

# XI. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung

Botschaft und Entwurf der Regierung vom 9. März 2021

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Zusammenfassung</b>                                                                                  | <b>1</b>  |
| <b>1      Anlass</b>                                                                                    | <b>2</b>  |
| <b>2      Die Leistungssistierung im Bundesrecht</b>                                                    | <b>2</b>  |
| 2.1      Chronologie                                                                                    | 2         |
| 2.2      Weitere Diskussion und Ausblick                                                                | 4         |
| <b>3      Die Leistungssistierung im Kanton St.Gallen</b>                                               | <b>6</b>  |
| 3.1      Einführung der Liste für betriebene Versicherte                                                | 6         |
| 3.2      Entwicklung der Anzahl Versicherten mit Listeneintrag                                          | 7         |
| 3.3      Entwicklung der Zahlungsausstände der obligatorischen Krankenpflegeversicherung                | 8         |
| 3.4      Beurteilung                                                                                    | 8         |
| <b>4      Finanzielle Auswirkungen</b>                                                                  | <b>10</b> |
| <b>5      Bemerkungen zu den Bestimmungen des XI. Nachtrags</b>                                         | <b>10</b> |
| <b>6      Referendum</b>                                                                                | <b>11</b> |
| <b>7      Antrag</b>                                                                                    | <b>11</b> |
| <b>Entwurf (XI. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung)</b> | <b>12</b> |

## Zusammenfassung

*Der Kanton St.Gallen führt seit dem Jahr 2015 eine Liste für säumige bzw. von den Krankenversicherern betriebene Personen. Die Liste wird von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen geführt. Für gelistete Personen werden von den Versicherern nur noch Notfallbehandlungen vergütet. Eine Wirkung der Liste auf die Zahlungsmoral der Versicherten ist nicht feststellbar. Hingegen kann mit der Liste die Gefährdung der medizinischen Versorgung einer wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppe nicht ausgeschlossen werden. Mit dem vorliegenden Nachtrag soll der Auftrag der Motion 42.20.15 «Schwarze Liste abschaffen» erfüllt und die Liste der betriebenen Versicherten abgeschafft werden. Auch ohne Liste sollen die Gemeinden*

*weiterhin auf freiwilliger Basis die Möglichkeit haben, betriebene Versicherte zu kontaktieren und beratend tätig zu werden. Dies wird mit der Information der Gemeinden durch die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen über die Betreuungsmeldungen der Versicherer sichergestellt.*

Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen mit dieser Vorlage Botschaft und Entwurf des XI. Nachtrags zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (sGS 331.11; abgekürzt EG-KVG). Gegenstand des vorliegenden Nachtrags ist die Abschaffung der kantonalen Liste der betriebenen Versicherten (sog. Schwarze Liste).

## **1      Anlass**

Nach Art. 64a Abs. 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) können die Kantone eine Liste für Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, führen. Die Krankenversicherer schieben für die auf der Liste geführten Versicherten die Kostenübernahme von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf (Leistungssistierung). Von der Leistungssistierung ausgenommen sind Notfallbehandlungen, d.h. Notfallbehandlungen müssen von den Krankenversicherern in jedem Fall vergütet werden.

Der Kanton St.Gallen führt seit dem 1. Januar 2015 eine Liste der betriebenen Versicherten nach Art. 64a Abs. 7 KVG. Die Listenführung wurde der Sozialversicherungsanstalt (SVA) übertragen (Art. 8c EG-KVG).

Mit der Gutheissung der Motion 42.20.15 «Schwarze Liste abschaffen» wurde die Regierung eingeladen, dem Kantonsrat eine Änderung des EG-KVG zur Abschaffung der Liste der betriebenen Versicherten vorzulegen.

## **2      Die Leistungssistierung im Bundesrecht**

### **2.1      Chronologie**

Nach dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 zeigten sich in der Praxis verschiedene Anwendungsprobleme. Es fehlten z.B. gesetzliche Bestimmungen zur Vollstreckung von Forderungen der OKP und zu den Folgen bei deren Nichtbezahlung. Deshalb erliess der Bundesrat auf dem Verordnungsweg Ausführungsbestimmungen, nach denen die Vergütung von OKP-Leistungen durch den Versicherer nach Vorliegen eines Verlustscheins sistiert wurden. Auf den 1. Januar 2006 wurden die Zahlungspflicht der versicherten Person für OKP-Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Folgen des Zahlungsverzugs im KVG geregelt. Dabei wurden die Folgen des Zahlungsverzugs verschärft. Eine Leistungssistierung durch die Versicherer erfolgte nicht mehr erst nach Vorliegen eines Verlustscheins, sondern bereits mit der Stellung des Fortsetzungsbegehrens im Betreibungsverfahren. Damit sollte der Druck auf säumige Versicherte erhöht werden. Die Regelung erzielte jedoch nicht den gewünschten Erfolg. Die Anzahl der Versicherten mit einer Leistungssistierung hat sich schweizweit fast vervierfacht (von 22'830 Versicherten im Jahr 2005 auf 89'081 Versicherte im Jahr 2006<sup>1</sup>) und auch die ausstehenden OKP-Prämien nahmen weiter zu. Die Zunahme der Leistungssistierungen führte ausserdem zu einer Zunahme der unbezahlten Rechnungen bei den Leistungserbringern.

