

Krankenversicherungsgesetz: Liste der versicherten Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, und Leistungsaufschub

Rechtsgrundlage und Vollzug

Masterarbeit eingereicht der Universität Bern
im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA)

Klassifizierung: frei

Betreuender Dozent: **PD Dr. iur. Rechtsanwalt LL.M. Matthias Oesch**
Kompetenzzentrum für Public Management
Schanzeneckstrasse 1
CH-3001 Bern

Verfasser: **Max Bühler**
aus Weesen (SG)
Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau

Bern, 14. Oktober 2013

Die vorliegende Masterarbeit wurde im Rahmen des Executive Master of Public Administration der Universität Bern verfasst.

Die inhaltliche Verantwortung für die eingereichte Masterarbeit liegt beim Autor.

Vorwort

Diese Masterarbeit ist im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern entstanden.

Was passiert, wenn der Versicherte die Prämien aus der obligatorischen Krankenversicherung nicht zahlen will oder kann? Die offenen Beträge werden über den ordentlichen Betreuungsweg eingefordert. Führt dies zu einem Verlustschein, entsteht die Situation, dass der Versicherer trotz fehlender Prämienzahlung die Rechnungen der Leistungserbringer abrechnen muss.

Das Setzen eines Leistungsaufschubs führt dazu, dass der Versicherer solange keine Rechnungen des Leistungserbringers dem Leistungserbringer bzw. keine Versicherungsleistungen dem Versicherten bezahlen darf, bis der Leistungsaufschub aufgehoben ist. Während des Leistungsaufschubs verfügen somit die betroffenen Versicherten über keine Versicherungsdeckung und die Leistungserbringer werden für ihre Leistungen nicht bezahlt, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallbehandlung.

Um den Leistungsaufschub abzuschaffen, war die Entschädigung der Versicherer mit 85 % des Verlustscheinbetrages im Gespräch. Im Gegenzug würden die Versicherer die Leistungen auch beim Ausbleiben der Prämienzahlung vergüten. Im Zuge der politischen Diskussion blieb diese Entschädigung unverändert. Der Leistungsaufschub, der durch diese Entschädigung hätte beseitigt werden sollen, wurde wieder eingeführt. Neu nicht mehr wie bisher von Gesetzes wegen durch die Versicherer entschieden, sondern durch die Kantone, wenn dann dieser Kanton die Liste der Versicherten mit Leistungsaufschub führt. Die ursprüngliche Problematik der fehlenden obligatorischen Versicherungsdeckung bleibt also erhalten.

Politische Überlegungen zum Leistungsaufschub werden in dieser Masterarbeit nicht untersucht. Hingegen werden verschiedene Schwerpunkte im Vollzug näher betrachtet. Die Befragung der Kantone ist der wichtigste Teil, da der Leistungsaufschub kantonsindividuell ausgestaltet wird. Die Fragen müssen für die Sicherstellung eines durchgängigen Vollzugs von jedem Kanton beantwortet werden, wenn nicht aufgrund dieser Masterarbeit, dann bei einer anderen Gelegenheit. Kantonsübergreifende Gegebenheiten müssen unter den Kantonen abgestimmt werden, um die Realisierung sicherzustellen.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit sind öffentlich zugänglich und können als Basis zur schweizweiten Realisierung des Leistungsaufschubes herangezogen werden.

Ich danke allen, die dazu beigetragen haben, diese Masterarbeit zu realisieren.

Bern, 14. Oktober 2013

Max Bühler

Zusammenfassung

Ein Leistungsaufschub bedeutet, dass im System des Tiers Payant der Versicherer keine Leistungserbringer-Rechnung an den Leistungserbringer bezahlt und keine Kostenbeteiligungs-Rechnung an den Versicherten stellt bzw. im System des Tiers Garant der Versicherer keine Vergütung von Versicherungsleistungen an den Versicherten zahlt. Werden nachträglich die Prämien oder Kostenbeteiligungen bezahlt, werden die Leistungserbringer-Rechnungen nachträglich bezahlt.

Bis zum 31. Dezember 2011 verfügten die Versicherer von Gesetzes wegen einen Leistungsaufschub. In der politischen Argumentation wurde der Leistungsaufschub mit den Argumenten in Frage gestellt, dass er zu ausstehenden Debitoren bei den Leistungserbringern führt und bei den Versicherten zu fehlender Versicherungsdeckung, obwohl die Versicherung obligatorisch ist. Ohne Leistungsaufschub müssen die Versicherer die Leistungserbringer-Rechnungen bezahlen, obwohl sie dafür keine Prämien erhalten. Wer erbringt schon eine Leistung, wenn er dafür nicht bezahlt wird? Politisch war man sich einig, dass die Versicherer mit 85 % der offenen Forderungen, für welche sie einen Verlustschein erwirkt haben, entschädigt werden sollen und im Gegenzug keine Leistungsaufschübe mehr verfügen dürfen. Im Verlauf des politischen Prozesses wurde dann der Leistungsaufschub wieder gesetzlich ermöglicht. Jeder Kanton kann neu wählen, ob er den Leistungsaufschub anwenden möchte, und entscheidet, welcher Versicherte mit einem Leistungsaufschub belegt wird.

Die bundesrechtlichen Grundlagen um den Leistungsaufschub sind oft unklar und somit auslegungsbedürftig. Da die Anwendung des Leistungsaufschubs nun an die Kantone delegiert wird, wird der Vollzug entsprechend unterschiedlich ausgelegt. Die Befragung der Kantone zeigt diese Unterschiede auf und gibt einen ersten Eindruck, worauf beim Vollzug zu achten ist.

Die Akteure (Kantone, Leistungserbringer und Versicherer) müssen den Vollzug erarbeiten, kennen und durchführen. Dies sollte auf nationaler Ebene erfolgen. Anzeichen für ein nationales Projekt sind im Moment noch nicht in Sicht. Kantone, welche sich nicht für den Leistungsaufschub entschieden haben, gehen vorerst verständlicherweise davon aus, dass sie davon nicht betroffen sind. Die interkantonale Anwendung des Leistungsaufschubs muss jedoch geklärt werden, weil dies zu Umgehungsmöglichkeiten führt. Zudem führt die aktuelle interkantonale Situation dazu, dass der Vollzug durch den Versicherer den Anforderungen eines Kantons entspricht und gleichzeitig den Anforderungen eines anderen Kantons widerspricht.

Das Fehlen eines nationalen Projektes darf die Klärung der Fragen nicht verzögern. Die fachlichen Fragen, welche in dieser Masterarbeit enthalten sind, können bereits jetzt zwischen einzelnen Kanton, Leistungserbringern und Versicherern besprochen und Lösungen erarbeitet werden.

Der Leistungsaufschubs sollte durch eine schweizweit zentrale Liste vollzogen werden. Das vermindert u. a. auch den Leistungserbringern den Administrationsaufwand. Der Informationsfluss zwischen Kanton, Leistungserbringer und Versicherer muss optimal abgestimmt sein. Der Leistungsaufschub darf nie rückwirkend sein, da eine bereits erfolgte Behandlungen nicht mehr rückgängig gemacht werden kann und dadurch der Leistungserbringern und nicht wie politisch vorgesehen, der Versicherte die Wirkung des Leistungsaufschubs erfährt.

Werden Leistungserbringer Patienten mit Leistungsaufschub behandeln oder nicht? Kantonsspitäler haben oft einen Leistungsauftrag, im Rahmen ihrer Kapazitäten auch ausserhalb eines Notfalls eine Behandlung durchzuführen. Was hat z. B. bei einem Kantonspital eines Kantons mit Liste der Versicherten mit Leistungsaufschub Priorität? Der Leistungsauftrag oder der Leistungsaufschub? Wie ist dieser Zielkonflikt für solche LERB zu lösen?

Nebst dem Versicherer sollte auch der Leistungserbringer Auslöser für einen Leistungsaufschub an den Kanton liefern können. Nämlich im System des Tiers Garant, wenn der Versicherte die Leistungserbringer-Rechnung nicht zahlt.

