jemand in Saus und Braus lebte und dabei die Finanzierung des Grundbedarfs vernachlässigte (Wohnung, Essen, Gesundheit), dann wird bei der Betreuung klar, dass der Weg auch hätte anders laufen können. Es ist uns aber wichtig, dabei die Person in den Mittelpunkt zu stellen. Die Krankenkasse ist in der Regel nur ein Problem, es kommen noch viele andere Schwierigkeiten dazu. Die Krankenkassenschulden sind das, was mit dem Listeneintrag aufleuchtet, damit tiefer geschaut werden kann. Dann können wir gezielt dort ansetzen, wo Hilfe gebraucht wird. Wenn sich nach einer Abklärung zeigt, wo es klemmt, dann ist echte Hilfe möglich. Wenn es nachher wieder läuft im Leben dieser Person, dann ist allen geholfen.

**8. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zug hat am 11. August 2021 entschieden, dass sich der Kanton Zug in der bisherigen Praxis nicht an das BVG hielt, weil auch zahlungsunfähige Menschen von der Liste erfasst wurden. Auch in Kommentaren zum BVG wird gesagt, dass bei der Liste nur Menschen erfasst werden dürfen, die «zwar zahlungsfähig, aber zahlungsunwillig sind» (Gerhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Art. 64a N 20). Wird in der Praxis im Kanton Thurgau zwischen zahlungsunwilligen und zahlungsunfähigen Personen unterschieden?**

Das ist eine Rechtsauslegung, die für uns im Kanton Thurgau zu engstirnig ist. Massgebend ist, zu welchem Zeitpunkt man die Frage stellt, ob eine Person nicht zahlen konnte oder nicht zahlen wollte. Es muss geschaut werden, warum es zu den Schulden gekommen ist. Es gibt nur wenige Kantone, welche diese Liste führen, und es ist noch kein Bundesgerichtsurteil darüber gefällt worden. Ohne höchstrichterliche Rechtsprechung gibt es nur ein Gesetz, das besagt, dass die Kantone eine solche Liste führen dürfen. Genaueres darüber wird nichts gesagt. Alles andere sind nur Rechtsauslegungen. Manche Politiker:innen sagen, dass nichts mehr vorhanden sei, sobald es einen Verlustschein gibt. Das ist schon so, aber uns interessiert, wie es dazu gekommen ist. Wir führen die Liste, um die Leute an den Tisch zu holen und mit ihnen einen Weg zu finden, aus der Misere herauszukommen. Es soll verhindert werden, dass es wieder und wieder zu einem Verlustschein kommt.

**9. Warum wollen die meisten anderen Kantone keine Liste führen, obwohl der Thurgau damit gut zu fahren scheint?**

Vergleiche mit anderen Kantonen zeigen, dass wir weniger Verlustscheine übernehmen müssen. Wenn ich meinen Kolleg:innen in anderen Kantonen erkläre, dass dies etwas mit unserem Case Management zu tun hat, dann finden sie das zuerst super. Erst wenn sie merken, dass sie dafür etwas tun und eher unangenehme Gespräche führen müssten, wollen sie damit nichts mehr zu tun haben. Sie sehen sich nur als für die Prämienverbilligung und die Verlustscheine zuständig. Ich finde das schlimm. Als Kantonsangestellte bin ich dafür zuständig, dass mit den Steuergeldern sorgfältig umgegangen wird. Es geht nicht nur um die Verlustscheinkosten. Auch das Betreibungsamt ist damit beschäftigt, sogar auf das Bezahlen von Alimenten kann es einen Einfluss haben. Ganz viele Probleme können damit zusammenhängen. Wenn der Blick etwas aufgetan wird, können kreative Lösungswege für Probleme verschiedenster Art gefunden werden. Manchmal wird gesagt, dass es

dafür andere Stellen gibt, zum Beispiel die Pro Senectute, Schuldenberatungsstellen oder die Unterstützung durch die Kirchen. Die Leute gehen aber erst dorthin, wenn sie eine Einsicht in ihre Problemsituation und den Mut haben, sich zu melden. Viele Leute wissen nicht von diesen Beratungsstellen, schämen sich, dort Hilfe zu holen, oder sind zu bequem dafür. Darum sind wir froh, mit der Liste ein Druckmittel zu haben.

Die Verlustscheine werden zudem in anderen Kantonen aus den Prämienverbilligungen finanziert. Dieser Topf wird damit kleiner, obwohl so kein Schuldenabbau stattfindet, und es ist weniger Geld vorhanden für jene, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben und zum Bezahlen der Krankenkassenprämien Unterstützung brauchen. Das ist extrem stossend. Damit findet eine Zweckentfremdung der IPV-Gelder statt. Im Kanton Thurgau wollen wir das nicht machen. Bei uns müssen die Gemeinden Verlustscheine bezahlen, wenn sie kein wirksames Case Management machen. Wir unterstützen die Gemeinden aber dann, wenn sie etwas unternehmen, damit es nicht zu einem Verlostschein kommt. Auch diese kantonale Unterstützung kommt aus dem Topf der Prämienverbilligung. Das ist aber berechtigt, weil mit dem Case Management das Geld gezielt dafür eingesetzt wird, Menschen beim Bezahlen von Krankenkassenrechnungen zu unterstützen.

#### **10. Gibt es einheitliche Vorgaben, wie das Case Management in den Gemeinden gemacht werden muss?**

Nein. Das obliegt der Gemeinde. «Wer zahlt, befiehlt»: Die Gemeinden müssen die Kosten für die Verlostscheine tragen. Darum dürfen sie mit dem Case Management etwas unternehmen, um das Entstehen solcher Verlostscheine zu vermeiden. Es bestehen keine detaillierten Vorgaben, wie eine Gemeinde das Case Management führen muss. Die Gemeinden sind verpflichtet, die Liste für ihren Zuständigkeitsbereich korrekt zu führen und die betroffenen Personen über die Listenauf- und -entnahme zu informieren. Zudem tragen die Gemeinden die vollumfänglichen Kosten. Es steht den Gemeinden frei, in welchem Umfang sie das Case Management ausführen.

Ich würde gerne genauere Richtlinien herausgeben, was eine Gemeinde im Case Management machen muss, das ist aber nicht möglich. Eine Gemeinde muss selbst eine Strategie erarbeiten, wie sie mit solchen Fällen umgehen will. Die Strategien in den Gemeinden sind sehr unterschiedlich. Es gibt Gemeinden, die investieren sehr viel in das Case Management, andere wollen das Entstehen von Verlostscheinen um jeden Preis verhindern, bezahlen die Rechnungen und holen die Menschen mit aller Härte an den Tisch. Es gibt auch Gemeinden, bei denen sich das Case Management darauf

beschränkt, betroffene Menschen über einen Eintrag oder eine Austragung von der Liste zu informieren. Sie machen sonst nichts, wenn sich die Person nicht selbst bei der Gemeinde meldet. Ich würde den Gemeinden gerne mehr vorschreiben, der Föderalismus geht aber hinunter bis auf die Gemeinden. Wenn aber jemand die Gemeinde wechselt und die neue Gemeinde ist bereit zu einer Schuldenübernahme, dann darf sie der alten Gemeinden die dort entstandenen Gemeinden verrechnen. Dann merkt diese Gemeinde, dass sie zur Verhinderung dieses Schuldenaufbaus selbst etwas hätte machen können. Es ist durchaus gewollt, dass ein solcher Wettbewerb unter den Gemeinden stattfindet. Das trägt Früchte. Es gibt Gemeinden, die aufgerüstet haben, unter anderem durch einen regionalen Zusammenschluss der auch für das Case Management zuständigen Sozialen Dienste. So können auch kleine Gemeinden zu einer Professionalisierung kommen. Es entstehen regionale Zentren, die von kompetenten Fachleuten geführt werden.

### **11. Worin zeigt sich der Erfolg eines aktiven Case Managements?**

Die Zahl der Leute, die auf der Liste stehen, hat in den vergangenen Jahren abgenommen. Auch die in anderen Kantonen steigenden Verlustscheine stagnieren im Kanton Thurgau. Diese Entwicklung ist auch auf eine Verbesserung des Case Managements in den Gemeinden zurückzuführen. Eine Vollkostenrechnung, was das Case Management bringt, kann ich aber nicht machen. Wir stellen den Menschen in den Mittelpunkt und nicht die Ausstände bei der Krankenkasse. Was für Auswirkungen ein Case Management im Leben eines Menschen in verschiedensten Zusammenhängen hat, kann nicht berechnet werden. Wir sehen aber das Ergebnis: Die Menschen, denen wir helfen können (neben den anderen, die sich nicht helfen lassen wollen). Es gibt aber Gemeinden, welche diese Arbeit nicht leisten wollen. Dafür müssen sie selbst die Verantwortung übernehmen. Die Gemeinden müssen selbst definieren, was sie für ihre Einwohner:innen tun wollen. Es gibt viele Gemeinden, die ein sehr gutes Case Management machen, das ist sehr erfreulich. Bei dieser Problematik entstehen viele Kosten. Ein Stadt- oder Gemeinderat muss sich folgende Frage stellen: Will ich dieses Geld einfach der Krankenkasse bezahlen, damit ich sonst nichts tun muss? Oder setze ich das Geld mit einem guten Case Management für die Bewohner:innen ein? Dafür muss ich die Ressourcen für die Bearbeitung der Fälle zur Verfügung stellen und eine Strategie entwickeln, in welchen Situationen Schulden übernommen werden können, und dann gibt es immer auch die Einzelfallbeurteilung. Wenn die Gemeinde diesen Initialaufwand leistet, dann kann sie sehr viel erreichen. Eine mittelgrosse Gemeinde hat mir mit einer Berechnung gezeigt, wie die Kosten mit dem Case Ma-

nagement in zwei bis drei Jahren massiv gesunken sind, und dies mit Berücksichtigung der Personalkosten. Noch nicht jede Gemeinde im Kanton ist diesen Weg schon gegangen. Es sind aber bereits einiges mehr an Gemeinden als noch vor einigen Jahren. Dies meisten Gemeinden tun jetzt etwas. Bei den Gemeinden mit vielen wirtschaftlich gut situierten Personen ist das Problem kleiner, in anderen Gemeinden ist der Anteil an wirtschaftlich schwachen Menschen grösser. Es handelt sich wirklich um ein Hilfsangebot für die betroffenen Menschen, wenn jemand dafür bereit ist.