---

<sup>1</sup>      Quelle: OKP-Statistik des BAG T 7.11.

Vor diesem Hintergrund erliess der Bundesrat auf den 1. August 2007 eine Verordnungsänderung, die es den Kantonen ermöglichen sollte, mit einem oder mehreren Versicherern einen Verzicht auf die gesetzlich vorgeschriebene Leistungssistierung zu vereinbaren. Voraussetzung war, dass der Kanton die Übernahme oder die pauschale Abgeltung uneinbringlicher Prämien und Kostenbeteiligungen der OKP (einschliesslich Verzugszinsen und Betreuungskosten) garantierte. Die Kantone Basel-Stadt, Genf, Neuenburg, Wallis und Waadt sowie drei Gemeinden des Kantons Freiburg schlossen solche Vereinbarungen ab. Die unterschiedlichen Lösungen und der freiwillige Beitritt der Versicherer (im Kanton Genf betrug der Abdeckungsgrad der Vereinbarungen weniger als 50 Prozent) führten zu einer unterschiedlichen Behandlung der Versicherten. Weil die auf Verordnungsebene getroffene Lösung nach Auffassung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gesetzeswidrig war, sprach sich die GDK gegen den Abschluss von weiteren Vereinbarungen aus. Der Verzicht auf die Leistungssistierung setzte eine KVG-Änderung voraus. Nach entsprechenden Gesprächen einigten sich das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die GDK – mit teilweiser Zustimmung von *santésuisse* – auf einen Gesetzestext für eine KVG-Änderung. Auf der Basis dieses Textes beschloss die Kommission für soziale Sicherheit des Nationalrates (SGK-N) im März 2009 die parlamentarische Initiative «Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien» (09.425). Die gesamtschweizerische Leistungssistierung wurde in der Folge auf den 1. Januar 2012 abgeschafft. Die Leistungssistierung stellte das Krankenversicherungsobligatorium in Frage, die betroffenen Versicherten erhielten keine adäquate Gesundheitsversorgung mehr und die Leistungserbringer gerieten teilweise in finanzielle Schwierigkeiten. Mit der Abschaffung der Leistungssistierung mussten die Versicherer alle ab dem 1. Januar 2012 erbrachten OKP-Pflichtleistungen vergüten, auch bei ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen. Im Gegenzug wurden die Kantone verpflichtet, 85 Prozent der mit Verlustscheinen und diesen gleichgesetzten Rechtstiteln<sup>2</sup> ausgewiesenen OKP-Ausstände zu übernehmen bzw. zu finanzieren.

Zur Frage, wie mit zahlungsfähigen aber zahlungsunwilligen Versicherten verfahren wird, sah die parlamentarische Initiative keine Spezialregelung vor: «Bei ihnen kann davon ausgegangen werden, dass sie unter dem Druck des Betreibungsverfahrens früher oder später ihren finanziellen Verpflichtungen gegenüber den Versicherern nachkommen, da in diesen Fällen keine Aussicht auf einen Verlustschein besteht.»<sup>3</sup> Anlässlich der parlamentarischen Beratung wurde im Nationalrat jedoch ein Antrag eingebracht, im KVG die Möglichkeit einer kantonalen Listenführung analog dem Thurgauer Modell vorzusehen. Der Bundesrat sprach sich aufgrund der sich abzeichnenden Umsetzungsschwierigkeiten gegen die Ermächtigung der Kantone zur Einführung einer kantonalen Liste für säumige Versicherte bzw. einer kantonal unterschiedlich geregelten Leistungssistierung aus. Auch *santésuisse* äusserte Bedenken. National- und Ständerat verankerten dennoch die Möglichkeit zur Listenführung in Art. 64a Abs. 7 KVG. Deshalb haben die Kantone seit dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit, betriebene Versicherte auf einer Liste zu erfassen. Für Versicherte mit einem Listeneintrag werden – abgesehen von Notfallleistungen – keine OKP-Leistungen mehr vergütet.

---

<sup>2</sup> Einem Verlustschein gleichgesetzt sind nach Art. 105i der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102; abgekürzt KVV) Verfügungen über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen und nach Art. 8g Abs. 2 EG-KVG Verfügungen über die Leistung finanzieller Sozialhilfe.

<sup>3</sup> Kapitel 2 des Berichts der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 28. August 2009 zur parlamentarischen Initiative «Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien» (09.425), BBl 2009, 6617.