Der Leistungsaufschub könnte als Mittel zur Verhinderung von Sozialmissbrauch betrachtet werden. Es gibt aber auch Anzeichen, dass er dazu dienen soll, die Kosten für den Kanton aus Art. 64a Abs. 4 KVG so tief wie möglich zu halten. Beides ist legitim. Der aktuelle Vollzug des Leistungsaufschub ist noch unklar und mit Vollzugslücken versehen, so dass er einerseits Umgehungsmöglichkeiten bietet und andererseits Kollateralschaden bei Versicherten verursacht, weil die Prämienverbilligung, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe usw. zeitlich nicht auf den Bedarf abgestimmt sind.

Der Leistungsaufschub muss unter klaren Bedingungen wirken bzw. nicht wirken. Er darf nicht diffus erscheinen und nur tatsächlich zahlungsunfähige Versicherte tangieren. Er hat diese gewünschte Klarheit und Reife noch nicht erreicht. Diese Masterarbeit dient dazu, mehr Klarheit zu schaffen.

Der Leistungsaufschub ist ein radikales Instrument in der Sozialversicherung, dessen tatsächlicher Nutzen noch zu belegen ist.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	II
Zusammenfassung	III
Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	X
Anhangsverzeichnis.....	XIII
Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung.....	3
1.1 Ausgangslage.....	3
1.2 Zielsetzung	4
1.3 Abgrenzung	4
1.4 Methode	4
1.5 Aufbau der Masterarbeit.....	5
2 Rechtsgrundlage.....	6
2.1 Begriffe	6
2.2 Zeitlicher Ablauf der Einforderungen von Prämien und KOBE in der OKP	15
2.3 Datenflüsse zwischen Kanton und Versicherer	16
2.4 Entwicklung der Rechtsgrundlage.....	19
2.5 Subjekte im Vollzug der LVL	22
3 Befragung.....	23
3.1 Kriterien.....	23
3.1.1 Empirie	23
3.1.2 Zielgruppe.....	23
3.1.3 Qualitative und quantitative Befragung.....	27
3.1.4 Befragungsform.....	28
3.1.5 Fragebogenarten	29
3.1.6 Fragen- und Antwortformate	30
3.1.7 Gütekriterien.....	31
3.1.8 Demografische Daten	33
3.2 Befragungsdokumente	34
3.2.1 Begleitbrief	34
3.2.2 Fragebogen	35
3.2.2.1 Deckblatt.....	35
3.2.2.2 Inhalt des Fragebogens	36

3.2.2.3	Fragebogentest	39
3.3	Auswertung	39
4	Vollzug	40
4.1	Teil A: Auslöser für das Setzen eines LAUF	40
4.1.1	Relevanz	40
4.1.2	Antworten zu Fragen	41
4.1.2.1	Frage 1	41
4.1.2.2	Frage 2	42
4.1.3	Kommentar und Handlungsempfehlung	43
4.2	Teil B: Auslöser für das Aufheben eines LAUF	44
4.2.1	Relevanz	44
4.2.2	Antworten zu Fragen	45
4.2.2.1	Frage 3	45
4.2.2.2	Frage 4	47
4.2.3	Kommentar und Handlungsempfehlung	47
4.3	Teil C: Wirkung des LAUF	50
4.3.1	Relevanz	50
4.3.2	Antworten zu Fragen	55
4.3.2.1	Frage 5	55
4.3.2.2	Frage 6	56
4.3.2.3	Frage 7	57
4.3.2.4	Frage 8	57
4.3.2.5	Frage 9	58
4.3.3	Kommentar und Handlungsempfehlung	58
4.4	Teil D: Vom LAUF betroffener Personenkreis	61
4.4.1	Relevanz	61
4.4.2	Antworten zu Fragen	61
4.4.2.1	Frage 10	61
4.4.2.2	Frage 11	62
4.4.3	Kommentar und Handlungsempfehlung	63

4.5	Teil E: Information des Versicherten über den LAUF	64
4.5.1	Relevanz	64
4.5.2	Antworten zu Fragen	65
4.5.2.1	Frage 12	65
4.5.2.2	Frage 13	65
4.5.2.3	Frage 14	66
4.5.2.4	Frage 15	67
4.5.2.5	Frage 16	68
4.5.2.6	Frage 17	69
4.5.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	69
4.6	Teil F: LERB (Spital, Arzt usw.) und LAUF	71
4.6.1	Relevanz	71
4.6.2	Antworten zu Fragen	72
4.6.2.1	Frage 18	72
4.6.2.2	Frage 19	73
4.6.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	73
4.7	Teil G: LAUF beim Kantonswechsel des Versicherten	75
4.7.1	Relevanz	75
4.7.2	Antworten zu Fragen	75
4.7.2.1	Frage 20	75
4.7.2.2	Frage 21	76
4.7.2.3	Frage 22	77
4.7.2.4	Frage 23	79
4.7.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	80
4.8	Teil H: Interkantonale Anwendung des LAUF	81
4.8.1	Relevanz	81
4.8.2	Antworten zu Frage 24	81
4.8.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	84
4.9	Teil I: LAUF beim Wechsel des Versicherers.....	86
4.9.1	Relevanz	86
4.9.2	Antworten zu Fragen	86

4.9.2.1	Frage 25	86
4.9.2.2	Frage 26	87
4.9.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	88
4.10	Teil J: Schuldner mit mehreren Betreibungen.....	88
4.10.1	Relevanz	88
4.10.2	Antworten zu Fragen	91
4.10.2.1	Frage 27	91
4.10.2.2	Frage 28	92
4.10.2.3	Frage 29	92
4.10.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	93
4.11	Teil K: Schlussfrage	95
4.11.1	Relevanz	95
4.11.2	Antwort zu Frage 30.....	95
4.11.3	Kommentar und Handlungsempfehlung.....	97
5	Fazit.....	99
5.1	Rechtsgrundlagen	99
5.2	Sinn, Zweck und Wirkung des LAUF	102
5.3	Handlungsempfehlung.....	104
5.4	Themen für Projekt- oder Masterarbeiten	107
	Literaturverzeichnis	CVIII
	Materialienverzeichnis.....	CIX
	Rechtsquellenverzeichnis	CX
	Anhang	CXI
	Selbständigkeitserklärung.....	CLXXXV
	Über den Autor	CLXXXVI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leistungsabwicklung im System des Tiers garant (TG)	8
Abbildung 2: Leistungsabwicklung im System des Tiers payant (TP)	9
Abbildung 3: Zeitlicher Ablauf der Einforderung der Januarprämie in der OKP	15
Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf der Einforderung von KOBE in der OKP	16
Abbildung 5: Datenflüsse zwischen Kanton und Versicherer (Skizze)	17
Abbildung 6: Subjekte im Vollzug der LVL	22
Abbildung 7: Situation 1: Muss der LAUF wirken?	53
Abbildung 8: Situation 2: Muss der LAUF wirken?	54
Abbildung 9: Situation 3: Muss der LAUF wirken?	54
Abbildung 10: Situation 4: Muss der LAUF wirken?	60
Abbildung 11: LAUF-Gültigkeit bei Bezahlung von einer aus mehreren Betreibungen	94
Abbildung 12: Idealtypische Einbindung der LVL	106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderung der Rechtsgrundlage	3
Tabelle 2: Übersicht der Stände der Rechtsgrundlage des Bundes	21
Tabelle 3: Zielgruppe.....	24
Tabelle 4: Vor- und Nachteile von Befragungsformen	28
Tabelle 5: Frage- und Antwortformate	30
Tabelle 6: Vorlagen der Befragungsdokumente	34
Tabelle 7: Inhalt des Begleitbriefes	34
Tabelle 8: Inhalt des Deckblattes.....	35
Tabelle 9: Themengebiete im Fragebogen	36
Tabelle 10: Weggelassene Fragen	37
Tabelle 11: Weggelassene Frage aus der Praxis.....	37
Tabelle 12: Nummerierung der Fragen nach Zielgruppe	38
Tabelle 13: Versuch der teleologischen Auslegung von Art. 64a Abs. 7 KVG	40
Tabelle 14: Antworten zu Frage 1	42
Tabelle 15: Antworten zu Frage 2	42
Tabelle 16: Handlungsempfehlung "Auslöser für das Setzen eines LAUF"	43
Tabelle 17: Mögliche Auslöser beim Kanton, den LAUF aufzuheben	44
Tabelle 18: Interpretationsmöglichkeiten der Forderungen nach Art. 64a Abs. 7 KVG.....	45
Tabelle 19: Antworten zu Frage 3	46
Tabelle 20: Antworten zu Frage 4	47
Tabelle 21: Wann muss ein LAUF aufgehoben werden?.....	49
Tabelle 22: Handlungsempfehlung "Auslöser für das Aufheben eines LAUF"	50
Tabelle 23: Parameter von Prämienrechnungen und KOBE-Rechnungen.....	51
Tabelle 24: Mögliche Ausprägungen der Dauer des LAUF.....	51