**12. Mit einer Lohnpfändung durch das Betreibungsamt müssen Menschen ihre Schulden über einen längeren Zeitraum abbauen. Das ist sehr einschneidend, weil sie in dieser Zeit mit dem betreibungsrechtlichen Existenzminimum leben müssen. Ist es verhältnismässig, wenn sie als zusätzliche Sanktion auf der Liste für säumige Prämienzahlende stehen?**

Nicht jede Person, die auf der Liste steht, braucht eine ärztliche Behandlung. Wer eine Lohnpfändung hat, arbeitet und ist darum in der Regel eher nicht krank. Eine solche Person ist auch bei der Arbeit versichert bei Unfall und mit Krankentaggeldversicherungen, und bei einem Notfall (als notwendige Behandlung) ist eine Abrechnung bei der Krankenkasse möglich. Es kommt höchst selten vor, dass jemand mit einer Lohnpfändung nicht zu einer benötigten Behandlung kommt. Wenn es aber zu einem längeren Arbeitsausfall wegen Krankheit kommt, dann ist oft auch die Lohnpfändung nicht mehr möglich. In der Einzelfallprüfung haben die Gemeinden zudem die Möglichkeit, individuelle Lösungen in speziellen Problemsituationen zu finden. Das Gesetz aber kann auf solche Einzelfälle nicht eingehen, sondern definiert eine allgemeine Regelung.

**13. Gibt es einen Automatismus, der bei einer Betreuung zu einem Listeneintrag führt, oder gibt es einen Ermessensspielraum zur Beurteilung von Einzelschicksalen?**

Der Listeneintrag erfolgt automatisiert bei Anhebung der Betreuung. Wenn wir eine Liste machen und verschiedene Ausnahmen definieren, dann macht die Liste irgendwann keinen Sinn mehr. Dann haben wir mit der Liste nur einen Aufwand ohne Nutzen. Ein Gesetz muss auf die breite Masse angewendet werden können und eine Hintertüre offen halten für eine Einzelfallprüfung. Das ist bei allen Gesetzen so. Bei der Liste haben die Gemeinden die Möglichkeit, im Case Management eine Einzelfallprüfung zu machen.

**14. Werden auch Bezüger:innen von Sozialhilfe oder von Ergänzungsleistungen auf die Liste gesetzt?**

Ja. Wie das in der Praxis gemacht wird, liegt auch in der Autonomie der Gemeinden.

**15. Warum hat der Kanton Thurgau bis 2020 auch Kinder auf der Liste geführt?**

Erst mit der in diesem Jahr beschlossenen Revision von Art. 64a KVG gilt, dass Kinder bei Eintritt der Volljährigkeit keine Schulden mehr übernehmen müssen aus von den Eltern nicht bezahlten Krankenkassenrechnungen. Diese Revision wird voraussichtlich 2024 in Kraft gesetzt werden. Neu werden die Schulden bei den Eltern bleiben. Mit dieser Revision macht es für uns Sinn, dass wir Kinder nicht mehr auf der Liste führen. Sie sollen nicht Schulden übernehmen müssen, welche die Eltern verursacht haben.

Eine Gemeinde hat mir von einem nicht-verheirateten Paar mit zwei gemeinsamen Kindern und einem Kind der Frau aus einer früheren Beziehung erzählt. Solange auch Kinder auf der Liste geführt wurden, haben sie die Krankenkassenprämien für die Kinder bezahlt. Seit Kinder nicht mehr auf der Liste sind, haben sie die Bezahlung der Kinderprämien eingestellt. Weil die Mutter bei einem Kind die alleinige Schuldnerin ist, aber im Unterschied zum Vater kein Einkommen hat, konnte bei ihr kein Geld geholt werden. Weil das Paar nicht verheiratet ist, muss der Partner der Mutter nichts bezahlen, und die Rechnungen bleiben unbezahlt. Für mich ist dies ein Beispiel dafür, wie das System von gewissen Leuten ausgenutzt werden kann. Das sind zum Glück Einzelfälle. Solche Beispiele zeigen aber, dass wir eine Liste brauchen, um Druck ausüben zu können. Die Menschen sollen dazu geführt werden, dass sie die Rechnungen entweder bezahlen oder an den Tisch kommen, um sich helfen zu lassen.

**16. Sogar vom Bundesrat wurde gesagt, dass ein Leistungsaufschub für Kinder nicht mit der UN-Kinderrechtskonvention vereinbar ist. Ist nicht diese bundesrätliche Kritik der Grund, warum im Thurgau Kinder nicht mehr auf die Liste genommen werden?**

Wir sind der Meinung, dass das Führen von Kindern auf der Liste kein Verstoß gegen die Kinderrechtskonvention war, weil der Notfallbegriff so definiert ist, dass notwendige Behandlungen immer möglich sind. Wir wollten mit einem Listeneintrag nur den Kindern helfen, dass es bei Eintreten der Volljährigkeit zu keiner Schuldenübertragung kommt. Ich weiss von Fällen, in denen 18-jährige von der Krankenkasse eine Betreuung von über CHF 20'000 erhalten haben. Das darf doch nicht

sein. Mit dem Case Management konnte in solchen Situationen früher interveniert werden. Mit der beschlossenen Änderung von Art. 64a KVG gibt es aber keinen Grund mehr, Kinder weiterhin auf der Liste zu führen.

#### **17. Wann wird die beschlossene Revision von Art. 64a KVG in Kraft gesetzt?**

Wir warten sehnlichst darauf, dass die Verordnung mit den Ausführungsbestimmungen in die Vernehmlassung kommt. Da das Vernehmlassungsverfahren noch nicht begonnen hat, wird es mit der Umsetzung bis Anfang 2023 kaum reichen, die Neuerungen werden wahrscheinlich 2024 umgesetzt werden.

#### **18. Mit der Möglichkeit eines Gläubigerwechsels bei Bezahlung von 90% der Verlostscheine durch die Gemeinden wird ein Wunsch des Kantons Thurgau erfüllt. Wie soll das umgesetzt werden?**

Es gibt für uns dazu noch offene Fragen. Uns ist wichtig, dass dafür eine Einzelfallbeurteilung möglich ist. Die Gemeinden sollen je nach Fall entscheiden dürfen, ob sie 85% ohne oder 90% mit einem Gläubigerwechsel bezahlen wollen. Die Krankenversicherer gehen eher von der Idee aus, dass der Kanton Thurgau jetzt generell 90% der Verlostscheinkosten übernehmen will, und auch die anderen Kantone sich generell für die eine oder die andere Variante entscheiden müssen. Das war aber nicht die Idee der vom Kanton Thurgau eingereichten Standesinitiative. Die Ausführungsbestimmung muss festlegen, ob eine Einzelfallprüfung in den Gemeinden möglich wäre, was uns ein wichtiges Anliegen ist. Bei einer generellen Übertragung führt das zu einem grossen Aufwand für die Gemeinden bei der Bewirtschaftung der Verlostscheine. Den Krankenkassen wird vorgeworfen, dass sie in den vergangenen Jahren zu wenig gemacht haben in der Verlostscheinbewirtschaftung. Da sie bereits 85% von den Gemeinden erhalten, ist für sie die Motivation nicht mehr so hoch, weiterhin das Geld bei den Schuldner:innen zu holen. Die Versicherer streiten das ab, und der politische Druck ist so gross geworden, dass die Krankenkassen sich wieder aktiver darum bemühen müssen. Wir sehen das darin, dass die Rückerstattungsbeträge der Krankenkassen an die Kantone wieder steigen. Bei uns war das immer schon höher, weil wir auch Verlostscheine von den Krankenkassen übernommen haben. Verlostscheinbewirtschaftung ist eine aufwändige Aufgabe, die entsprechende Ressourcen benötigt.

Betriebskosten sind teuer. Darum dürfen säumige Versicherte neu höchstens zweimal pro Jahr betrieben werden.

**19. Wird die beschlossene Änderung im Schuldbetreibungs- und Konkursrecht, dass die laufenden Prämien über das Betreibungsamt bezahlt werden können, im Kanton Thurgau umgesetzt werden?**

Ich finde das eine sehr gute Änderung. Diese Idee ist aus einem Pilotprojekt der Stadt Zürich entstanden, mit dem sehr gute Erfahrungen gemacht worden sind. Bei uns wird sicher dazu etwas gemacht werden, was genau, steht aber noch nicht fest. Die Betreibungsämter im Kanton Thurgau machen sich auch schon Gedanken darüber, wie das umgesetzt werden könnte. Für die Betreibungsämter entsteht dadurch ein neuer Aufwand. Das ist ein grundsätzliches Problem. Wenn alle ihre Rechnungen bezahlen würden, dann hätten viele weniger Arbeit. Das Problem der nichtbezahlten Krankenkassenrechnungen führt dazu, dass an vielen Orten Ressourcen eingesetzt werden müssen.

**20. Wie läuft der Prozess zur Änderung des kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung?**

Die bereits eingegangenen Vernehmlassungsantworten sind relativ kurz. Auf positive Resonanz stösst, dass die Regelungen von der Verordnungs- auf die Gesetzesebene gehoben werden sollen. Nach Abschluss der Vernehmlassung wird die Botschaft des Regierungsrates für die Gesetzesänderung verabschiedet. Diese geht in den Grossen Rat, welcher voraussichtlich eine Kommission bilden wird. Dann kommt es zu einem Vorschlag, der Diskussion und der Schlussabstimmung, und anschliessend beginnt die Referendumsfrist. Nach Ablauf dieser Frist werden die Gesetzesänderungen in Kraft gesetzt. Das ist der übliche Gesetzgebungsprozess.

**21. An wen im Kanton und zu welchem Zeitpunkt informieren die Krankenversicherer über eine eingeleitete Betreuung?**

Als kantonale Behörde nach Art. 64a KVG wurde das Sozialversicherungszentrum Thurgau (SVZ TG) mittels Leistungsauftrag bestimmt. Die Krankenversicherer informieren das SVZ TG bei Einleitung der Betreuung.

**22. Zu welchem Zeitpunkt im Betreibungsverfahren kommt jemand auf die Liste? Bereits bei der Einleitung der Betreuung oder erst, wenn das Fortsetzungsbegehren gestellt wird/werden kann?**

Die Erfassung auf der Liste der säumigen Prämienzahler (LsP) erfolgt ab Betreuung.

**23. Wie wird den von einem Listeneintrag bedrohten Menschen das rechtliche Gehör gewährt? Gibt es eine Frist dafür, während der noch kein Eintrag gemacht wird?**

Die betroffenen Personen werden schriftlich über die Listenerfassung informiert. Es gibt keine Rechtsmittelfrist. Ist eine Person nicht einverstanden mit dem Listeneintrag, kann ein rechtsmittelfähiger Entscheid verlangt werden.

**24. Wann werden die Gemeinden informiert?**

Umgehend.