## 2.2 Weitere Diskussion und Ausblick

Es kam in den letzten Jahren im Zusammenhang mit den kantonalen Listen für betriebene Versicherte zu mehreren Vorstössen in den eidgenössischen Räten.<sup>4</sup> Auslöser waren der Tod eines HIV-positiven Patienten, dem aufgrund eines Listeneintrags HIV-Medikamente verweigert wurden, und eine Geburt, für die der Versicherer wegen eines Listeneintrags der Mutter die Kostenübernahme abgelehnt hatte.<sup>5</sup>

Ersteres führte auf Mitte 2018 zur Abschaffung der Liste für betriebene Versicherte im Kanton Graubünden. Der Kanton Solothurn verzichtet seit dem 1. Januar 2020 auf die Listenführung, weil diese nicht die erhoffte Wirkung zeigte und die medizinische Versorgung einer wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppe gefährdete. Der Kanton Schaffhausen hat die Liste für betriebene Versicherte auf den 1. Januar 2021 abgeschafft. Aktuell führen neben dem Kanton St.Gallen (seit 2015) noch fünf weitere Kantone eine Liste für betriebene Versicherte: Seit 2007 der Kanton Thurgau, seit 2012 die Kantone Luzern, Tessin und Zug sowie seit 2014 der Kanton Aargau. Im Kanton Aargau wurden die Gemeinden zwischenzeitlich jedoch ermächtigt, in begründeten Fällen eine Sistierung des Listeneintrags bzw. eine Sistierung der Leistungssistierung bei der SVA Aargau zu beantragen.

Im Zusammenhang mit einer vom Kanton Thurgau eingereichten Standesinitiative zur «Ergänzung von Art. 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten» (16.312) sprach sich die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) nach Anhörung von Vertretungen der GDK sowie der beiden Dachverbände der Versicherer (santésuisse und Cura futura) für die Ausarbeitung einer KVG-Änderung zur umfassenden Verbesserung des Vorgehens bei Nichtbezahlen der Prämien aus. Am 25. Mai 2020 verabschiedete die SGK-S einen Vorentwurf für eine KVG-Änderung. Die Kommissionsmehrheit schlug vor, die Möglichkeit zur Führung von Listen für betriebene Versicherte abzuschaffen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hatte im Auftrag der Kommission geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Ausstände und der Listenführung besteht. Eine Verbesserung der Zahlungsmoral im Zusammenhang mit der Listenführung konnte nicht nachgewiesen werden. Das BAG kam zum Schluss, dass die OKP-Ausstände in den Listenkantonen in den Jahren bis 2017 stärker angestiegen sind als in den Kantonen ohne Liste. Mit der Listenführung besteht ausserdem das Risiko, dass die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen gefährdet werden könnte. Die Kommissionsmehrheit schlug weiter vor, säumige Versicherte neu in einem günstigeren Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (Art. 41 Abs. 4 KVG) wie beispielsweise einem Hausarzt- oder HMO-Modell zu versichern, wobei der Bundesrat Ausnahmen vorsehen können soll. Da die OKP-Pflichtleistungen in jedem Fall versichert sind, lassen sich so die Kosten für säumige Prämienzahlende senken, ohne deren Gesundheitsversorgung zu gefährden. Eine Kommissionsminderheit sprach sich hingegen dafür aus, die Führung von Listen weiterhin zu erlauben, um den zuständigen Behörden eine individuelle Betreuung der säumigen Ver-

---

<sup>4</sup> Interpellation «Im Jahr 2018 in der Schweiz wegen mangelnder Gesundheitsversorgung sterben» (18.3400), Motion «Artikel 64a Absatz 7 KVG. Abschaffung der schwarzen Listen» (18.3643), Anfrage «Krankenversicherung und schwarze Listen. Wie lange will man noch Menschen sterben lassen» (18.5269), Anfrage «Krankenversicherung und schwarze Liste. Ausser Spesen nichts gewesen, nur Aufwand und menschlich problematische Situationen» (18.5278), Anfrage «Krankenkassenprämien. Zahlung über Lohnabzug» (18.5296), Anfrage «Krankenversicherung. Schwarze Listen können Menschen töten. Widerspricht dies nicht dem Geist der Verfassung und des KVG?» (18.5297).

<sup>5</sup> Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St.Gallen vom 26. April 2018 (KSCHG 2017/5).

sicherten zu ermöglichen und zu verhindern, dass sich diese für lange Zeit verschulden.<sup>6</sup> Der Vorschlag der Kommissionsminderheit beinhaltete im Gegenzug die schweizweite Festlegung des Begriffs der Notfallbehandlung.

Die Vernehmlassungsvorlage der SGK-S enthielt zudem folgende Änderungsvorschläge:

- Begrenzung der Anzahl der durch die OKP möglichen Betreibungen auf vier Betreibungen im Jahr.
- Junge Erwachsene sollen nicht mehr für Prämien und Kostenbeteiligungen belangt werden können, die während der Zeit ihrer Minderjährigkeit angefallen sind.<sup>7</sup>
- Gemäss der Forderung der vom Kanton Thurgau eingereichten Standesinitiative 16.312 sollen Kantone, die 90 Prozent (anstatt 85 Prozent) der ausgewiesenen OKP-Ausstände übernehmen, neu die Verlustscheine übernehmen und diese selbst bewirtschaften können.