Tabelle 25: Parameter von einer LERB-Rechnung	52
Tabelle 26: Antworten zu Frage 5	55
Tabelle 27: Antworten zu Frage 6	56
Tabelle 28: Antworten zu Frage 7	57
Tabelle 29: Antworten zu Frage 8	57
Tabelle 30: Antworten zu Frage 9	58
Tabelle 31: Wirkung des LAUF auf die LERB-Rechnung	60
Tabelle 32: Handlungsempfehlung "Wirkung des LAUF"	61
Tabelle 33: Antworten zu Frage 10	62
Tabelle 34: Antworten zu Frage 11	63
Tabelle 35: Handlungsempfehlung "Vom LAUF betroffener Personenkreis"	64
Tabelle 36: Antworten zu Frage 12	65
Tabelle 37: Antworten zu Frage 13	66
Tabelle 38: Antworten zu Frage 14	66
Tabelle 39: Antworten zu Frage 15	67
Tabelle 40: Antworten zu Frage 16	68
Tabelle 41: Antworten zu Frage 17	69
Tabelle 42: Handlungsempfehlung "Information des Versicherten über den LAUF"	70
Tabelle 43: Gründe für das Ausbleiben der Begleichung der LERB-Rechnung.....	72
Tabelle 44: Antworten zu Frage 18	72
Tabelle 45: Antworten zu Frage 19	73
Tabelle 46: Idealtypische Verarbeitung einer LERB-Rechnung bei LAUF.....	74
Tabelle 47: Handlungsempfehlung "LERB und LAUF"	75
Tabelle 48: Antworten zu Frage 20	76
Tabelle 49: Antworten zu Frage 21	77

Tabelle 50: Antworten zu Frage 22 (Betreibung melden).....	78
Tabelle 51: Antworten zu Frage 22 (LAUF melden)	78
Tabelle 52: Antworten zu Frage 23	79
Tabelle 53: Handlungsempfehlung "LAUF beim Kantonswechsel des Versicherten"	81
Tabelle 54: Liste der Teilfragen zu Frage 24	82
Tabelle 55: Antworten zu Frage 24	83
Tabelle 56: Interkantonale Anwendung des LAUF.....	85
Tabelle 57: Handlungsempfehlung "Interkantonale Anwendung des LAUF"	86
Tabelle 58: Antworten zu Frage 25	87
Tabelle 59: Antworten zu Frage 26	87
Tabelle 60: Handlungsempfehlung "LAUF beim Wechsel des Versicherers".....	88
Tabelle 61: Aufgaben pro Variante (Skizze).....	89
Tabelle 62: Antworten zu Frage 27	91
Tabelle 63: Antworten zu Frage 28	92
Tabelle 64: Antworten zu Frage 29	93
Tabelle 65: Handlungsempfehlung "Schuldner mit mehreren Betreibungen"	95
Tabelle 66: Antworten zu Frage 30	95
Tabelle 67: Handlungsempfehlung "Schlussfrage"	98
Tabelle 68: Grundsätze staatlichen Handelns und rechtsstaatliche Anforderungen.....	102

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Interviewliste	CXI
Anhang 2: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone mit LVL (deutsch)	CXII
Anhang 3: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone mit LVL (italienisch)	CXXXVI
Anhang 4: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone ohne LVL (deutsch)	CLXII
Anhang 5: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone ohne LVL (französisch)	CLXX
Anhang 6: Information an Versicherten (LAUF setzen im Kanton Luzern)	CLXXVIII
Anhang 7: Information an Versicherten (LAUF setzen im Kanton Solothurn)	CLXXIX
Anhang 8: Information an Versicherten (LAUF setzen im Kanton Zug)	CLXXXII
Anhang 9: Information an Versicherten (LAUF aufheben im Kanton Luzern)	CLXXXIII
Anhang 10: Information an Versicherten (LAUF aufheben im Kanton Solothurn)	CLXXXIV

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AK	Ausgleichskasse
aKVG	alte Version des Krankenversicherungsgesetzes
aKVV	alte Version der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBl	Bundesblatt
BGE	Bundesgerichtsentscheid
Bst.	Buchstabe
E.	Erwägung
EL	Ergänzungsleistung zur AHV/IV
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
geb.	geboren
H+	Die Spitäler der Schweiz
HWV	Höhere Wirtschafts- und Verwaltungsschule
inkl.	inklusive
IV	Invalidenversicherung
KOBE	Kostenbeteiligung für Leistungen aus der OKP gemäss Art. 64 KVG (Fester Jahresbetrag (Franchise) und Selbstbehalt)
KOGU	Kostengutsprache: Der Versicherer teilt dem LERB bei einer Anfrage mit, dass der Versicherte für eine bestimmte Leistung eine Versicherungsdeckung bei ihm hat.
LABR	Leistungsabrechnung durch den Versicherer an den Versicherten aufgrund einer LERB-Rechnung

LAUF	Leistungsaufschub nach Art. 64a Abs. 7 KVG
LERB	Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.)
LVB	Liste der Versicherten in Betreuung: Liste nach Art. 64a Abs. 2 KVG der versicherten Personen, die ihre Prämie trotz Betreuung nicht bezahlen und durch den Versicherer dem Kanton gemeldet werden.
LVL	Liste der Versicherten mit LAUF: Liste nach Art. 64a Abs. 7 KVG der versicherten Personen, die ihre Prämie trotz Betreuung nicht bezahlen und für die der Kanton entscheidet, auf der LVL zu erfassen und den Versicherer zu beauftragen einen LAUF zu setzen.
Mio.	Million(en)
MPA	Master of Public Administration
Nr.	Nummer
o. ä.	oder ähnlich
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG
PV	Prämienverbilligung nach Art. 65 KVG
Rz.	Randziffer
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
STAPUK	STAPUK Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen, Luzern (Durchführungsstelle für den LAUF im Kanton Luzern)
SVA	Sozialversicherungsanstalt (Durchführungsstelle für den LAUF im Kanton Graubünden und St. Gallen)
TG	Tiers Garant: Der LERB schickt seine LERB-Rechnung an den Versicherten. Der Versicherte bezahlt diese LERB-Rechnung an den LERB und fordert den Anteil des Versicherers bei seinem Versicherer ein. Die Differenz zwischen bezahltem Rechnungsbetrag an den LERB und Anteil des Versicherers ist die KOBE (Art. 42 Abs. 1 KVG).
TP	Tiers Payant: Der LERB schickt seine LERB-Rechnung an den Versicherer. Der Versicherer bezahlt die LERB-Rechnung an den LERB und fordert die KOBE beim seinem Versicherten ein (Art. 42 Abs. 2 KVG).
u. a.	und andere
u. ä.	und ähnlich
u. E.	unser Erachtens
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Bis 31. Dezember 2011 mussten die Versicherer nach Art. 64a Abs. 2 aKVG (nicht mehr in Kraft) dem Versicherten mit Forderungen im Status des Fortsetzungsbegehren (Art. 88 SchKG) von Gesetzes wegen einen LAUF verfügen. Ein LAUF bedeutet, dass solange keine Bezahlung von LERB-Rechnungen an den LERB im TP bzw. Vergütung von Versicherungsleistungen an den Versicherten im TG erfolgt, bis alle Forderungen im Status des Fortsetzungsbegehrens bezahlt sind.