**25. Werden die Einträge mit TG-Kamesa und auf Sasis AG (für die Leistungserbringer) gleichzeitig gemacht?**

Ja. Für eine Einsicht in die Liste müssen die Leistungserbringer nichts bezahlen. Es gibt Zusatzinformationen, die nur bei Bezahlung gezeigt werden. Diese haben aber mit der Liste nichts zu tun. Die Liste wird aktuell gehalten. Wenn jemand einen Fehler entdeckt, dann ist es wichtig, dass wir informiert werden.

**26. Wie arbeiten die Ärzt:innen mit der Liste?**

Wir bieten das an, dass wir die Leistungserbringer über die Listenpraxis informieren, diese Informationen müssen aber bei uns auch abgeholt werden. Es gab auch schon Hausärzt:innen, die sich bei mir darüber im Zusammenhang mit einem konkreten Fall beschwert haben. Als ich dann das System erklärt habe, sagten sie, dass dies eigentlich eine gute Sache sei. Natürlich ist es für Ärzt:innen eine unangenehme Sache, dass sie zuerst auf der Liste schauen müssen, bevor sie jemanden behandeln können. Manchmal werden von den Krankenkassen nicht bezahlte Rechnungen auch von den

Ärzt:innen an die Gemeinden geschickt. Die Gemeinden können diese Kosten aber nicht übernehmen.

**27. Gemäss Rahmenorganisation entscheiden die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt über das Vorliegen eines medizinischen Notfalls. Ist dieser ärztliche Entscheid für die Krankenversicherer bindend, oder kann ein Krankenversicherer einen Fall abweichend beurteilen und die Bezahlung einer erbrachten Leistung ablehnen? Wenn ja, wer trägt den damit entstandenen finanziellen Schaden, die Ärztin/Arzt oder die Patientin/Patient?**

Grundsätzlich entscheidet der Leistungserbringer. Lehnt ein Versicherer die Kostenübernahme dennoch ab, steht es dem Leistungserbringer frei, den Rechtsweg zu beschreiten.

Ich wäre froh, wenn von einer Ärzt:in einmal ein Fall vor ein Gericht gebracht würde, damit wir darüber ein Urteil hätten. Im Kanton St. Gallen ist das bereits gemacht worden. Dadurch ist vom Kantonsgericht in St. Gallen zum ersten Mal der Notfallbegriff definiert worden. Dort ging es um die Kosten, die im Zusammenhang einer Geburt entstanden sind. Es ist mir unerklärlich, wie diese Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden konnte. Wenn alle mitmachen würden, dann könnte der erweiterte Notfallbegriff (als notwendige Behandlung) viel besser umgesetzt werden. Auch die Ärzt:innen können vor diesem Thema nicht ausweichen, auch wenn sie sich zum Teil nicht so gerne damit beschäftigen.

**28. Warum haben sich in Ihrer Meinung die Krankenkassenverbände gegen die Liste ausgesprochen? Eigentlich profitieren sie doch eher von der gegenwärtigen Listenpraxis.**

Vordergründig sind es ethische Überlegungen. Die Krankenkassenverbände schreiben auch immer wieder, dass die Liste nichts bringe ausser Kosten, weshalb sie von mehreren Kantonen wieder abgeschafft worden sei. Ich antworte darauf, dass es nur dann nichts bringt, wenn damit nichts gemacht wird. Wenn ich nur eine Liste führe, ohne damit etwas zu machen, dann kann ich damit aufhören. Dann hat die Liste keine Präventivwirkung. Die Liste muss als Instrument verwendet werden, um den Menschen zu helfen. Wer auf der Liste steht und auch sonst noch viele Probleme hat, resigniert und macht eher nichts, ausser der Staat geht aktiv auf sie oder ihn zu. Eine echte Unterstützung ist mit einem grossen Aufwand verbunden. Es reicht nicht, den Leuten nur etwas Geld zu geben. Eine betroffene Person muss auch selbst etwas tun, was durchaus schmerzhaft sein kann. Mit dem Case Management sollen wichtige Veränderungsprozesse angestossen werden.

**29. In wie vielen Fällen führt das Case Management zu einer Wiederherstellung des vollen Versicherungsschutzes?**

Das wird nicht erhoben.

**30. Ist das Bezahlen aller offenen Rechnungen und Schulden der einzige Weg, der zu einer Streichung von der Liste führt?**

Für eine Aufhebung des Listeneintrages ja. Nimmt eine Person Wohnsitz ausserhalb des Kantons Thurgau, dann wird der Listeneintrag gestoppt.

**31. Wie viele Menschen stehen aktuell im Kanton Thurgau auf der Liste?**

Per 31.12.2021 waren 4'688 aktive Einträge vorhanden. Die Liste wird nicht täglich ausgewertet.

**32. Wie lange bleiben (durchschnittlich) betroffene Menschen auf der Liste?**

Wird nicht ausgewertet.

**33. Gibt es aktuell Personen, die bereits seit Einführung der Liste 2007 auf der Liste geführt werden?**

Darüber können wir Ihnen keine Auskunft erteilen.

## **7.2. Interview 2: Sonja Dietrich**

**Leiterin Abteilung für Krankenkasse und AHV, Stadt Frauenfeld**

*02.09.2022*

**1. Wie und wann wird mit den von einem Listeneintrag betroffenen Menschen Kontakt aufgenommen?**

Der Kanton wird von der Krankenkasse über eine eingeleitete Betreuung informiert, der anschliessend die Gemeinde darüber in Kenntnis setzt. Die Gemeinde wiederum ist vom Gesetz dazu ver-

pflichtet, die betroffenen Personen über den Listeneintrag und den damit verbundenen Leistungsaufschub zu informieren. Auch ist es unser Auftrag, eine Person zu informieren, wenn sie wieder von der Liste entfernt worden ist. Wie das Case Management in der Zeit zwischen Eintrag und Entfernung von der Liste gemacht wird, kann die Gemeinde selbst entscheiden. In Frauenfeld haben wir ein einfach verständliches Merkblatt mit wichtigen Informationen zum Listeneintrag verfasst. Darin schreiben wir den Leuten auch, dass sie sich bei uns melden sollen, wenn sie die offenen Rechnungen bei der Krankenkasse nicht bezahlen können. Auf diesen Brief melden sich nur sehr wenig Leute.

## **2. Kommt es mit jeder betroffenen Person zu einem Gespräch?**

Auf die erste schriftliche Kontaktaufnahme melden sich nur sehr wenig Leute, worauf wir einen zweiten Brief schicken. Die meisten Leute melden sich dann auf den zweiten Brief oder oft erst dann, wenn der Leistungsaufschub zu Problemen führt. Bei besonders vulnerablen Gruppen, zum Beispiel EL-Bezüger:innen oder erst kürzlich volljährig gewordenen Jugendlichen, versuchen wir eine weitere Kontaktaufnahme. EL-Bezüger:innen haben Anrecht, dass ihnen zusätzlich zu den Prämien auch die Kostenbeteiligungen rückerstattet werden. Sie sind aber oft mit dem damit verbundenen administrativen Aufwand überfordert und dann kommt es zu einem Eintrag auf die Liste. Im Case Management bieten wir ihnen an, sie so zu unterstützen und anzuleiten, damit sie diese Aufgaben in Zukunft wieder selbständig erledigt werden können.

Ich habe den Eindruck, dass viele Leute die von uns erhaltenen Couverts nicht lesen, nicht verstehen oder nicht einmal öffnen, weil sie auch sonst vor einem grossen Berg von Problemen stehen und überfordert sind. Wir haben unser Merkblatt mehrmals überarbeitet, um es verständlicher zu machen, auch das hat aber nicht zu mehr Reaktionen geführt. Wahrscheinlich verstehen die Adressat:innen den Inhalt schon, aber sie haben zurzeit andere Probleme, die sie mehr beschäftigen. Das Bezahlen der Miete, dass sie nicht aus der Wohnung ausziehen müssen, ist vielleicht dringender als die Krankenkassenrechnungen. Die Leute werden von den Krankenkassen immer wieder gemahnt, und es kommen so viele Schreiben zu ihnen, dass sie den Überblick verlieren. Oft füllen sie auch keine Steuererklärung aus, was zur Folge hat, dass sie keine Prämienverbilligungen erhalten, obwohl sie dafür vielleicht einen Anspruch hätten. Viele Menschen, die auf der Liste stehen, erhalten keine Prämienverbilligung. Daraus haben manche Politiker:innen den Schluss gezogen, dass diese Menschen schon zahlungsfähig wären, aber die Prämien nicht bezahlen wollen. Dieser Schluss

stimmt aber nicht, weil viele ihre Steuererklärung nicht ausfüllen und bei den Steuern zu hoch eingeschätzt sind.

Wir versuchen, die Leute auch indirekt über andere Stellen zu erreichen, wenn sie auf unsere direkte Kontaktaufnahme nicht reagieren. So haben wir zum Beispiel die Ärzt:innen und das medizinische Personal instruiert, wie sie die Leute bei einem Leistungsaufschub beraten sollen. Dafür haben wir auch ein Merkblatt gemacht. Den Ärzt:innen empfehlen wir, die Leute zu der Wohngemeinde zu schicken, statt eine Barzahlung zu verlangen. Auch das Betreibungsamt ist ein Ort, wo die betroffenen Menschen beraten werden sollen. Es wäre sinnvoll, wenn bei einer Lohnpfändung die Krankenkassenprämien direkt vom Betreibungsamt bezahlt werden, was mit der vom Parlament beschlossenen Änderung von Art. 64a KVG hoffentlich bald Praxis werden wird.

Sobald die betroffenen Menschen aber die Erfahrung machen, dass sie in der Apotheke ein kassenpflichtiges Medikament bar bezahlen müssen oder vom Arzt nicht behandelt werden, spüren sie die Konsequenzen des Listeneintrags und kommen dann eher zu uns.

### **3. Wer macht das Case Management und wie viele Stellenprozente stehen dafür zur Verfügung?**

Es gibt in Frauenfeld 160 Stellenprozente für das Case Management, davon sind vor drei Jahren 60 Prozent dazugekommen. Wir müssen auch die Buchhaltung und das Inkasso für den ganzen Bereich selbst machen. Ein einzelner Fall braucht manchmal eine ganze Woche Arbeit, mit Telefongesprächen mit den psychiatrischen Diensten, dem Spital, den Sozialen Diensten und vielen anderen Stellen. Es handelt sich oft um eine zeitintensive Sozialarbeit bis es zu der Sanierung und der Listenentnahme kommen kann. Für die Arbeit im Case Management ist es von Vorteil, wenn jemand sozialarbeiterische oder psychologische Erfahrung mitbringt oder mindestens die Grundsätze der Schuldenberatung kennt und mit den Leuten ein Budget erstellen kann. In den meisten Gemeinden ist das Case Management dem Sozialamt oder der Krankenkassenkontrollstelle angegliedert. Eine Schuldensanierung, die das Verhandeln mit den Gläubigern beinhaltet, können wir nicht machen. Dafür schicken wir die Leute zu der Caritas. Kürzlich stand in der Zeitung, dass der Kanton in jedem Bezirk wieder eine Schuldenberatungsstelle etablieren will. Der Kanton soll bei einer Beratung die Hälfte der Kosten übernehmen und die andere Hälfte die Wohngemeinde. Ich fände das sehr gut, weil gegenwärtig im Kanton nur die Caritas eine Schuldenberatung anbietet.