Im Rahmen der Vernehmlassung sprach sich eine klare Mehrheit der Teilnehmenden (insbesondere die GDK, 19 Kantone, die SP, die Grünen, die Versichererverbände Curafutura und Santé-suisse, der Schweizerische Gewerkschaftsbund und der Schweizerische Gewerbeverband) für den Vorschlag der Kommissionsmehrheit aus, die Möglichkeit zur Führung einer Liste für betriebene Versicherte abzuschaffen. Diese Regelung habe zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten geführt, was schwerer wiege als allfällige positive Erfahrungen einzelner Kantone mit einer solchen Liste. Von den sieben Kantonen, die zum Zeitpunkt der Vernehmlassung eine Liste für betriebene Versicherte führten, sprachen sich drei Kantone (St.Gallen, Schaffhausen und Tes-sin) für und vier Kantone (Aargau, Luzern, Thurgau und Zug) gegen die Abschaffung aus. Vorwiegend aus föderalistischen Überlegungen sprachen sich hingegen sieben Kantone, die CVP, die FDP-Liberalen und die SVP für die Beibehaltung der Möglichkeit von Listen für betriebene Versicherte aus. Dass in diesem Fall der Begriff der Notfallbehandlung im Gesetz definiert werden soll, lehnte eine Mehrheit jener, die sich dazu geäußert haben ab. Die vorgeschlagene Definition bringe nicht mehr Rechtssicherheit als heute.<sup>8</sup>

Am 27. Januar 2021 nahm die SGK-S das Vernehmlassungsergebnis zur Kenntnis und verabschiedete einen Entwurf für eine KVG-Änderung. Im Vergleich zur Vernehmlassungsvorlage passte die SGK-S den Entwurf in zwei Punkten an: Die Krankenversicherer sollen säumige Versicherte höchstens zweimal je Jahr betreiben dürfen (statt viermal). Gemäss der Kommissionsmehrheit sollen die Kantone im Rahmen des föderalistischen Vollzugs weiterhin Listen für betriebene Versicherte führen können. Im Gegenzug wurde an der Definition der Notfallbehandlung – trotz mehrheitlich ablehnender Haltung in der Vernehmlassung – festgehalten. Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann. Eine Kommissionsminderheit möchte die Möglichkeit der Listenführung nach wie vor abschaffen.

---

<sup>6</sup> Dem Anliegen der Kommissionsminderheit ist entgegenzuhalten, dass die Betreuung von säumigen Versicherten durch die zuständige Behörde auch ohne Liste für betriebene Versicherte möglich ist. Hierfür muss in der kantonalen Gesetzgebung lediglich vorgesehen werden, dass die zuständige Behörde die Betreuungsmeldungen für säumige Prämienzahlende erhält.

<sup>7</sup> Damit sollen zwei Motionen aus dem Nationalrat umgesetzt werden: «Krankenkassenprämien. Eltern bleiben Schuldner der nichtbezahlten Prämien der Kinder» (17.3323) und «KVG. Unterhaltspflichtige Eltern schulden nichtbezahlte Kinderprämien» (18.4176).

<sup>8</sup> Kapitel 2.6 des erläuternden Berichts der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates zur Standesinitiative «Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Prämienzahlungspflicht der Versicherten» (16.312).

### **3 Die Leistungssistierung im Kanton St.Gallen**

#### **3.1 Einführung der Liste für betriebene Versicherte**

Mit der Liste für betriebene Versicherte wurde im Kanton St.Gallen das System der Leistungssistierung – nachdem die Leistungssistierung vorübergehend abgeschafft wurde – auf den 1. Januar 2015 wieder eingeführt. Die Einführung der Liste für betriebene Versicherte erfolgte aufgrund der Motion «Liste von säumigen Zahlern und Zahlerinnen von Krankenkassenprämien» (42.11.02) – entgegen dem Antrag der Regierung. Die Einführung der Liste war ursprünglich bereits auf das Jahr 2013 vorgesehen. Aufgrund kontroverser Diskussionen über das Kosten-Nutzen-Verhältnis sprach sich der Kantonsrat indes für eine Einführung der Liste auf das Jahr 2015 aus. Um den politischen Gemeinden ein freiwilliges Fallmanagement zu ermöglichen, wurde das Meldeverfahren für betriebene Versicherte – unabhängig von der Liste – bereits auf den 1. Januar 2013 in Kraft gesetzt. Die Versicherer sind verpflichtet, der SVA die von einer Betreuung betroffenen Versicherten zu melden.<sup>9</sup> Die Betreuungsmeldungen werden an die gemäss Sozialhilfegesetz (sGS 381.1) zuständige politische Gemeinde weitergeleitet.