Nach Art. 105c Abs. 6 aKVV (nicht mehr in Kraft) war es den Kantonen möglich, den Versicherern die Bezahlung der Verlustscheine zu garantieren. Dies entband die Versicherer von der rechtlichen Pflicht, einen LAUF zu setzen.

In den Kantonen, die keine Garantie nach Art. 105c Abs. 6 aKVV (nicht mehr in Kraft) abgaben, musste durch die Versicherer weiterhin ein LAUF verfügt werden.

Ab 1. Januar 2012 dürfen nach Art. 64a Abs. 7 KVG die Versicherer keinen LAUF mehr verfügen. Die Kantone können jedoch versicherte Personen, die der Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen (LVL) und einen LAUF für die versicherte Person an den Versicherer melden. Die LVL ist den LERB, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich.

Die Versicherer schieben für diese Versicherten die Zahlung der LERB-Rechnungen bzw. die Vergütung von Versicherungsleistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den LAUF und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

Tabelle 1: Veränderung der Rechtsgrundlage

Kriterium	bisher	neu
Welche Rechtsgrundlage ist massgebend?	Art. 64a Abs. 2 aKVG (nicht mehr in Kraft) Art. 105c Abs. 6 aKVV (nicht mehr in Kraft)	Art. 64a Abs. 7 KVG Art. 105e Abs. 1 KVV
In welchen Kantonen wird der LAUF vollzogen bzw. wird sein Vollzug in Betracht gezogen?	alle	Aargau, Basel-Landschaft, Graubünden, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau, Tessin, Zug
Wer löst den LAUF aus?	Versicherer	Kanton
Zeitpunkt für die Initialisierung des LAUF	Fortsetzungsbegehren (Art. 88 Abs. 2 SchKG)	Betreibungsbegehren (Art. 38 Abs. 2 SchKG)

Quelle: Eigene Darstellung.

Art. 64a Abs. 7 KVG sagt aus, dass die Kantone den LAUF realisieren können. Es besteht einerseits keine Pflicht dazu und andererseits bestehen keine weiteren Details zum Vollzug. Kantonal individuelle Lösungen sind dadurch vorprogrammiert.

1.2 Zielsetzung

Der Vollzug des LAUF bringt viele Fragen mit sich, die kantonsindividuell geklärt werden müssen. Der Versicherer muss aufgrund der Antworten den LAUF umsetzen und bei Vollzugsproblemen mit den Kantonen Lösungen finden.

In dieser Masterarbeit werden Fragen zum Vollzug des LAUF erarbeitet und den Kantonen zur Beantwortung vorgelegt. Ziel ist es, Antworten zu diesen Fragen zu finden und allfällig neue Themengebiete bzw. Themenkomplexe zu erkennen, die in einer weiteren Befragung - ausserhalb dieser Masterarbeit - erneut und allenfalls vertieft geklärt werden müssen.

1.3 Abgrenzung

Primär werden Grundlagen für den Vollzug beim Versicherer ausgearbeitet. Sekundär werden Fragen geklärt, welche unter Einbezug von LERB, unterschiedlicher Kantone und allenfalls Gemeinden massgebend sind. Der LAUF im Zusammenhang mit Versicherungspflichtigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, Island und Norwegen nach Art. 4a KVG wird nicht behandelt. Aus den Handlungsempfehlungen wird kein Masterplan unter Berücksichtigung der zeitlichen Komponente erstellt.

1.4 Methode

Mit einer schriftlichen Befragung werden bei allen Kantonen die Informationen erhoben. Es werden also auch jene Kantone befragt, welche die Einführung der LVL nicht vorsehen, da es zu kantonsübergreifenden Konstellationen kommen kann, wo auch Kantone ohne LVL ihre Position zum LAUF einnehmen müssen. Entsprechend gibt es zwei unterschiedliche Befragungen. Die Befragung erfolgt in einer der im jeweiligen Kanton gesprochenen Landessprache.

Würde ein Begleitbrief der GDK und santésuisse die Rücklaufquote der Befragung und Qualität der Antworten erhöhen? Die GDK hat zum Thema LAUF kein Mandat der Kantone und somit keine Möglichkeit, die Umfrage mit einem Begleitbrief zu unterstützen. santésuisse hat ein Begleitbrief in Aussicht gestellt, worauf aber schliesslich der Autor verzichtet hat. Unterstützt die GDK die Befragung nicht, santésuisse aber schon, hätte dies zu einem unausgewogenen Erscheinungsbild geführt.

Aus der Befragung geht hervor, dass es auch im Interesse der Befragten ist, die Unklarheiten zu klären. Offene Fragen müssen sowieso beantwortet werden: Wenn nicht mit dieser Befragung, dann anhand einer erneuten Befragung durch Kantone oder Versicherer.

1.5 Aufbau der Masterarbeit

Das Kapitel "Rechtsgrundlage" vermittelt ein Verständnis für die Thematik und die Zusammenhänge aus rechtlicher und praktischer Sicht in der Krankenversicherung. Dabei wird nur Bundesrecht beleuchtet.

Im Kapitel "Befragung" werden die Überlegungen beim Aufbau des Fragebogens dargelegt. Dabei wird angestrebt, einen möglichst einfach verständlichen Fragebogen aufzubauen. Es ist aber unvermeidbar, die Befragten mit Themen zu konfrontieren, die bislang nur den Versicherern bekannt waren. Ziel ist es einerseits, Antworten zu diesen Fragen zu finden und andererseits neue Themengebiete zu erkennen, die in einer allfälligen weiteren Befragung - ausserhalb dieser Masterarbeit - geklärt werden müssen.

Das Kapitel "Vollzug" zeigt aufgrund der Befragungsergebnisse primär für den Versicherer auf, worauf beim Vollzug des LAUF geachtet werden muss. Daraus sind Fachanforderungen an die EDV-Systeme und Bearbeitungsvorgaben für die Fachspezialisten ableitbar. Sekundär wird aber auch aufgezeigt, worauf LERB, Kantone und allenfalls Gemeinden achten müssen.

Das Kapitel "Fazit" fasst die Erkenntnisse aus der Masterarbeit, ergänzt mit persönlichen Anmerkungen des Autors, zusammen.

2 Rechtsgrundlage

2.1 Begriffe

Hier sind diverse Begriffe aus dem KVG, dem SchKG und der Versicherungstechnik, welche sich aus den Rechtsgrundlagen und der Praxis ergeben, beschrieben. Die Reihenfolge der Begriffe ist alphabetisch.

- **Bearbeitungsgebühren**

Nach Art. 105b Abs. 2 KVV kann der Versicherer dem Schuldner angemessene Bearbeitungsgebühren belasten. Bearbeitungsgebühren setzen sich normalerweise aus Mahnspesen und Verwaltungskosten zusammen. Die Verwaltungskosten werden je nach Versicherer auch als Umtriebskosten, Verzugsschaden o. ä. bezeichnet. Die Belastung von Bearbeitungsgebühren muss der Versicherer in den allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten beschrieben haben und kann gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG nicht den Kantonen belastet werden (Bundesrat, 2007, S. 10). In einem späteren Stadium des Inkassos kommen Betreuungskosten nach Art. 68 Abs. 1 SchKG hinzu.

- **Betreibungsbegehren**

Gemäss Art. 64a Abs. 2 KVG muss der Versicherer nach erfolgloser Zahlungsaufforderung die Betreuung gemäss Art. 38 Abs. 2 SchKG anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt. Die meisten Versicherten geben pro Schuldner zusätzlich die tatsächlichen Versicherten an.

- **Betreibungskosten**

Die zur Betreuung beauftragten Ämter haben nach GebV SchKG Kosten zu erheben. Gemäss Art. 68 Abs. 1 SchKG trägt der Schuldner die Betreuungskosten, welche jedoch vom Gläubiger vorzuschüssen sind. Wenn der Vorschuss nicht geleistet wird, kann das Betreibungsamt unter Mitteilung an den Gläubiger die Betreuung unterlassen.