Was auch fehlt, ist die Prävention. Wie kommen wir früh an die Menschen heran, um sie bei anbahnenden finanziellen Problem beraten zu können? Es könnte viel gemacht werden in der Schuldenberatung, aber es werden zu wenig finanzielle Ressourcen dafür eingesetzt. Es braucht viel Zeit, um mit den Menschen Schuldenberatung zu machen, weil jede Situation anders ist und Menschen unterschiedliche Prioritäten setzen, was sie mit ihrem Geld machen wollen. Wir wollen niemandem verbieten, etwas zu tun (z.B. rauchen), das Gesamtbudget muss aber stimmen.

#### **4. Welche Themen werden im Case Management angesprochen?**

Der Zeitpunkt, wann die Leute zu uns kommen, hat keinen Einfluss auf die Beratung. Auch Leute, die schon seit mehreren Jahren auf der Liste stehen, werden von uns zielführend beraten, ohne dass wir über sie wertend urteilen.

Wir klären mit den Leuten, ob sie einen Anspruch auf Prämienverbilligungen oder Ergänzungsleistungen haben oder sich beim Sozialamt anmelden sollten. Auch wenn bei uns die Krankenkasse im Zentrum steht, schauen wir das Gesamtbild an, wofür wir auch mit dem Betreibungsamt Kontakt aufnehmen. Oft zeigen wir den Menschen, wie sie ein Leben mit Schulden führen können, ohne das Bezahlen der Krankenkassenrechnungen zu vernachlässigen. Dafür machen wir mit den Leuten oft ein Budget. Die Leute müssen verstehen, dass das Bezahlen der aktuellen Prämienrechnungen Priorität hat. Wer alte Schulden abzahlt und darum die aktuellen Prämienrechnungen nicht bezahlen kann, kommt nur wieder zu neuen Schulden. Die Leute müssen lernen, sich einzuschränken und im Leben andere Prioritäten zu setzen. Manche brechen dann die Beratung ab, weil sie die erforderlichen Änderungen in ihrem Leben nicht einleiten wollen. Dann können wir auch nichts machen. Ohne Wille und Bereitschaft, die laufenden Prämienrechnungen bezahlen, ist eine Entfernung von der Liste kaum nachhaltig möglich.

Wir unterstützen die Leute auch bei administrativen Aufgaben und setzen sie – wenn nötig – mit dem Sozialamt in Verbindung. Manchmal machen wir mit den Leuten auch eine Steuererklärung.

Es kann sein, dass mehrere Beratungstermine notwendig sind und die Leute Unterlagen mitbringen müssen. Für einige ist das zu viel an Aufwand, und sie kommen nicht zum Folgetreffen. Wenn die Leute aber eine Veränderungsbereitschaft zeigen, dann können wir gut beraten und helfen sehr gerne.

Es gibt Menschen, die bei verschiedenen Krankenkassen versichert sind, da müssen wir Ordnung schaffen.

Wenn jemand eine IV-Rente hat, dann schicken wir die Person auch zum Beispiel zu Pro Infirmis, wo sie viele administrative Unterstützung erhalten kann. Bei grösseren Überforderungssituationen schlagen wir eine freiwillige Vermögens- und Einkommensverwaltung vor. Wir mussten auch schon die KESB informieren, wobei das Nicht-Bezahlen der Krankenkassenrechnungen aber noch kein ausreichender Grund für eine Gefährdungsmeldung ist.

### **5. Erfahren Sie im Case Management von den Gründen, warum die von einem Listeneintrag betroffenen Menschen die Krankenkassenrechnungen nicht bezahlt haben?**

In der Beratung schauen wir zuerst, wie die Schulden entstanden sind. Wir können immer verstehen, wie es zu der schwierigen Situation gekommen ist. Wir erfahren von vielen Ereignissen, welche eine Person aus der Bahn geworfen hat (z.B. Scheidung, Krankheit, Arbeitslosigkeit). Schwierig ist auch die Situation von Familien, die wenig verdienen, aber knapp über dem Einkommen liegen, der zum Bezug einer Prämienverbilligung führt. Wenn sie knapp über diesem Betrag liegen, ist das sehr hart. Es gibt jüngere und ältere Leute, die auf die Liste kommen. Es gibt auch Senior:innen, die davon betroffen sind. Bei ihnen reagieren wir sehr schnell, um das Problem zu beheben.

Wenn jemand die Prämien über einen längeren Zeitraum nicht bezahlt hat, kann es schwierig sein, sie oder ihn zu einer Wiederaufnahme der Zahlungen zu bringen.

### **6. Wollen oder können die Menschen die Krankenkassenrechnungen nicht bezahlen?**

Es gibt nur wenig Leute, die ihre Krankenkassenrechnungen nicht zahlen wollen, obwohl dafür offensichtlich genügend Geld vorhanden wäre. In solchen Situationen ist die Liste ein zusätzliches Druckmittel, um sie zum Bezahlen der Rechnungen zu bringen. Die Betreuung alleine löst auch sonst weniger Druck aus, weil die Leute auch noch viele andere Schulden haben. Bei Lohnpfändungen unternehmen die Leute oft nichts, um etwas an ihrer Situation zu ändern, sondern machen wieder neue Schulden. Bei den Krankenkassen haben die Leute oft die höchsten Schuld. So macht es bei der Beratung durchaus Sinn, dort anzusetzen.

### **7. Können Sie jeder betroffenen Person einen Weg aufzeigen, wie sie oder er zeitnah wieder von der Liste befreit werden kann?**

Wenn jemand bereit ist, sich zu verändern und zum Bezahlen der aktuellen Krankenkassenrechnungen auf etwas Anderes zu verzichten, dann finden wir in der Beratung einen Weg. Es gibt Leute, die brechen eine Beratung ab, weil sie nicht auf das Sozialamt gehen wollen. Das müssen wir akzeptieren, zwingen können wir niemanden. Einen Weg können wir immer zeigen, aber manchmal ist der Weg zu unangenehm für die Leute und mit für sie zu vielen Einschränkungen verbunden. Das Bezahlen der laufenden Krankenkassenrechnungen ist der beste Weg, um aus einem Leistungsaufschub herauszukommen.

Als bis 2020 noch Kinder auf der Liste waren, haben wir in Frauenfeld versucht, diese möglichst von der Liste zu nehmen. Mit dem Case Management konnten wir zusätzlich verhindern, dass Schulden bei Erreichen von Volljährigkeit von den Eltern auf die Kinder übertragen wurden. Das war ein Vorteil unserer Praxis gegenüber den Kantonen, welche die Liste nicht führen.

### **8. Unter welchen Bedingungen werden die Ausstände bei der Krankenkasse von der Stadt übernommen?**

Wir können einer Sanierung von alten Schulden zustimmen, wenn wir wahrnehmen, dass die laufenden Krankenkassenrechnungen bezahlt werden. Das gibt uns die Gewissheit, dass eine Person die Rechnungen auch in Zukunft bezahlt und es nicht zu einem erneuten Eintrag auf die Liste kommen wird. Manchmal warten wir bis zu sechs Monate, um dies feststellen zu können. Die Leute müssen uns die Quittungen der bezahlten Rechnungen bringen, worauf wir dann den Rest bezahlen. Eine Pflicht zum Bezahlen von alten Rechnungen haben wir nicht. Darauf besteht kein Rechtsanspruch. In einer dringenden Situation, wenn zum Beispiel jemand operiert werden muss oder eine Geburt unmittelbar bevorsteht, kommt die Notfallregelung ins Spiel. Nebst der Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit schauen wir auch auf die gesundheitliche Situation.

Wir müssen alle Menschen gleich behandeln, die zu uns kommen. Darum haben wir diese Kriterien formuliert.

Einmal im Jahr müssen wir zwar sowieso alle Verlustscheine zu 85 Prozent bezahlen, diese vom Gesetz vorgeschriebene Bezahlung an die Krankenkasse führt aber nicht zu einer Entfernung von

der Liste. Oft bezahlen wir auch 100 Prozent der Kosten, damit wir die Verlustscheine von den Krankenkassen übernehmen können. Wenn wir nur 85 Prozent bezahlen und später eine Sanierung machen, dann müssen wir noch einmal 100 Prozent bezahlen und erhalten davon nur 50 Prozent von den Krankenkassen zurückerstattet. Damit erhalten die Krankenkassen 135 Prozent der Rechnungsbeträge. Wenn wir zur Kostenoptimierung 100 Prozent der Verlustscheine bezahlen, merken die Kund:innen davon nichts, da die Schuld ja einfach von der Krankenkasse an uns abgetreten wird. Sie bleiben auf der Liste, da sie ausser den Verlustscheinen noch weitere Betreibungen haben.

### **9. Wer hat die Entscheidungskompetenz über die Übernahme von Ausständen?**

Je nach Höhe der Schulden entscheiden wir selbst, die Amtsleitung oder die dafür zuständige Stadträtin. Es gibt Leute, die 20 Jahre lange keine Krankenkassenprämien bezahlt haben. Die Schulden betragen dann CHF 40'000 – 50'000. Sie sind nie zum Arzt gegangen oder haben Behandlungen bar bezahlt.

Bei Schulden über CHF 10'000 haben wir in Frauenfeld eine Wartezeit von sechs Monaten, in der jemand die neuen Rechnungen bezahlen muss (ausser es handelt sich um einen Notfall).

In jeder Gemeinde im Kanton Thurgau ist das anderes organisiert. Es gibt Gemeinden, in denen der Gemeinderat entscheiden muss.

### **10. Von der Gemeinde übernommene Ausstände sind vom Versicherten zurückzuerstatten (§7 Absatz 2 TG KVV). Können und werden Ausstände auch dann übernommen, wenn eine Abzahlungsvereinbarung aktuell wegen mangelnden Finanzen nicht möglich ist?**

Wir machen ein eher sozial orientiertes Case Management. Bei den Rückzahlungen sind wir sehr kulant. Wenn jemand zum Beispiel Ergänzungsleistungen bezieht, erwarten wir keine Rückzahlungen. Bei der Berechnung der monatlichen Rückforderung orientieren wir uns am Existenzminimum gemäss SKOS, multipliziert um 1.5. Wichtiger als die Rückzahlung ist uns das Bezahlen der laufenden Krankenkassenrechnungen durch die Leute, damit kein erneuter Leistungsaufschub entsteht. Die Nachhaltigkeit, dass die Leute aus den schwierigen Situationen herauskommen, ist uns ein grosses Anliegen. Schulden, welche die Leute bei uns haben, sind für sie viel weniger problematisch als Schulden bei der Krankenkasse. Wenn wir die Leute für Schulden bei uns betreiben, führt das zu

keinem Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung. Bei den Betreuungsklassen stehen wir im Unterschied zu den Krankenkassen auch ganz hinten an.