Im Zusammenhang mit dem Entscheid des Kantonsrates, die Liste für betriebene Versicherte zwei Jahre später einzuführen (1. Januar 2015 statt 1. Januar 2013), wurde die Regierung eingeladen, dem Kantonsrat vor dem 1. Januar 2015 über die Erfahrungen mit der Anwendung des neuen Rechts und über den möglichen Zusatznutzen einer Liste Bericht zu erstatten und allenfalls Antrag zu stellen. Die Regierung verzichtete auf eine Antragstellung und beschränkte sich im Rahmen der Rechnungsbotschaft 2013 (33.14.01) auf eine Berichterstattung an den Kantonsrat. Grund war eine deutliche tiefere Schätzung der Kosten für die Einführung der Liste. Es zeigte sich, dass verschiedene Informatikanpassungen, die für die Bewirtschaftung der Betreuungsmeldungen durch die SVA notwendig sind, gleichzeitig für die Liste der betriebenen Versicherten verwendet werden konnten. Für die Datenaufbereitung und für den Datenaustausch wurde von der SVA ein möglichst automatisiertes Verfahren vorgesehen. Auch für den Zugriff der nach KVG zugelassenen Leistungserbringer auf die Liste konnte von der SVA eine kostengünstige Lösung mit einem externen Partner (SASIS AG) vereinbart werden. Die von der SVA für die Listenführung veranschlagten Kosten konnten damit auf jährlich rund 40'000 Franken reduziert werden.

Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie wurde im Kanton St.Gallen – auf Ersuchen des BAG – während der ausserordentlichen Lage<sup>10</sup> bzw. in der Zeit vom 16. März 2020 bis 19. Juni 2020 auf die Anwendung der Liste für betriebene Versicherte verzichtet. Die gelisteten Versicherten wurden damit vorübergehend von der Leistungssistierung befreit. Zuvor hatte auch die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihrer Stellungnahme vom 24. Februar 2020 empfohlen, auf die Führung von Listen für betriebene Versicherte zu verzichten, da die Leistungssistierung nicht nur eine gesundheitliche Gefahr für die betroffene Person, sondern bei übertragbaren Krankheiten auch für die öffentliche Gesundheit darstelle.

---

<sup>9</sup> Die Meldung hat nach Art. 8a Abs. 1 EG-KVG zu erfolgen, sobald die Voraussetzungen für das Fortsetzungsbegehren erfüllt sind, aber bevor der Versicherer das Fortsetzungsbegehren stellt.

<sup>10</sup> Am 16. März 2020 hat der Bundesrat die Situation in der Schweiz als ausserordentliche Lage gemäss Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101; abgekürzt Epidemien-gesetz) eingestuft. Gleichzeitig hat der Bundesrat die Verordnung 2 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (SR 818.101.24; abgekürzt COVID-19-Verordnung 2) erlassen und einen landesweiten Rechtsstillstand für Betreibungsverfahren beschlossen.

Fragen im Zusammenhang mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der Liste und betreffend die Gewährleistung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für die von einer Leistungssistierung betroffenen Versicherten führten in den letzten Jahren zu mehreren Vorstössen im Kantonsrat.<sup>11</sup> Mit der Gutheissung der Motion 42.20.15 «Schwarze Liste abschaffen» wurde die Regierung am 17. Februar 2021 eingeladen, dem Kantonsrat eine Änderung des EG-KVG zur Abschaffung der Liste der betriebenen Versicherten vorzulegen.

### 3.2 Entwicklung der Anzahl Versicherten mit Listeneintrag

Im Kanton St.Gallen werden Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr sowie Beziehende von Ergänzungsleistungen oder von finanzieller Sozialhilfe nicht auf der Liste für betriebene Versicherte aufgeführt.

Seit der Einführung der Liste im Jahr 2015 hat sich Anzahl der auf der Liste eingetragenen erwachsenen Versicherten wie folgt entwickelt:

| <b>Datum<br/>(Stichtag)</b> | <b>Anzahl Versicherte<br/>mit Listeneintrag</b> |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 30.06.2015                  | 25                                              |
| 31.12.2015                  | 322                                             |
| 30.06.2016                  | 644                                             |
| 31.12.2016                  | 894                                             |
| 30.06.2017                  | 862                                             |
| 31.12.2017                  | 994                                             |
| 30.06.2018                  | 1'607                                           |
| 31.12.2018                  | 4'162                                           |
| 30.06.2019                  | 6'457                                           |
| 31.12.2019                  | 9'285                                           |
| 30.06.2020                  | 9'071                                           |
| 31.12.2020                  | 10'044                                          |

Die Zunahme der Anzahl Versicherten mit Listeneintrag ist einerseits darauf zurückzuführen, dass mit der Liste nur eine Leistungssistierung für ab dem 1. Januar 2015 fällige OKP-Ausstände eingeführt wurde. Bis Ende 2014 fällige OKP-Ausstände lösten noch keinen Listeneintrag aus. Andererseits haben in den ersten Jahren der Listenführung nicht alle Versicherer den für einen Listeneintrag vorgeschriebenen Prozess eingehalten bzw. erfüllen können. Dies führte dazu, dass nicht alle betriebenen Versicherten in die Liste eingetragen werden konnten. Inzwischen hat sich bei vielen Versicherern der Meldeprozess für einen Listeneintrag eingespielt.

Probleme bereitet insbesondere der gesetzlich vorgesehene Meldeprozess zur Streichung von der Liste. Die SVA muss Versicherte von der Liste streichen, sobald ihr der Versicherer die Aufhebung der Leistungssistierung mitteilt. Das wäre insbesondere auch dann der Fall, wenn für alle ausstehenden OKP-Forderungen, welche zum Listeneintrag geführt haben, Verlustscheine vorliegen. Anstelle einer Mitteilung des Versicherers an die SVA verweist der Versicherer die gelisteten Personen häufig an die SVA. Seit Juni 2020 nimmt deshalb die SVA selbst einen Abgleich mit den von den Versicherern abgerechneten Verlustscheinen vor.