- **Fortsetzungsbegehren**

Wird das Betreibungsverfahren nicht unterbrochen bzw. ein Rechtsvorschlag rechtskräftig beseitigt, kann der Gläubiger im Sinne von Art. 88 Abs. 2 SchKG das Fortsetzungsbegehren stellen.

- **Inkassorhythmus**

Die Prämie für den Januar wird durch die Versicherer im Dezember mit Fälligkeit 1. Januar des Folgejahres in Rechnung gestellt. Je nach Versicherer können die Versicherten einen tieferen Inkassorhythmus wählen. Beispiel: Ein 12-Monatszahler erhält einmal, ein Drei-Monats-Zahler vier Mal und ein Sechs-Monatszahler zwei Mal pro Jahr eine Rechnung. Zusätzliche Korrekturrechnungen sind jedoch z. B. wegen Umzug innerhalb der Schweiz, Wegzug ins Ausland usw. möglich.

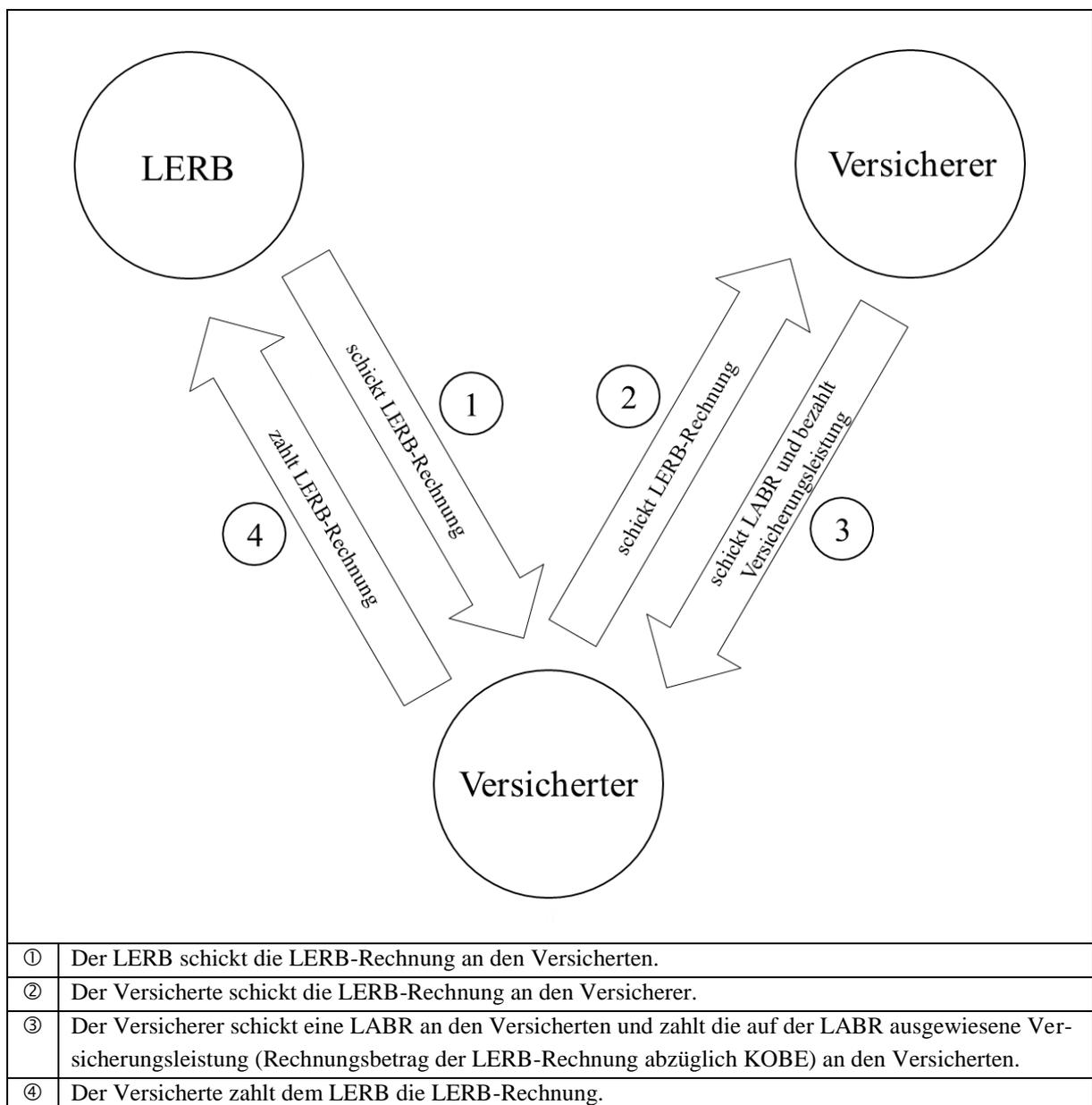
- **Kanton**

Im KVG wird der Ausdruck "Kanton" immer wieder gebraucht. Aus der Logik des Versicherers wird grundsätzlich zwischen den "rein politischen Ämtern" und den "kantonalen Einrichtungen für den Vollzug" unterschieden. Die "kantonalen Einrichtungen für den Vollzug" werden auch als "Durchführungsstellen" oder "zuständige Stellen" bezeichnet. Das kann eine SVA, eine AK, ein städtisches Amt, ein kantonales Amt usw. sein. In dieser Masterarbeit wird generell der Ausdruck "Kanton" verwendet.

- **Leistungsabwicklung im System des Tiers garant (TG)**

Unter "Tiers" ist der Versicherer als dritte Partei im Verhältnis zwischen LERB und Versicherer gemeint. Der Versicherte bezahlt dem LERB die LERB-Rechnung. Der Versicherer garantiert (garant) in diesem System der Leistungsabwicklung, dem Versicherten die Zahlung der Versicherungsleistung (Rechnungsbetrag der LERB-Rechnung abzüglich KOBE). Die Leistungsabwicklung ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt. (Die Überwachung der Zahlung der LERB-Rechnung durch den Versicherten liegt beim LERB. Der Versicherte könnte die Versicherungsleistung zweckentfremden.)

Abbildung 1: Leistungsabwicklung im System des Tiers garant (TG)