**11. Müssen Sozialhilfebeziehende einer Rückerstattung aus dem Grundbedarfsbetrag zustimmen, den sie von der Sozialhilfe erhalten?**

Wir erhalten auch Rückzahlungen von Sozialhilfebeziehenden. Ob sie das freiwillig machen oder ob es von ihnen erwartet wird, weiss ich nicht. Das müssten Sie beim Sozialamt fragen. Ich weiss nicht, wie dafür die gesetzlichen Vorgaben sind. Wenn bei einem Antrag auf Sozialhilfe Schulden bei der Krankenkasse festgestellt werden, nimmt das Sozialamt mit uns Kontakt auf. Wir beurteilen dann gemeinsam die Situation und leiten in den meisten Fällen eine Sanierung bei den Krankenkassenschulden ein.

**12. Werden bei einer Lohnpfändung die an die Stadt geleisteten Rückzahlungen bei der Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums berücksichtigt?**

Der Mindestbetrag bei der Rückzahlung wäre monatlich CHF 50. Wenn aber jemand noch andere Schulden abzahlen und mit dem betriebsrechtlichen Existenzminimum leben muss, dann können wir von uns aus keine weitere Rückzahlung erwarten. Manche bezahlen sogar freiwillig, wir sind aber in solchen Situationen sehr kulant.

**13. Werden die aktuellen Prämien von der Sozialhilfe bezahlt, auch wenn jemand auf der LsP steht?**

In Frauenfeld werden die Prämien der Sozialhilfebeziehenden direkt an die Krankenkassen bezahlt. Meistens reicht bereits die erweiterte Prämienverbilligung zum Bezahlen der Rechnungen von Sozialhilfebeziehenden. Sobald Leute Hilfe holen, zum Beispiel indem sie zum Sozialamt oder zu einer Beratungsstelle gehen, ist das für uns ein sehr gutes Zeichen, dass eine Sanierung von alten Schulden Sinn macht.

**14. Für einen gesunden Menschen mag die Zusicherung, in einer Notfallsituation medizinisch behandelt werden zu können, ausreichend sein. Wie ist die Situation aber für Menschen, die sich in einem gesundheitlich prekären Zustand befinden? Wie reagieren Sie, wenn Sie mit einer solchen Situation konfrontiert sind?**

Gemäss Notfall-Begriff des Kantons entscheiden die Ärzt:innen, ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht. Sie machen einen Kostenvorschlag, verhandeln mit den Krankenkassen und erhalten eine Kostengutsprache. Das läuft nicht über uns. Die verschiedenen Krankenkassen beurteilen unterschiedlich, was sie als Notfallbehandlung zulassen. Der Notfallbegriff ist recht streng. Ich hatte kürzlich eine Person, die eine Operation am Bein brauchte. Die Operation selbst galt als Notfall, das Herausnehmen der Schrauben aber nicht. Damit dieser Person diese Folgebehandlung ermöglicht werden kann, müssen wir einen Weg finden, sie so schnell als möglich von der Liste wegnehmen zu können. Medikamente bei Langzeitbehandlungen (zum Beispiel Insulin, Medikamente gegen Bluthochdruck oder Methadon) gelten als Notfall. Für eine Schwangerschaftskontrolle ist es nur ein Notfall, wenn es sich um eine Risikoschwangerschaft handelt. Auch in solchen Situationen müssen die Ärzt:innen entscheiden. Bei psychischen Krankheiten ist der Notfallbegriff noch viel schwieriger. Eine Person muss fast sagen, dass sie selbstmordgefährdet sei, um bei einem vorhandenen Listeneintrag zu einer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik kommen zu können.

Wir arbeiten mit zwei Notfallbegriffen. Der eine ist der Notfall, an dem sich die Krankenkasse orientiert, um eine Behandlung zu bezahlen. Es kann sein, dass die Krankenkasse etwas nicht bezahlt, weil es nicht unter diesen Notfallbegriff fällt. Manchmal erkennen wir aber dennoch eine Situation, in der es eine medizinische Behandlung braucht, wenn jemand zum Beispiel bereit ist, in eine psychotherapeutische Beratung zu gehen und an seiner Situation zu arbeiten. Wenn uns eine solche Person ersichtlich macht, dass sie zukünftig die Prämienrechnungen bezahlen wird, dann helfen wir. Wenn sich aber jemand weigert, die Rechnungen zu bezahlen und sich auch nicht vom Sozialamt unterstützen lassen will, dann ist es schwierig.

**15. Lohnt sich der Aufwand, der für das Case Management betrieben werden muss?**

Wer mit unserer Unterstützung einen Weg findet, aus der Situation herauszufinden, wird sagen, dass sich der Aufwand gelohnt hat. Mit Zahlen und Statistiken lässt sich das nur schwer beweisen. Ich habe aber mit meiner Beratung sicher schon oft dazu beigetragen, dass jemand nicht zu einem

Sozialfall geworden ist. Das Case Management ist teuer für die Gemeinde, ich sehe darin aber auch einen sozialen Auftrag, den eine Gemeinde erfüllen muss.

Studien zeigen, dass der Thurgau weniger Ausgaben hat beim Bezahlen von Krankenkassenschulden als andere Kantone, weil mit der Liste und dem Case Management die Leute in ihren Problemsituationen früher erreicht werden. Wenn in den anderen Kantonen mehr Schulden aus dem Topf der Prämienverbilligungen bezahlt werden müssen, dann gibt es weniger Geld, um andere Leute mit bescheidenem Einkommen zu unterstützen.

#### **16. Wie viele Menschen in Frauenfeld sind gegenwärtig von einem Listeneintrag betroffen?**

Auf der Liste stehen etwa 400 Personen, die ihren Wohnsitz in Frauenfeld haben. Die Liste ist etwas sehr Dynamisches, das sich täglich ändert. Manche bezahlen die Rechnungen schnell, wenn sie vom Listeneintrag erfahren. Wenn sie aber die Rechnungen nicht bezahlen können, bleiben sie auf der Liste, solange sie sich bei uns nicht melden. Gegenwärtig ist die Liste mit 420 Personen wieder etwas gestiegen. Es gibt Leute, die bereits seit zehn Jahren oder länger auf der Liste stehen.

#### **17. Gibt es Vorgaben des Kantons, wie das Case Management durchgeführt werden soll?**

In der Thurgauer KVV gibt es nur drei gesetzliche Vorgaben. Die Gemeinde muss jemanden über einen Listeneintrag und eine Entfernung von der Liste informieren, sie muss ein Case Management durchführen mit dem Ziel, den Versicherungsschutz wiederherzustellen und Verlustscheine zu vermeiden, und die betroffene Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. Es gibt Gemeinden, in denen sich das Case Management auf die Information beschränkt, weil es für eine Beratung nicht genügend personelle Ressourcen gibt. Andere Gemeinden zwingen die Leute nach zweimaliger erfolgloser schriftlicher Kontaktaufnahme mit polizeilicher Unterstützung zu einem Gespräch, verbunden mit einer Busse von CHF 200. In Frauenfeld sehen wir in einem solchen Vorgehen keine Kooperation. Wir investieren unsere Zeit lieber in jene Menschen, die an ihrer Situation etwas verändern wollen. Wer polizeilich zu einem Gespräch gezwungen wird, kommt in der Regel nur einmal.

Es ist eine Schwierigkeit, dass der Thurgau das Vorgehen im Case Management nicht genauer regelt. Wenn wir die Ärzt:innen über unser Case Management in Frauenfeld informieren, dann sagen sie uns, dass sie das in anderen Gemeinden ganz anders erlebt haben. Es sind 80 Gemeinden im Kanton, die das Case Management selbst definieren können.

Wenn ich mit der Liste etwas bewirken will, dann muss ich mit ihr arbeiten. Ich muss versuchen, das Beste aus ihr zu machen und durch die Liste an die Leute heranzukommen.

**18. Gibt es für die betroffenen Menschen Rekursmöglichkeiten gegen Entscheide, die im Rahmen des Case Management gefällt werden?**

Die Gemeinden haben keine Pflicht, offene Krankenkassenrechnungen zu bezahlen. In vielen Gemeinden fehlen die Stellenprozent für ein vertieftes Case Management und dafür ausgebildete Fachpersonen.

**19. Wissen Sie aus Ihrer Praxis, ob es Menschen gibt, die wegen einem Listeneintrag in einen anderen Kanton umgezogen sind?**

Das hat es bestimmt schon gegeben, ich rate es aber niemandem. Es gibt Leute, die mich fragen, was für eine Konsequenz ein Wegzug für den Listeneintrag hat. Ich mache sie darauf aufmerksam, dass die Schulden, Beteiligungen und Pfändungen auch bei einem Wegzug bleiben.

**20. Die Befürworter betrachten die Liste als ein wichtiges Instrument, damit die Gemeinden ein erfolgreiches Case Management durchführen können. Ist das so? Sind die betroffenen Menschen wegen einem Listeneintrag eher dazu bereit, an ihren Problemsituationen zu arbeiten?**

Der Druck (vor allem in einer Situation, in welcher ein Leistungsaufschub spürbar ist), führt schon oft dazu, dass die Leute in eine Beratung kommen. Diese Erfahrung machen auch die Schuldenberatungsstellen. Die Leute kommen erst, wenn es ihnen schlecht geht. Viele Leute sagen, dass sie schon früher hätten kommen sollen, wenn sie die Erfahrung machen, wie sie von uns unterstützt werden. Viele Leute schämen sich, dass sie in diese Situation gekommen sind. Wir werten aber nicht und verurteilen niemanden. Ohne die Liste hätten wir nur einen Bruchteil von den vielen Beratungen, die wir jetzt durchführen. Kürzlich habe ich ein älteres Ehepaar beraten, das schon lange Anspruch auf Ergänzungsleistungen gehabt hätte. Ohne den Druck der Liste wären sie nicht zu uns gekommen. Sie hätten zwar keinen Leistungsaufschub gehabt, die Schulden bei der Krankenkasse wären aber geblieben und gestiegen, und zur Auszahlung von Ergänzungsleistungen wäre es auch nicht gekommen. Sie wären in dieser Situation geblieben, einfach ohne Leistungsaufschub.