<sup>11</sup> Einfache Anfrage 61.18.17 «Erfüllt die schwarze Liste ihren Zweck?», Motion 42.18.11 «Schwarze Liste abschaffen», Interpellation 51.20.18 «Die schwarze Liste endlich abschaffen?», Interpellation 51.20.06 «Verursacht die schwarze Liste zunehmend Leid?», Interpellation 51.20.26 «Schwarze Liste – Abschaffung nicht, bevor das Problem gelöst ist».

### 3.3 Entwicklung der Zahlungsausstände der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die von den Versicherern mit der SVA abgerechneten uneinbringlichen OKP-Ausstände mit Verlustscheinen sowie diesen gleichgesetzten Rechtstiteln ausgewiesene OKP-Ausstände haben sich seit dem Jahr 2012 wie folgt entwickelt:

| Ausstellungsjahr                                   | OKP-Verlustscheinforderung (100 %) | Bewirtschaftungserlös (100 %) | Auszahlung an Versicherer <sup>1</sup> (in Mio. Franken) | Prämiensoll <sup>2</sup> (in Mio. Franken) | Auszahlung in % Prämiensoll |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| 2012                                               | 1,14                               | 0,00                          | 0,97                                                     | 1'289,18                                   | 0,1                         |
| 2013                                               | 7,79                               | 0,05                          | 6,60                                                     | 1'318,89                                   | 0,5                         |
| 2014                                               | 16,09                              | 0,27                          | 13,54                                                    | 1'376,43                                   | 1,0                         |
| <b>Einführung Liste für betriebene Versicherte</b> |                                    |                               |                                                          |                                            |                             |
| 2015                                               | 17,80                              | 0,44                          | 14,91                                                    | 1'449,01                                   | 1,0                         |
| 2016                                               | 17,77                              | 0,60                          | 14,80                                                    | 1'526,87                                   | 1,0                         |
| 2017                                               | 19,62                              | 1,02                          | 16,17                                                    | 1'605,68                                   | 1,0                         |
| 2018                                               | 21,86                              | 1,33                          | 17,91                                                    | 1'664,37                                   | 1,1                         |
| 2019                                               | 22,05                              | 1,85                          | 17,82                                                    | 1'683,31                                   | 1,1                         |

1 Auszahlung an die Versicherer = 85 Prozent der OKP-Verlustscheinforderungen abzüglich 50 Prozent des Bewirtschaftungserlöses.

2 Quelle: OKP-Statistik des BAG T 3.06.

Die deutliche Zunahme der in den ersten Jahren abgerechneten OKP-Ausstände ist darauf zurückzuführen, dass die Abrechnung auf ab dem 1. Januar 2012 fällige und mit einem Verlustschein oder gleichgesetzten Rechtstitel ausgewiesene OKP-Ausstände beschränkt wurde.

Die Auszahlungen an die Versicherer für in den Jahren 2014 bis 2019 ausgestellte Verlustscheine belaufen sich auf jeweils 1,0 bis 1,1 Prozent des Prämiensolls.

### 3.4 Beurteilung

Die Listenführung bzw. die Leistungssistierung ist grundsätzlich als Abschreckung für zahlungsunwillige Prämienzahlende gedacht. Aufgrund der Entwicklung der Verlustscheinforderungen im Kanton St.Gallen kann jedoch auf keine Verbesserung der Zahlungsmoral im Zusammenhang mit der seit dem Jahr 2015 erfolgenden Listenführung geschlossen werden. Die erhoffte präventive Wirkung der Liste, dass einkommensschwache Versicherte der Begleichung von OKP-Forderungen gegenüber anderen Ausgaben generell einen höheren Stellenwert einräumen, ist somit nicht feststellbar. Das BAG kam im Rahmen des ihm von der SGK-S erteilten Prüfauftrags sogar zum Schluss, dass die Zunahme der OKP-Ausstände in den Jahren 2009 bis 2017 über alle Kantone mit Listen höher war als über alle Kantone ohne Liste. Auch eine im Auftrag des Kantons Zürich im Jahr 2015 von BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG erstellte Studie kam zum Schluss, dass ein Nutzen der Liste für betriebene Versicherte nicht belegt werden kann.

Die Versicherer sind nach den Vorgaben des KVG verpflichtet, ausstehende OKP-Forderungen zu betreiben. Bei dem vom Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (SR 281.1; abgekürzt SchKG) vorgegebenen Betreibungsverfahren handelt es sich um ein wirksames Instrument zur Einbringung von Ausständen. Damit wird bei Zahlungsfähigkeit des Schuldners – wenn pfändbares Vermögen und/oder Einkommen vorliegt – die Deckung von OKP-Ausständen sichergestellt. Ein Verlustschein resultiert nur bei erfolglosen Betreibungen bzw. bei nachgewiesener Zahlungsunfähigkeit. Die Verlustscheine werden von den Versicherern laufend bewirtschaftet.