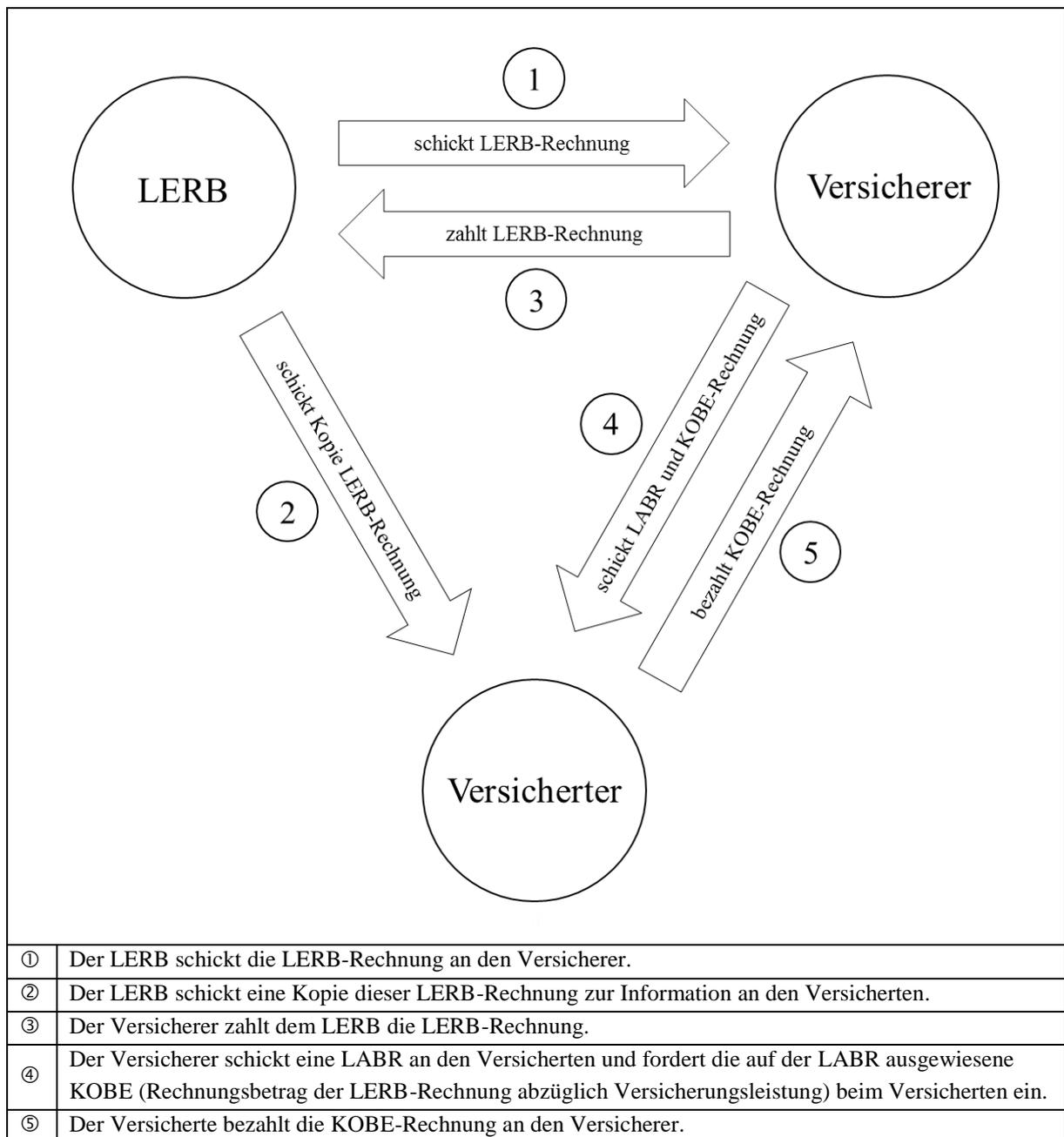


Quelle: Eigene Darstellung.

- **Leistungsabwicklung im System des Tiers payant (TP)**

Unter "Tiers" ist der Versicherer als dritte Partei im Verhältnis zwischen LERB und Versicherer gemeint. Der Versicherer zahlt (payant) in diesem System der Leistungsabwicklung dem LERB die LERB-Rechnung. Der Versicherer fordert die KOBE beim Versicherten ein. Die Leistungsabwicklung ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt. (Die Überwachung der Zahlung der LERB-Rechnung durch den Versicherer liegt beim LERB. Die Überwachung der Zahlung der KOBE liegt beim Versicherer.)

Abbildung 2: Leistungsabwicklung im System des Tiers payant (TP)



Quelle: Eigene Darstellung.

- **Leistungsaufschub**

Die Kantone können gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf der LVL erfassen, welche nur den LERB, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Bezahlung der LERB-Rechnungen bzw. die Vergütung der Versicherungsleistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf, vollziehen also den LAUF und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den LAUF und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Die aufgelaufenen LERB-Rechnungen für Leistungen während des LAUF sind nach der Aufhebung des LAUF durch den Versicherer abzurechnen. Beim Melden des Betreibungsbegehrens an den Kanton gemäss Art. 64a Abs. 2 KVG darf nur der Schuldner geliefert werden. Der LAUF hingegen muss pro versicherte Person dem entsprechenden Versicherer gemeldet werden. Da wie oben beschrieben, der Schuldner und die versicherte Person nicht immer identisch sind, werden an den Kanton nebst dem Schuldner ebenfalls die betroffenen Versicherten gemeldet. Erst diese Modellierung der Rechtsgrundlage ermöglicht es dem Kanton, den LAUF versichertengenau zu liefern.

Die Aufhebung des LAUF bedeutet, dass die aufgelaufenen Leistungen, nachträglich bezahlt werden.

Beim VVG werden rückwirkende Leistungen nach Bezahlen der Prämie nicht bezahlt, so dass dieses Werkzeug im VVG in der Fachsprache als Leistungssperre bezeichnet wird, auch wenn es im VVG (Art. 20 Abs. 3 VVG) als "Ruhe der Leistungspflicht" genannt wird. Gelegentlich wird von einem "Leistungsstopp", "Leistungsunterbruch", "Leistungsstisierung" u. ä. gesprochen. Diese Begriffe werden jedoch weder durch Rechtsgrundlagen noch in der Fachsprache verwendet.

- **Liste der säumigen Prämienzahler**

Im Volksmund angewandter Ausdruck für LVL (vgl. Begriff "Liste der Versicherten in Betreuung und Liste der Versicherten mit LAUF").

- **Liste der Versicherten in Betreuung und Liste der Versicherten mit LAUF**

Die Kantone können gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG versicherte Personen - deren Prämienzahler (vgl. Begriff "Schuldner") - ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den LERB, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen auf. Faktisch handelt es sich um eine Liste der Versicherten - deren Zahler der Prämie - in Betreuung sind (LVB). Da jedoch nicht alle in Betreuung befindlichen Versicherten durch den Kanton auch tatsächlich mit einem LAUF belegt werden, ist die LVB nicht identisch mit der Liste der Versicherten mit LAUF (LVL). Die Begriffe LVB und

LVL sind Kreationen für diese Masterarbeit, Ableitungen aus Art. 64a Abs. 7 KVG und in der Praxis (bislang) nicht üblich.

- **Mahnung**

Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder KOBE nicht, dann muss der Versicherer die versicherte Person gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG schriftlich mahnen.

- **Meldung der Betreibungen an den Kanton**

Nach Art. 64a Abs. 2 KVG kann der Kanton verlangen, dass der Versicherer dem Kanton die Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.

- **Meldung der Schlussabrechnung an den Kanton**

Nach Art. 105f Abs. 2 KVV übermittelt der Versicherer dem Kanton bis zum 31. März die Schlussabrechnung der im Vorjahr ausgestellten Verlustscheine.

- **Meldung der Verlustscheine an den Kanton**

Nach Art. 105f Abs. 1 KVV informiert der Versicherer den Kanton am Ende jedes Quartals über die Entwicklung der seit Jahresbeginn ausgestellten Verlustscheine.

- **Prämienfälligkeit**

Die Prämien sind gemäss Art. 90 KVV im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen (Gächter & Vollenweider, 2008, Rz. 682).

- **Säumigkeit**

Als säumig gelten gemäss Art. 105l Abs. 1 KVV versicherte Personen, deren Zahler der Prämie bzw. KOBE erfolglos gemäss Art. 105b Abs. 1 KVV gemahnt wurden. Art. 105b Abs. 1 KVV wiederum spricht nicht von einer nötigen Mahnung, sondern von der Zahlungsaufforderung (vgl. Begriff "Zahlungsaufforderung"). Folglich ist säumig, wer eine Zahlungsaufforderung erhalten hat und die entsprechende Forderung noch nicht bezahlt hat. Eine Zahlungsaufforderung kann gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG erst nach einer schriftlichen Mahnung erfolgen. Eine schriftliche Mahnung wiederum macht erst Sinn, nachdem die Prämienfälligkeit erfolgt ist. So kann es ab Fälligkeit gemäss Art. 105b Abs. 1 KVV bis zu drei Monate dauernd, bis die Säumigkeit eintritt.