Auch in den Kantonen ohne Liste ist das Problem mit den nichtbezahlten Krankenkassenrechnungen nicht gelöst. Auch dort muss der Kanton 85 Prozent der Kosten von den Schuldscheinen übernehmen, in den Gemeinden findet aber das Case Management nicht statt. Die Leute bleiben dann in der Schuldensituation, und es wird ihnen kein Ausweg aufgezeigt.

Mit der Liste kann viel Gutes bewirkt werden, weil damit die Leute für eine Beratung an den Tisch gebracht werden und Probleme früher gelöst werden können. Gleichzeitig ist mir bewusst, dass die Liste auch viel Not auslösen kann. Mit dem Listeneintrag bewirkt der Staat ein Leid, das mit dem Case Management wieder gelindert werden soll. Wir versuchen, im Case Management mehr als nur das Problem mit den Krankenkassenschulden zu lösen. Bei der Liste geht es um ein Sichtbarmachen eines Problems, das auch in den anderen Kantonen besteht.

Ohne die Liste hätten wir wahrscheinlich nur einen Bruchteil der Leute bei uns, die jetzt zu uns in die Beratung kommen. Die Beratungslandschaft ist sehr vielfältig, die Leute kommen aber erst dann, wenn sie grössere Probleme haben.

In der Krankenkasse steht die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken mehr im Vordergrund als die Solidarität zwischen Reichen und Armen. Damit diese Solidarität funktioniert, müssen alle einzahlen. Der Thurgau hat sich dafür eingesetzt, dass die Möglichkeit der Listenführung weiterhin im KVG geblieben ist. Wenn es die Liste nicht mehr gäbe, dann wäre es sinnvoll, Schuldenberatung machen, um die Leute dazu zu bringen, ihre Rechnungen zu bezahlen. Wir wollen den Leuten zeigen, wie sie mit Schulden leben können, besonderes jenen, bei denen wegen zu wenig Finanzen eine Schuldensanierung nicht möglich ist. Die Sanierung der Krankenkassenschulden kann eine Initialzündung sein, um weitere Schritte der Veränderung zu gehen. Es wird den Leuten eine Perspektive gezeigt, dass Veränderungsschritte möglich sind.

Schon mit der Liste ist schwierig, an die Leute heranzukommen, ohne Liste wäre es fast unmöglich.

### **7.3. Interview 3: Anja Hohengasser**

**Leiterin Soziale Dienste, Gemeinde Lengwil**

*13.09.2022*

#### **1. Wie und wann wird mit den von einem Listeneintrag betroffenen Menschen Kontakt aufgenommen?**

Wenn ich einen neuen Eintrag auf der Liste sehe, dann informiere ich die betroffene Person darüber mit einem Brief und bitte sie, sich bei uns zu melden.

#### **2. Kommt es mit jeder betroffenen Person zu einem Gespräch?**

Die meisten Leute reagieren nicht auf den ersten Brief. Dann schicken wir einen zweiten Brief mit einem Terminvorschlag. Auch auf diesen Brief kommt in der Regel keine Reaktion. Wir haben dann theoretisch die Möglichkeit, ein Strafverfahren wegen Nichtbefolgen einer amtlichen Verfügung einzuleiten. Dafür müssen wir zuerst einen amtlichen Entscheid machen und die betroffene Person vorladen. Wenn sie die Vorladung ignoriert, gibt es eine Strafanzeige beim Bezirksgericht, worauf die Polizei ins Spiel kommt. Ob die Polizei in einer solchen Situation bereit ist, die Leute zu einem Gespräch abzuholen, hängt vom lokalen Polizeiposten ab. Die Gemeinden haben die Möglichkeit, so vorzugehen, um möglichst alle Leute zu einem Gespräch zu bringen. Die meisten Leute bezahlen aber die Rechnungen oder kommen doch vorbei, bevor es zu einer Strafanzeige kommt. Nur in seltenen Fällen muss ich eine Strafanzeige machen.

Im Zeitpunkt des Listeneintrags haben die Leute meistens kein akutes gesundheitliches Problem. Dass sie nur in einem Notfall zu einem Arzt gehen können, ist darum eher selten die Motivation, einen Gesprächstermin bei uns wahrzunehmen. Sie kommen eher darum, weil sie vor lauter Problemen nicht mehr über den Berg sehen. Bei der Androhung oder Durchführung von Strafanzeigen sind wir eher zurückhaltend, weil dann die Zusammenarbeit nicht unter einem guten Stern steht. In wenigen Ausnahmefällen kann aber eine Strafanzeige ein Mittel sein, um überhaupt in ein Gespräch zu kommen. Allerdings kommt es dann zu einer Verurteilung und einer Busse.

### **3. Erfahren Sie im Case Management von den Gründen, warum die von einem Listeneintrag betroffenen Menschen die Krankenkassenrechnungen nicht bezahlt haben?**

In einem Gespräch schauen wir als erstes an, was die Gründe für das Nichtbezahlen der Krankenkassenrechnungen sind. Kann jemand wegen keinem oder zu wenig Einkommen nicht bezahlen, ist sie oder er mit der Verwaltung des Einkommens überfordert, oder gibt es sonst einen Grund? Es gibt auch Leute, die nicht bezahlen wollen, weil sie den Sinn einer sozialen Krankenversicherung nicht erkennen können. Erst wenn wir von den Gründen des Nichtbezahls erfahren, können wir einschätzen, ob und wie wir die Leute unterstützen können. Wenn ein Einkommen vorhanden ist, gibt es zum Beispiel die Möglichkeit einer freiwilligen Einkommensverwaltung. Wir wollen mit den Leuten die Situation klären und einen Weg finden, wie es weitergehen könnte.

### **4. Können Sie jeder betroffenen Person einen Weg aufzeigen, wie sie oder er zeitnah wieder von der Liste befreit werden kann?**

Die Schulden bei der Krankenkasse summieren sich rasant, weil monatlich eine neue Prämienrechnung dazukommt und zusätzlich die Betreuungskosten verrechnet werden. Wenn eine Person die Schulden nicht selbst bezahlen kann, dann versuchen wir, mit ihr eine Abzahlungsvereinbarung zu machen. Dafür ist es eine Bedingung, dass die Person die laufenden Prämienrechnungen bezahlen kann und keine neuen Schulden dazukommen. Wenn es zu einer solchen Vereinbarung kommt, dann können wir die Krankenkassenschulden innerhalb von wenigen Tagen bezahlen. Dann ist diese Person nicht mehr auf der Liste. Bei uns in der Gemeinde sind die Wege im Entscheidungsprozess kurz, ich führe die Buchhaltung selbst und kann die Zahlung selbst auslösen. Das ist der Vorteil einer kleinen Gemeinde. Zusammen mit der Ressortleitung kann ich selbst entscheiden, ob wir von jemandem die Schulden bei der Krankenkasse bezahlen. Erst ab CHF 5'000 braucht es die Zustimmung vom Gemeinderat.

Manchmal warte ich auch etwas ab und schaue zuerst, ob eine Person einige laufende Prämienrechnungen bezahlt. Es ist unser Ziel, dass die Leute wieder zu einem vollen Versicherungsschutz und in die Selbständigkeit kommen und ihre Sachen selbst regeln können.

Bei der Berechnung der Rückzahlungsbeträge machen wir ein erweitertes SKOS-Budget. Ich orientiere mich am Existenzminimum und addiere einen guten Betrag. Die laufenden Kosten (z.B. Leasing) werden berücksichtigt. Bei einem Überschuss gibt es noch einmal eine Reduktion, woraus sich dann die Rate ergibt.

## **5. Wie ist es bei den Bezüger:innen von Sozialhilfe?**

Dann ist die Situation anders. Bezüger:innen von Sozialhilfe sind nicht im Case Management. Bei ihnen entscheidet die Sozialhilfekommission, ob sie die Schulden bei der Krankenkasse übernehmen will oder nicht. Die laufenden Krankenkassenprämien werden jedoch auch bezahlt, wenn die betroffene Person auf der Liste bleibt. Rückerstattungsvereinbarungen werden mit Sozialhilfebeziehenden nicht gemacht. Ein Kriterium, ob die Schulden übernommen werden, ist die Höhe der geschuldeten Krankenkassenbeträge. Bei ca. CHF 1'000 – 2'000 ist der Schaden überschaubar, bei CHF 20'000 – 30'000 ist die Belastung für eine kleine Gemeinde hoch. Weitere Kriterien sind die Gründe, wieso die Schulden entstanden sind, die Prognose, wie sich die Person nach der Ablösung von der Sozialhilfe betreffend Schulden verhalten wird, und ihre gesundheitliche Situation. Weil eine von der Sozialhilfe unterstützte Person uns gegenwärtig nichts zurückzahlen kann, braucht es diese Abwägung. Bei einer Person mit einer Sucht oder einer anderen Krankheit, bei der eine Therapie notwendig ist, leiten wir schnell die nötigen Schritte ein, damit sie behandelt werden kann. Weil aber eine Notfallbehandlung jederzeit möglich ist, kann es auch zu einem Entscheid kommen, die Schulden zu belassen.

Der Kanton unterstützt die Gemeinden bei Schuldensanierungen aus einem jährlich festgelegten Betrag aus dem Überschuss der individuellen Prämienverbilligungen. Alte Verlustscheine werden aber vom Kanton nicht übernommen. Schulden, die in einer anderen Gemeinde entstanden sind, können wir dieser Gemeinde weiterverrechnen, bei Gemeinden in anderen Kantonen ist das aber nicht möglich.

## **6. Was wird gemacht, wenn es bei jemandem bereits eine vom Betreibungsamt angeordnete Lohnpfändung gibt?**

In der Regel machen wir dann nichts, weil die Krankenkasse das Geld bereits über das Betreibungsamt erhält. Ein Gespräch mit uns soll aber trotzdem stattfinden, damit wir klären können, wo unsere Unterstützung gebraucht wird. Wenn es Sinn macht, dann können wir auch solche Personen mit einer Schuldenübernahme von der Liste nehmen. Dann fallen diese Schulden beim Betreibungsamt weg. Wir müssen dann vielleicht fünf Jahre warten, bis die Lohnpfändung beendet ist und eine Rückzahlung an uns beginnen kann. Der Gemeinderat muss abwägen und entscheiden, ob er sich auf eine solche Situation einlassen will. Die gesundheitliche Situation der betroffenen Person wird bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt.

Bei einer Lohnpfändung ist eine Person fähig, die aktuellen Krankenkassenprämien zu bezahlen, weil diese bei der Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums berücksichtigt wird. Es gibt aber auch Personen, die den dafür vorgesehenen Betrag zweckentfremdend ausgeben. Es wäre zu begrüssen, dass die berücksichtigten Prämienbeträge vom Betriebsamt direkt zu den Krankenkassen überwiesen werden. Das würden wieder den einen oder anderen Fall abfangen.