Eine Leistungssistierung während des Betreibungsverfahrens bringt kein besseres Betriebsergebnis, da die vom SchKG vorgegebene Rangordnung der Gläubiger<sup>12</sup> zwingend eingehalten werden muss. Mit der Liste wird hingegen in Kauf genommen, dass von einer Leistungssistierung Versicherte betroffen sind, die sich bei Abschluss des Betreibungsverfahrens im Nachhinein nicht als zahlungsunwillig, sondern als zahlungsunfähig erweisen.

Die OKP hat zum Ziel, eine qualitativ hochstehende und umfassende Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Das Versicherungsobligatorium wird durch die Leistungssistierung in Frage gestellt. In den Kantonen Graubünden und Solothurn wurde die Liste für betriebene Versicherte auch deshalb abgeschafft, weil sie die medizinische Versorgung einer wirtschaftlich und sozial schwachen Bevölkerungsgruppe gefährdete. Auch in der Vernehmlassungsvorlage zu der von der SGK-S vorgeschlagenen KVG-Änderung wird festgehalten, dass sich das Risiko als real erwiesen habe, dass mit den Listen die medizinische Grundversorgung von wirtschaftlich und sozial schwächeren Personen gefährdet werden könnte. Von der SAMW wird ein Verzicht auf die Listenführung auch deshalb empfohlen, weil die Leistungssistierung bei übertragbaren Krankheiten eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt.

Das Urteil des Versicherungsgerichtes des Kantons St.Gallen vom 26. April 2018 (KSCHG 2017/5) hat zu einer gewissen Klärung des bundesrechtlichen Begriffs der «Notfallbehandlung» im Zusammenhang mit der Liste geführt. Von der OKP müssen alle Behandlungen, für die eine gesetzliche Beistandspflicht der Medizinalpersonen in dringenden Fällen besteht, auch für Versicherte mit einer Leistungssistierung vergütet werden. Dringend ist ein Fall auch dann, wenn keine Lebensgefahr besteht, aber die betroffene Person umgehend Hilfe braucht, weil ihre Gesundheit ansonsten ernsthaft beeinträchtigt werden könnte. Nach Berichten der Sozial- und Schuldenberatung der Caritas St.Gallen-Appenzell ist es dennoch vermehrt zu Situationen gekommen, in denen Hilfsbedürftigen aufgrund eines Listeneintrags medizinisch notwendige Behandlungen vorenthalten worden seien. Diese Berichte sind ernst zu nehmen. Wie viele medizinische Behandlungen aufgrund eines Listeneintrags für Versicherte aus dem Kanton St.Gallen von einem oder mehreren Leistungserbringern verweigert wurden und ob dringende Fälle genügend sicher erkannt werden, ist nicht bekannt und kann auch nicht zuverlässig erhoben werden. Meldungen über eine Verletzung der Beistandspflicht im Zusammenhang mit der Listenführung liegen dem Gesundheitsdepartement aber keine vor. Eine umfassende Aufzählung aller denkbaren Notfallkonstellationen ist nicht möglich. Aus Sicht der Regierung dürften sich deshalb unterschiedliche und allenfalls auf dem Rechtsweg zu klärende Auffassungen bei der Beurteilung des Notfallbegriffs auch mit einer schweizweit einheitlichen Definition des Notfallbegriffs, wie sie von der SGK-S vorgeschlagen wird, nicht vermeiden lassen.

Die Listenführung führt bei den Versicherern und Leistungserbringern zu einem administrativen Mehraufwand.

Die Erstattung der OKP-Pflichtleistungen erfolgt nach der zwischen den Leistungserbringern und Versicherern tarifvertraglich vereinbarten Regelung. Im System des «Tiers payant» vergütet der Versicherer alle OKP-Pflichtleistungen direkt dem Leistungserbringer. Mit einer Liste für betriebene Versicherte vergütet der Versicherer dem Leistungserbringer für die gelisteten Versicherten nur noch Notfallbehandlungen. Das Inkassorisiko für Behandlungen ohne medizinische Dringlichkeit (wie Nachkontrollen von chirurgischen Eingriffen oder Jahreskontrollen) trägt der Leistungserbringer. Beim System des «Tiers garant» liegt aufgrund der Vergütung der OKP-Pflichtleistungen an den Versicherten das Inkassorisiko immer bzw. unabhängig von Listenführung beim Leistungserbringer.

---

<sup>12</sup> Nach Art. 219 Abs. 4 SchKG handelt es sich bei den Prämien und Kostenbeteiligungen der OKP um Forderungen zweiter Klasse.