- **Schuldner**

Die OKP kennt das im VVG bekannte System nicht, wonach Versicherungsnehmer und Versicherter nicht identisch sein können (Eugster, 2007, S. 745). Das KVG geht davon aus, dass jeder versicherten Person einzeln die Prämien in Rechnung gestellt werden. Es wird also erwartet, dass einer fünf-köpfigen Familie fünf Rechnungen gestellt werden. Das wäre in der Praxis zwar möglich, würde aber sicher Unverständnis auslösen. Die Zahlungspflicht kann im Einverständnis mit dem Versicherer von Drittpersonen übernommen werden (Eugster, 2007, S. 744). Eine solche Drittperson kann eine natürliche Person (z. B. das Familienoberhaupt), eine juristische Person (z. B. der Arbeitgeber) usw. sein. Je Drittperson kann eine beliebige Anzahl Versicherte zugeteilt werden. Eine Verwandtschaft ist nicht notwendig. Die Versicherer schicken pro "Familie" eine Rechnung. Das Familienkonstrukt wird beim Eintritt vereinbart und wird je nach Bedarf an die aktuelle Situation angepasst, dies z. B. beim Erreichen des 18. Altersjahrs eines Kindes. Unter der Tatsache, dass sich nicht alle Familienmitglieder beim gleichen Versicherer versichern müssen, ergibt sich die logische Folge, dass nicht jeder Schuldner des Versicherers auch tatsächlich beim rechnungsstellenden Versicherer versichert ist. Im Falle der Familie schliessen die Eltern die Versicherung für ihre Kinder als deren gesetzliche Vertreter nach Art. 304 ZGB ab und begründen dadurch eine Prämienzahlungsschuld der Kinder. Die Kinder haften mit eigenem Vermögen, aber die Eltern haften solidarisch für die Prämien unmündiger Kinder, weil die Prämien zu den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 ZGB gehört. (Eugster, 2007, S. 745)

- **Schwarze Liste**

Im Volksmund angewandter Ausdruck für LVL (vgl. Begriff "Liste der Versicherten in Betreuung und Liste der Versicherten mit LAUF").

- **Verlustschein**

Nach Art. 149 Abs. 1 SchKG erhält jeder Gläubiger für den ungedeckten Betrag seiner Forderung einen Verlustschein. Der Schuldner erhält ein Doppel des Verlustscheins.

- **Verlustscheinbewirtschaftung**

Der Versicherer bewahrt gemäss Art. 64a Abs. 5 KVG die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die Schuld vollständig oder teilweise beglichen wird, erstattet der Versicherer 50 Prozent des erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.

- **Verlustscheinentschädigung**

Der Kanton übernimmt 85 % der Forderungen aus den Verlustscheinen. Dazu gehört gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG der Anteil des Verlustschein, der Prämien, KOBE, Betreuungskosten und Zinsen umfasst. Bearbeitungsgebühren und Mahnspesen sind davon also ausgeschlossen. Solange die Prämienverbilligung nach Art. 65 Abs. 1 KVG durch den Kanton noch an den Versicherten, anstatt an den Versicherer ausgerichtet werden, übernimmt gemäss Art. 3 KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. März 2010 der Kanton anstatt 85 % der Forderungen nach Art. 64a Abs. 4 KVG 87 %.

- **Versicherungspflicht**

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach Zuzug oder nach der Geburt gemäss Art. 3 Abs. 1 KVG in der Schweiz für die Krankenpflege versichern lassen (Kieser, 2009, S. 34). Diese Versicherung für die Krankenpflege wird in der Branche als obligatorische Krankenpflegeversicherung - abgekürzt OKP - bezeichnet.

- **Versichererwechsel**

Der Wechsel des Versicherers ist im Art. 7 KVG beschrieben. Säumige versicherte Personen können jedoch gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG den Versicherer nicht wechseln (vgl. Begriff "Säumigkeit"). Massgebend sind gemäss Art. 1051 Abs. 2 KVV jene offenen Forderungen, die bis ein Monat vor Ende der Kündigungsfrist mit einer Zahlungsaufforderung belegt sind. Sind diese bezahlt, besteht keine Säumigkeit bezogen auf den Versichererwechsel. Für eine Kündigung auf Ende Jahr genügt es also unter Berücksichtigung der rechtlich längsten Frist, nur die Prämien bis Juli bezahlt zu haben, um nicht säumig zu sein und somit die Voraussetzung für einen Versichererwechsel zu erfüllen.

Art. 1051, Abs. 2 und 3 KVV sagen, dass wenn eine säumige versicherte Person ihr Versicherungsverhältnis kündigt, der Versicherer sie informieren muss, dass die Kündigung keine Wirkung entfaltet, wenn die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist gemahnten Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse sowie die bis zu diesem Zeitpunkt aufgelaufenen Betreuungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind. Sind die ausstehenden Beträge beim Versicherer nicht rechtzeitig eingetroffen, so muss dieser die betroffene Person informieren, dass sie weiterhin bei ihm versichert ist und frühestens auf den nächstmöglichen Termin nach Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG den Versicherer wechseln kann. Der Versicherer muss zudem den neuen Versicherer innerhalb von 60 Tagen darüber informieren, dass die versicherte Person weiterhin bei ihm versichert ist.

- **Verzugszins**

Gemäss Art. 105a KVV beträgt der Verzugszins 5 % im Jahr. Diese Bestimmung verweist zusätzlich auf Art. 26 Abs. 1 ATSG, der bestimmt, dass auf fällige Beitragsforderungen Verzugszinse zu leisten sind. (Eugster, 2010, S. 426) Verzugszinsen dürfen nur auf Prämien erhoben werden (vgl. EVG K 40/05, E. 4).

- **Zahlungsaufforderung**

Nach mindestens einer schriftlichen Mahnung stellt der Versicherer gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG der versicherten Person eine Zahlungsaufforderung zu. In dieser Zahlungsaufforderung wird eine Nachfrist von 30 Tagen für das Bezahlen der Rechnung eingeräumt und informiert, dass beim Ausbleiben der Bezahlung die Betreuung angehoben wird. Die Zahlungsaufforderung muss laut Art. 105b Abs. 1 KVV spätestens drei Monate ab der Fälligkeit der Prämien bzw. KOBE zugestellt werden.

2.2 Zeitlicher Ablauf der Einforderungen von Prämien und KOBE in der OKP

Aus den Rechtsgrundlagen ergibt sich ein zeitlicher Ablauf der Einforderungen von Prämien durch den Versicherer, der in der folgenden Abbildung bis zum Schritt des Betreibungsbegehrens schematisch dargestellt ist.

Abbildung 3: Zeitlicher Ablauf der Einforderung der Januarprämie in der OKP

Jahr	2013	2014				????		Schritt	Rechtsgrundlage
Monat	12	01	02	03	04	??	??		
Tag								Deckungszeitraum	
	10.							Rechnungsdatum	
		01.						Fälligkeitsdatum	Art. 90 KVV
		21.						Erste Mahnung	Art. 64a Abs. 1 KVG
			18.					Zweite Mahnung (freiwillig)	Art. 64a Abs. 1 KVG
				27.				Zahlungsaufforderung	Art. 64a Abs. 1 KVG Art. 105b Abs. 1 KVV
				27.				Säumigkeit	Art. 105l Abs. 1 KVV
					27.			Betreibungsbegehren	Art. 64a Abs. 2 KVG Art. 38 Abs. 2 SchKG
								...	
							v	Fortsetzungsbegehren	Art. 88 Abs. 2 SchKG
								...	
????	undefiniertes Jahr								
??	undefinierter Monat								
v	variabel								

Quelle: Eigene Darstellung.

Aus den Rechtsgrundlagen ergibt sich ein zeitlicher Ablauf der Einforderungen von KOBE durch den Versicherer, der in der folgenden Abbildung bis zum Schritt des Betreibungsbegehrens schematisch dargestellt ist.

Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf der Einforderung von KOBE in der OKP

Jahr	2013	2014					???	Schritt	Rechtsgrundlage	
Monat	12	01	02	03	04	05	??			
Tag	2. 10.							Behandlungszeitraum (zwei Behandlungen)		
	15.							Rechnungsdatum der LERB-Rechnung		
	20.							Rechnungsdatum		
		19.						Fälligkeitsdatum		
			15.					Erste Mahnung	Art. 64a Abs. 1 KVG	
				15.				Zweite Mahnung (freiwillig)	Art. 64a Abs. 1 KVG	
					19.			Zahlungsaufforderung	Art. 64a Abs. 1 KVG Art. 105b Abs. 1 KVV	
					19.			Säumigkeit	Art. 105l Abs. 1 KVV	
							20.	Betreibungsbegehren	Art. 38 Abs. 2 SchKG	
								...		
								v	Fortsetzungsbegehren	Art. 88 Abs. 2 SchKG
									...	
???	undefiniertes Jahr									
??	undefinierter Monat									
v	variabel									

Quelle: Eigene Darstellung; Philippe Senn (Interview, 2. September 2013).