### **7. Wer hat die Entscheidungskompetenz über die Übernahme von Ausständen?**

Der Gemeinderat hat der von mir ausgefüllten Stelle den Auftrag gegeben, das Case Management durchzuführen und solche Entscheide bis zu einem gewissen Betrag zu treffen.

**8. 2018 haben die Medien von einem Fall berichtet, der zu einer öffentlichen Diskussion über die Liste geführt hat: In Chur starb ein HIV-positiver Mann, weil ihm von der Krankenkasse wegen Prämienausständen keine Medikamente bezahlt wurden (siehe <https://www.20min.ch/story/tod-eines-aids-patienten-wirft-fragen-auf-831057206940>). Kann so etwas auch im Kanton Thurgau passieren?**

In unserer Gemeinde kann es fast nicht vorkommen, dass jemand nicht zu der medizinischen Unterstützung kommt, die er in einer solchen Situation braucht. Der Gemeinderat sieht absolut die Notwendigkeit, eine solche Situation zu verhindern. Eigentlich aber müssten lebenswichtige Behandlungen als Notfall gelten und von den Krankenkassen auch bei einem Eintrag auf der Liste finanziert werden. Auch für die Ärzt:innen ist es aber sicher enorm schwierig zu entscheiden, wann ein Notfall vorliegt und wann nicht.

### **9. Lohnt sich der Aufwand, der für das Case Management betrieben werden muss?**

Ich kann mit Zahlen ausweisen, dass sich das Case Management nur schon finanziell lohnt. Durch das Case Management werden die Menschen dazu geführt, ihre Krankenkassenprämien wieder zu bezahlen. Das führt zu weniger Schuldscheinen, die der Gemeinde zu 85 Prozent in Rechnung gestellt werden. Zudem kann die Gemeinde ein Teil des Geldes, das bei der Übernahme der Schulden ausgegeben werden muss, beim Kanton wieder einholen, und vielleicht kann die betroffene Person die Schulden der Gemeinde sogar wieder ratenweise zurückzahlen. Das Case Management lohnt sich auch darum, weil wir damit den Leuten helfen können. Durch eine frühe Intervention kann

unter Umständen auch ein Sozialhilfefall vermieden werden. Es geht auch darum, die Kosten tief zu halten, die von der Allgemeinheit übernommen werden müssen.

**10. Wie viele Menschen in Lengwil sind gegenwärtig von einem Listeneintrag betroffen?**

In Lengwil stehen gegenwärtig zehn Personen auf der Liste.

**11. Wie lange bleiben (durchschnittlich) betroffene Menschen auf der Liste?**

Wir haben eine Person, die schon seit Jahren auf der Liste ist. Sie hat ein Einkommen, von dem immer wieder etwas vom Betreibungsamt zu der Krankenkasse geht, die aktuellen Krankenkassenprämien bezahlt sie nicht immer, und eine Zusammenarbeit mit uns verweigert sie.

**12. Gibt es Vorgaben des Kantons, wie das Case Management durchgeführt werden soll?**

Vorgaben, wie die Gemeinden dies machen müssen, gibt es keine. Das ist eine Folge des Föderalismus, was ich grundsätzlich als ein gutes System betrachte. Die Gemeinden sind sehr nahe dran an ihren Bürger:innen. Sie sollen deshalb selbst entscheiden können, wie sie das Case Management gestalten wollen. Es kommt nicht gut, wenn die Angelegenheiten in den Gemeinden zu stark reglementiert werden. Das ist meine persönliche Meinung. Es führt aber schon zu massiven Unterschieden zwischen den Gemeinden. Wenn ich ein Dorf weiterziehe, wird das vielleicht ganz anders gemacht. Es gibt keine Verpflichtung, dass eine Gemeinde Krankenkassenschulden übernehmen muss. Ich bin froh, dass unser Gemeinderat ein aktives Case Management unterstützt. Es gibt aber bestimmt andere Gemeinden im Kanton, die das nicht machen.

**13. Gibt es für die betroffenen Menschen Rekursmöglichkeiten gegen Entscheide, die im Rahmen des Case Management gefällt werden?**

Weil es keinen Rechtsanspruch auf Übernahme der Schulden durch die Gemeinde gibt, gibt es auch keine Rekursmöglichkeiten. Das kann manchmal schon zu einer gewissen Willkür führen.

**14. Wissen Sie aus Ihrer Praxis, ob es Menschen gibt, die wegen einem Listeneintrag in einen anderen Kanton umgezogen sind?**

Wahrscheinlich ist das eher selten der Fall. Wenn ich aber in einer solchen Situation wäre, würde ich mir das durchaus überlegen. Unterschiede gibt es aber nicht nur in der Frage der Liste. Es gibt auch Kantone, von denen zum Beispiel bekannt ist, dass sie im Migrationsrecht liberaler sind. Bei einem geplanten Familiennachzug kann es durchaus für jemanden Sinn machen, in einen solchen Kanton umzuziehen. Auch bei den Kinder- und Familienzulagen und in der Sozialhilfe gibt es kantonale Unterschiede. Es gibt immer etwas, was einem Ort besser ist als einem anderen. Unterschiede gibt es auch zwischen den Gemeinden in einem Kanton, zum Beispiel wie das bei der Rückzahlung von Sozialhilfeschulden gemacht wird.

**15. Die Befürworter:innen betrachten die Liste als ein wichtiges Instrument, damit die Gemeinden ein erfolgreiches Case Management durchführen können. Ist das so? Sind die betroffenen Menschen wegen einem Listeneintrag eher dazu bereit, an ihren Problemsituationen zu arbeiten?**

Das ist in meiner Einschätzung einer der grössten Vorteile eines aktiven Case Managements. Die Krankenkasse ist etwas vom ersten, was die Menschen bei finanziellen Problemen nicht bezahlen. Die Info, dass jemand die Krankenkassenrechnungen nicht bezahlt, kommt relativ schnell zu der Gemeinde. Das ermöglicht eine frühe Kontaktaufnahme mit in Schwierigkeiten geratenen Personen und eine Unterstützung, bevor das ganze Kartenhaus zusammengebrochen ist. Ich habe schon in vielen Fällen erlebt, dass mit einer Frühintervention durch das Case Managements Gutes bewirkt werden konnte. Die Liste ist fast das einzige Instrument, das wir haben, um Menschen in solchen Situationen zu erreichen.

#### 7.4. Interview 4: Dr. Alex Steinacher

Präsident Ärztesgesellschaft Thurgau

14.09.2022

##### 1. Kontrollieren Sie bei neuen oder Ihnen nicht bekannten Patient:innen, ob sie auf der Liste für säumige Prämienzahlende stehen?

Die Liste ist für uns Ärzt:innen im Kanton Thurgau gegenwärtig weniger relevant als früher. Dafür gibt es drei Gründe. Erstens, ist die Liste kostenpflichtig geworden, seit sie von einer externen Stelle betrieben wird. Zweitens, wissen wir als Ärzt:innen oft selbst von den Leuten, welche ihre Rechnungen nicht bezahlen. Wenn jemand von weit weg zu uns in die Behandlung kommen will, werden wir hellhörig und haben andere Möglichkeiten, die Liquidität dieser Person zu prüfen. Und drittens, haben wir den Eindruck, dass die Liste nicht aktuell ist. Viele Leute sind schnell auf die Liste gekommen, wurden aber nicht mehr von der Liste gelöscht, obwohl die Liquidität und Zahlungsbereitschaft wieder vorhanden ist. Ich selbst und viele meiner Kolleg:innen habe die Liste schon seit Jahren nicht mehr angeschaut. Die Liste ist eher ein Arbeitsinstrument für die Gemeinden als für uns Ärzt:innen.

##### 2. Wie gehen Sie vor, wenn jemand mit einem Leistungsaufschub zu Ihnen kommt?

Von sich aus sagen die Leute kaum, dass sie auf der Liste stehen. Sie kommen einfach und konsumieren. Nur bei wenigen Patient:Innen erfolgt ein Schuldenmanagement durch die Gemeinde. In diesen Fällen schicke ich die Rechnung der Gemeinde. Die Gemeinde kümmert sich dann hoffentlich darum, dass die Rechnungen für die medizinische Versorgung zuerst bezahlt werden können. Verschuldete Menschen können auf vieles andere verzichten, aber bei der Gesundheit kann es schnell kritisch werden. Meistens sind es auch nicht die gesündesten Menschen, welche in eine Schuldenfalle geraten.

In der Ostschweiz sind wir eher mit dem *Tiers garant* unterwegs, die Rechnung geht direkt an die Patient:innen. Im Vergleich zum *Tiers payant* merken wir dann erst spät, wenn jemand nicht bezahlen kann. Viele Ärzt:innen wollen aber das Zahlungssystem trotzdem nicht ändern, weil sie den Krankenkassen nicht vertrauen. Es ist in der Vergangenheit vorgekommen, dass die Krankenkassen aus politisch-tariflichen Gründen die Rechnungen nicht bezahlt haben. Das Klumpenrisiko bei grossen Krankenkassen kann gross sein. Auch aktuell gibt es wieder solche Tarifstreitigkeiten mit den

Krankenkassen. Das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft ist gegenwärtig sehr schlecht. Das ist eine ganz tiefe Feindschaft. Offiziell ist es aber freigegeben, welches von den zwei Zahlungssystemen die Arztpraxen anwenden wollen. Es gibt Praxen, die komplett auf das *Tiers payant* umgestellt haben, viele verwenden ein Mischsystem.

Wenn jemand die Rechnungen nicht bezahlt, werde ich schon aktiv. Unabhängig von allem Sozialen bin ich auch Unternehmer. Ich muss meinem Personal die Löhne und alle andere Rechnungen bezahlen können. Wenn jemand etwas aus einem Laden mitnimmt, ohne es zu bezahlen, ist das Diebstahl. Bei uns ist das grundsätzlich nicht anders.

Wenn jemand aber mit mir über seine finanziellen Probleme spricht, dann bin ich bereit, zum Beispiel eine Ratenzahlungsvereinbarung zu machen. Die meisten sagen aber nichts von ihren Zahlungsschwierigkeiten und warten ab, bis es zu Mahnungen kommt. Oft verlassen sind dann die Gemeinde und gehen an einem anderen Ort in eine ärztliche Behandlung. Manchmal verlangen wir auch eine Vorauszahlung oder eine Barzahlung, wenn wir in einer Situation hellhörig werden. Ich habe in Ausnahmefällen auch schon Deals gemacht mit Krankenkassen, dass nur 85 Prozent bezahlt werden und wir auf den Rest verzichten. Das ist aber ein grosser administrativer Aufwand.