Überzeugter Verfechter der Liste ist insbesondere der Kanton Thurgau. Er verbindet die Liste jedoch mit der Verpflichtung zur Durchführung eines Fallmanagements durch die Gemeinden. Von Listeneinträgen betroffen sind erfahrungsgemäss mehrheitlich sozial und wirtschaftlich schwächere Personen oder Personen in instabilen Lebenssituationen (z.B. bei Scheidung, Arbeitsplatzverlust oder psychischen Problemen). Wenn Verlustscheine für OKP-Ausstände vorliegen, sind die betroffenen Haushalte meist bereits aussichtslos verschuldet. Eine möglichst frühzeitige Kontaktierung und enge Begleitung dieser Personen ist administrativ zwar sehr aufwändig, wäre aber aus sozialer Sicht sinnvoll. Mit einem aktiven und flächendeckenden Fallmanagement wie dies der Kanton Thurgau durchführt, könnte ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von Verlustscheinen und einer langjährigen Verschuldung der Betroffenen geleistet werden. Im Kanton St.Gallen besteht keine Verpflichtung zur Durchführung eines Fallmanagements. Es liegt im Ermessen der Gemeinden, ob sie die betroffenen Versicherten aufgrund der Betreuungsmeldungen kontaktieren und beratend tätig werden. Mit der im Rahmen des IX. Nachtrags zum EG-KVG (22.19.16) beschlossenen vollständigen Überwälzung der Finanzierung der OKP-Verlustscheinforderungen an die Gemeinden dürfte auch das Interesse der Gemeinden an der Durchführung eines effizienten Fallmanagements zunehmen. Die Durchführung eines Fallmanagements ist auch ohne Liste für säumige Prämienzahlende möglich, sofern die Gemeinden weiterhin die Betreuungsmeldungen der Versicherten erhalten. Deshalb ist aus Sicht der Gemeinden die Weiterführung des Meldeverfahrens zu den Betreibungen auch bei Abschaffung der Liste für säumige Prämienzahlende zentral.

#### **4      Finanzielle Auswirkungen**

Der SVA wird nach Art. 3 Abs. 3 EG-KVG der tatsächliche Aufwand für die Durchführung der Bestimmungen bezüglich Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen entschädigt. Im Jahr 2020 beliefen sich die Durchführungskosten auf insgesamt Fr. 234'263.03. Nach der von der SVA für das Jahr 2020 vorgenommenen Auswertung entfallen rund 50 Prozent der Kosten auf die Durchführung der Verlustscheinabrechnung mit den Versicherern. Rund 25 Prozent der Kosten entfallen auf die Durchführung des Meldeverfahrens bei Betreibungen für OKP-Ausstände und rund 25 Prozent auf die Listenführung. Das Meldeverfahren bei Betreibungen für OKP-Ausstände soll weitergeführt werden, um den Gemeinden weiterhin ein Fallmanagement auf freiwilliger Basis zu ermöglichen. Für die Abschaffung der Listenführung ist von einer Reduktion der Durchführungskosten von jährlich rund 59'000 Franken (25 Prozent) auszugehen.

#### **5      Bemerkungen zu den Bestimmungen des XI. Nachtrags**

Um den politischen Gemeinden weiterhin ein Fallmanagement auf freiwilliger Basis zu ermöglichen, ist das in Art. 8a und Art. 8b EG-KVG vorgesehene Verfahren zu den Betreuungsmeldungen beizubehalten. Die SVA leitet die Betreuungsmeldung an die politische Gemeinde weiter, die gemäss Sozialhilfegesetz für die betroffene versicherte Person zuständig ist. Die im Zusammenhang mit der Listenführung stehenden Art. 8c (Liste der betriebenen Versicherten), Art. 8d (Inhalt), Art. 8e (Information und Einsichtnahme) und Art. 8f EG-KVG (Leistungssistierung) können aufgehoben werden.

Auf die Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens wurde verzichtet. Eine Vernehmlassung hätte keine neuen Erkenntnisse gebracht, da die Positionen und Argumente von Gegnern und Befürwortern der Listenführung bekannt sind. Die Durchführung eines Fallmanagements auf freiwilliger Basis durch die Gemeinden ist aufgrund der Zustellung der Betreuungsmeldungen durch die SVA auch ohne Liste möglich. Die SVA wurde in die Erarbeitung der Vorlage einbezogen.

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn des Erlasses. Es ist vorgesehen, auf die Liste für betriebene Versicherte ab Vollzugsbeginn des vorliegenden Nachtrags zu verzichten.

## **6 Referendum**

Die vorgeschlagene Regelung untersteht dem fakultativen Gesetzesreferendum nach Art. 5 des Gesetzes über Referendum und Initiative (sGS 125.1; abgekürzt RIG) i.V.m. Art. 49 Abs. 1 Bst. a der Kantonsverfassung (sGS 111.1).

## **7 Antrag**

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, auf den XI. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung einzutreten.

Im Namen der Regierung

Bruno Damann  
Präsident

Dr. Benedikt van Spyk  
Staatssekretär

---

## **XI. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung**

Entwurf der Regierung vom 9. März 2021

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 9. März 2021<sup>13</sup> Kenntnis genommen und  
erlässt:

### **I.**

Der Erlass «Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung vom 9. November 1995»<sup>14</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 8c bis 8f werden aufgehoben.*

### **II.**

*[keine Änderung anderer Erlasse]*

### **III.**

*[keine Aufhebung anderer Erlasse]*

### **IV.**

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.

---

<sup>13</sup> ABI 2021-●●.

<sup>14</sup> sGS 331.11.