Es gibt auch Leute, die lassen sich Geld von der Krankenkasse auszahlen und bezahlen damit nicht die Arztrechnungen. Wenn es zu einer Betreuung kommt, dann wechseln sie die Praxis und das Spiel beginnt wieder von vorne.

### **3. Ist für Sie klar, in welchen Situationen gemäss gesetzlichen Vorgaben eine Notfallsituation besteht und in welchen nicht?**

Medizinisch ist es für uns Ärzt:innen nicht so schwer zu entscheiden, ob ein Notfall vorliegt. Ich traue uns zu, dass wir das wissen. Es gibt aber schon auch Graubereiche. Das grössere Problem mit der Notfalldefinition haben die Spitäler, weil dort die von uns geschickten Menschen auftauchen. Ich selbst mache auch mit in der Notfallpraxis im Spital und weiss darum, was dort läuft. Es gibt Vorgaben der Spital Thurgau AG, was in welchen Situationen gemacht wird und was nicht. Der Umgang damit ist sehr restriktiv geworden. Manchmal gebe ich jemandem auch nur eine Schmerztablette, wenn ich keinen Notfall erkennen kann. Kritischer wird es, wenn zum Beispiel Kontrolluntersuchungen bei einer Schwangerschaft nicht bezahlt werden. Da können schon Leute unter die Räder kommen, das ist keine ideale Situation. Dies schafft eine Zweiklassenmedizin, wobei diese auch ohne die Liste gegeben ist. Eine minimale medizinische Grundversorgung müsste für alle gewährleistet sein, wobei wir da in eine schwierige ethische Diskussion kommen. Das KVG ist eigentlich als

eine solche Mindestversicherung gedacht. Mittlerweile sind aber so viele zusätzliche Leistungen hineinverpackt worden, dass die soziale Krankenversicherung als Sozialwerk überlastet wird und die Prämien immer mehr steigen. Die Diskussion müsste geführt werden, was zu einer medizinischen Grundversorgung gehört und was nicht.

**4. 2018 haben die Medien von einem Fall berichtet, der zu einer öffentlichen Diskussion über die Liste geführt hat: In Chur starb ein HIV-positiver Mann, weil ihm von der Krankenkasse wegen Prämienausständen keine Medikamente bezahlt wurden (siehe <https://www.20min.ch/story/tod-eines-aids-patienten-wirft-fragen-auf-831057206940>).**

**Kann so etwas auch im Kanton Thurgau passieren?**

Ich selbst habe einen solchen Fall noch nie gesehen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind aber schon so, dass so etwas passieren kann. Es gibt auch aufrichtige Menschen, die sich zu stark zurückhalten und keine Hilfe holen, obwohl sie eine solche dringend bräuchten. Ich weiss nicht, wie die Mengenverhältnisse sind zwischen jenen, die betrügerisch unterwegs sind, und den anderen, die ungerecht zu Opfern des Systems werden.

**5. Gemäss Beschluss vom 18. März 2022 steht neu in Art. 64a Abs. 7 KVG eine Definition des Notfallbegriffs: «Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.» Können die Ärzt:innen mit dieser Definition arbeiten?**

Diese Definition beschreibt das, was wir auch bisher gemacht haben. Allerdings bleibt eine Grauzone. Entsteht zum Beispiel schon ein Schaden, wenn jemand einen Cholesterinsenker nicht nimmt? Unmittelbar würde dies nicht unter den Notfallbegriff fallen, aber langfristig könnte dies schon zu einem Schaden führen. Gleich ist die Situation bei Medikamenten gegen Bluthochdruck.

**6. In welchen Situationen ist trotz Listeneintrag eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung möglich?**

Das ist sehr schwierig. Es muss schon eine extreme Situation sein, zum Beispiel mit FU und Polizei, damit eine Behandlung möglich wird. Der Listeneintrag kann zu einer Doppelstigmatisierung von Menschen mit psychischen Belastungen führen. Das sind ganz schwierige Situationen.

**7. Gemäss Rahmenorganisation des Departments für Finanzen und Soziales vom 1. Januar 2018 (4.1.) entscheiden der Arzt oder die Ärztin, ob ein Notfall vorhanden ist. Ist dieser ärztliche Entscheid auch für die Krankenkassen bindend, oder kann die Krankenkasse gemäss ihren eigenen Kriterien eine Behandlung doch ablehnen?**

Das ist eine juristische Frage, die ich nicht genau beantworten kann. Ich gehe aber schon davon aus, dass die Krankenkassen einen eigenen Ermessensspielraum haben. Sie haben ihre eigenen Ärzt:innen, die das auch beurteilen können. Wenn Ärzt:innen den Notfallbegriff grosszügig auslegen, dann kann das wahrscheinlich zu einer Ablehnung der Finanzierung durch die Krankenkassen führen. Ein konkreter Fall ist mir dazu aber nicht bekannt.

**8. Wie gehen Sie vor, wenn eine Krankenkasse eine von ihnen vorgeschlagene Behandlung nicht bezahlen will? Gibt es andere Möglichkeiten, eine Behandlung zu finanzieren?**

Grundsätzlich gibt es das nicht. Manchmal machen die Ärzt:innen einen Kostenvorschlag an die Krankenkassen um zu schauen, ob etwas bezahlt wird. Im Alters- und Invalidenbereich gibt es alternative Finanzierungsquellen, zum Beispiel können benötigte Hilfsmittel von einer Stiftung bezahlt werden.

**9. In der kantonalen Rahmenorganisation (4) wird auch gesagt, dass sich die Ärzt:innen im Weigerungsfall «der Unterlassung der Nothilfe gemäss Art. 128 des Schweizerischen Strafgesetzes (StGB) oder anderer Delikte schuldig machen» können. Werden damit die Ärzt:innen nicht in eine schwierige Situation gebracht? Sie müssen nicht-dringliche Behandlungen ablehnen, und gleichzeitig können sie wegen unterlassener Nothilfe angeklagt werden.**

Im ärztlichen Alltag ist diese Situation nicht so akut. Als Ärzt:innen müssen wir immer mit solchen Unsicherheiten umgehen können. Obwohl vieles unklar ist, kommt es in der Praxis zum Glück relativ selten zu solchen Vorfällen.

**10. Gemäss §11 Abs. 1 TG KVV müssen die Gemeinden ein Case Management durchführen, wenn sie vom Kanton vom Listeneintrag eines ihrer Bewohner:innen erfahren. Haben Sie Einblick, wie dieses Case Management in den Gemeinden gemacht wird?**

Aktuell habe ich weniger Kontakt zu den Gemeinden. Es gab eine Zeit, in der ich mehr Gespräche mit den Gemeinden führen musste. Ich weiss nicht, was die Gründe für diese Veränderungen sind. Die Qualität der Zusammenarbeit war sehr unterschiedlich. Es gab Gemeinden, die nicht bezahlen wollten, sodass ich mit einer Betreibung drohen musste. Bei anderen Gemeinden lief das reibungslos.

**11. Wird in der Ärztesgesellschaft Thurgau oft über dieses Thema gesprochen? Wie sind die Meinungen dazu bei den Ärzt:innen?**

In der Ärztesgesellschaft ist die Liste zurzeit kein grosses Thema. Andere Themen stehen mehr im Vordergrund.

**12. Die Ärztesgesellschaft Thurgau wurde eingeladen, am gegenwärtig laufenden kantonalen «Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung - Liste säumiger Prämienzahler» teilzunehmen. Ist eine Stellungnahme dazu bereits ausgearbeitet worden? Braucht es dafür viele Diskussionen, oder steht die Meinung der Ärztesgesellschaft bereits fest?**

Wir haben unsere Stellungnahme bereits eingereicht. Einer unserer Kritikpunkte ist, dass die Liste in unserer Einschätzung nicht aktuell gehalten ist. Bei einer Stabilisierung der finanziellen Situation gibt es nicht immer eine Austragung, was zu einer Stigmatisierung führt. Uns Ärzt:innen sind Fälle bekannt, die fälschlicherweise noch auf der Liste geführt werden. Zudem haben wir die Idee eingebracht, dass bereits wir Ärzt:innen aktiv und nicht-zahlende Menschen melden könnten, um sie einer Schuldenberatung zuzuführen. Es ist uns aber bewusst, dass dies aus Datenschutzgründen heikel sein könnte. Mir fallen oft Menschen auf, die in der Situation der Verschuldung überfordert sind. Ich wäre froh, wenn ich ihnen irgendwie helfen könnte. Ich selbst kann diese Aufgabe nicht ausführen und müsste die betroffenen Menschen darum an einen anderen Ort hinführen können. Mehr als eine Empfehlung kann ich aber nicht machen. Einen vertieften Einblick in das Case Management der Gemeinden habe ich aber nicht, es finden gegenwärtig kaum Gespräche statt.

**13. Bewirkt die Liste etwas zur Reduktion der steigenden Gesundheitsausgaben?**

Ich sehe keinen Hinweis, dass dank der Liste Ausgaben eingespart werden können. Es gibt wahrscheinlich Leistungen, die nicht erbracht werden, weil sie nicht als Notfall eingestuft werden. Die Schwelle, sich bei einem vorhandenen Listeneintrag medizinisch behandeln zu lassen, sinkt vielleicht. Das kann zu einer Einsparung führen, wenn sich das Problem wieder von selbst löst. Es kann aber auch sein, dass durch eine verspätete Behandlung die Kosten später höher werden. Ich denke, dass die Einsparungen kleiner sind als das Risiko, dass es später zu teureren Behandlungen kommen wird.

**14. Die meisten der anderen Kantone haben diese Liste nie eingeführt (u.a. Kantone Zürich und Bern) oder wieder abgeschafft (Graubünden, Schaffhausen, Solothurn und St. Gallen). Können Sie sich erklären, warum der Kanton Thurgau weiter an dieser Liste festhalten will?**

Zuerst wurde die Liste eingeführt, um uns Ärzt:innen vor nicht bezahlten Kosten zu schützen. Mit der heutigen Gesetzgebung braucht es das eher nicht mehr. Für mich stellt sich die Frage, wie unterschieden werden kann zwischen Menschen, die nicht zahlen wollen, aber durchaus könnten, und solchen, die finanzielle oder andere Unterstützung benötigen. Wichtig wäre, dass diese Unterscheidung von geschulten Fachpersonen gemacht wird, die professionelle Hilfe anbieten können. Die Rechtsgleichheit für alle betroffenen Menschen müsste auch gewährleistet sein.

## **8. Erklärung**

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst zu haben und keine anderen als die im Literaturverzeichnis aufgeführten Quellen benutzt zu haben.

Kreuzlingen, 22. November 2022

Damian Brot