Auf eine Darstellung des Betreibungsablaufes der Einforderung von Prämien und KOBE nach SchKG wird verzichtet. Der Ablauf richtet sich nach den üblichen Rahmbedingungen des SchKG (vgl. Walder & Jent-Sørensen, 2008).

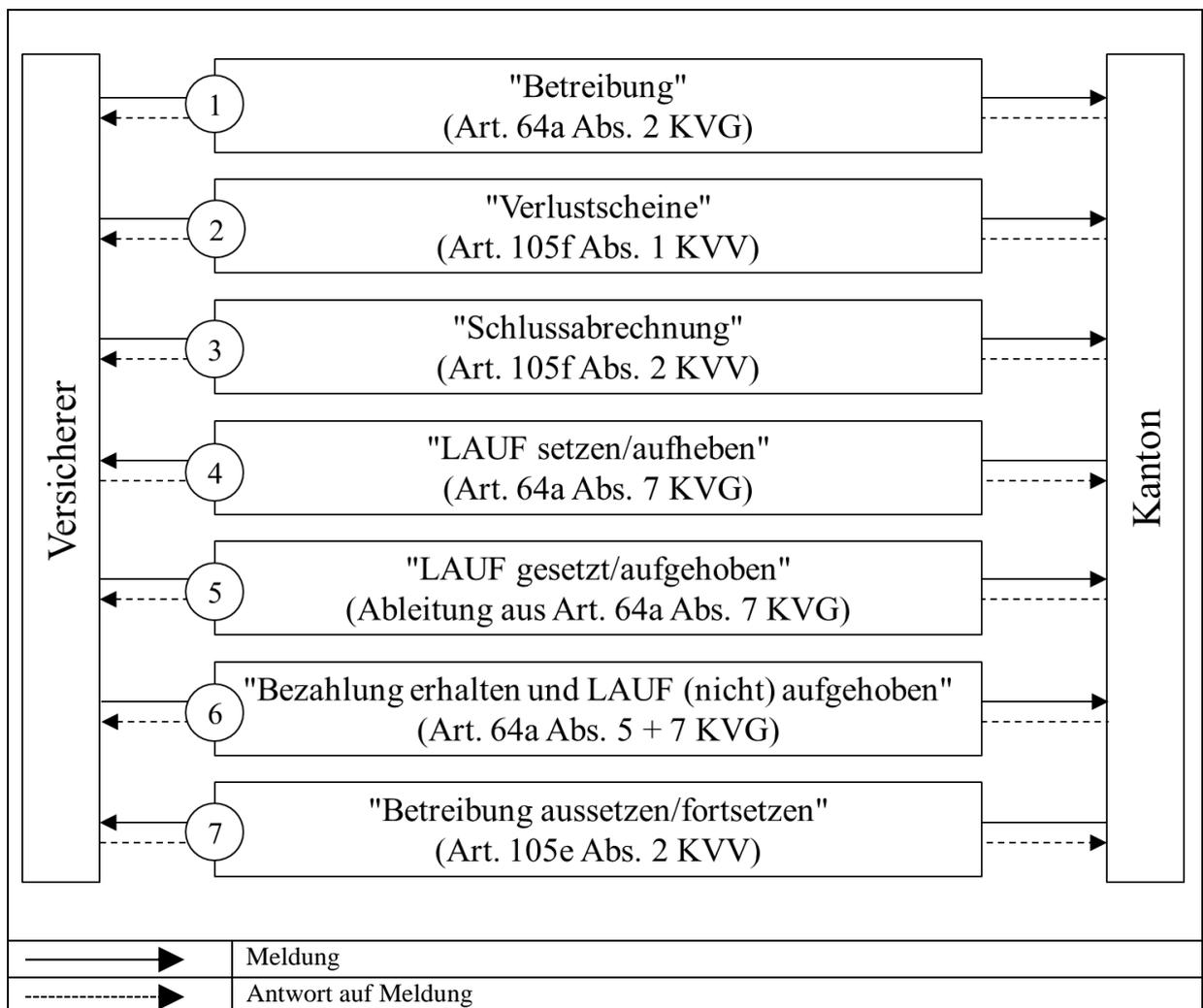
2.3 Datenflüsse zwischen Kanton und Versicherer

Pro Datenfluss wird das Melden und die Antwort verstanden. Pro gemeldeten Datensatz sollte als Antwort immer eine Bestätigung bzw. eine Ablehnung mit Begründung erfolgen.

Im Vollzug des Art. 64a KVG ergeben sich neue Datenflüsse, welche in der folgenden Abbildung ersichtlich sind. Es ist nicht geklärt, ob jeder für den Vollzug notwendige Datenfluss auch rechtlich genügend legitimiert ist. Es kann also möglich sein, dass das Fehlen von gesetzlichen Grundlagen einen oder mehrere Datenflüsse verhindert und somit den Vollzug behindern könnte.

Da es sich um eine neue Rechtsgrundlage mit diversen Unklarheiten handelt, sind die Datenflüsse in der Praxis noch nicht gesichert.

Abbildung 5: Datenflüsse zwischen Kanton und Versicherer (Skizze)



Quelle: Eigene Darstellung.

Mit dem Datenfluss ① werden die Informationen über Betreibungsbegehren dem Kanton geliefert. Durch Modellierung der Rechtsgrundlage und aufgrund Wunschs des Kantons könnte diese Meldung auch erst nach Erhalt des Zahlungsbefehls, nach Stellen des Fortsetzungsbegehrens usw. erfolgen. Je später die Betreibung dem Kanton gemeldet wird, desto später kann dem Versicherten ein LAUF gesetzt werden, also umso später hat die unterlassene Zahlung Folgen für den Versicherten.

Mit dem Datenfluss ② wird quartalsweise der Abschluss der Betreuung durch Verlustscheine dem Kanton gemeldet.

Der Datenfluss ③ mit der Schlussabrechnung erfolgt einmal pro Jahr und listet die tatsächlichen Verlustscheine auf, welche Basis für die Übernahme von 85 % durch die Kantone nach Art. 64a Abs. 4 KVG bildet. Zwischen dem Zeitpunkt der Meldung des Versicherers an den Kanton aus Datenfluss ② und Datenfluss ③ können Differenzen entstehen. Ein Schuldner kann seinen Verlustschein "zurückkaufen". Zu diesem Datenfluss gehört auch die Rückzahlung der 50 % aus Zahlungen für Verlustscheine nach Art. 64a Abs. 5 2. Satz KVG.

Mit dem Datenfluss ④ meldet der Kanton dem Versicherer, wem er einen LAUF setzen oder aufheben muss. Der Versicherer bestätigt dem Kanton die gesetzten LAUF bzw. die nicht gesetzten LAUF. Eine Ablehnung des Setzens kann vorkommen, wenn dem Kanton entgangen ist, dass der Versicherte in der Zwischenzeit bezahlt hat.

Mit dem Datenfluss ⑤ besteht für den Kanton die Möglichkeit, dem Versicherer in bestimmten Situationen zu autorisieren, den LAUF von sich aus zu setzen oder aufzuheben. Das Setzen könnte z. B. autorisiert werden, wenn das Betreibungsamt die Unterlagen nicht zustellen kann und der Versicherer aber immer noch Leistungen bezieht. Das Aufheben könnte z. B. autorisiert werden, wenn der Versicherer einen Verlustschein aus Konkurs erhält.

Mit dem Datenfluss ⑥ meldet der Versicherer dem Kanton, wenn der Versicherte eine Zahlung auf den bestehenden Verlustschein macht. 50 % muss der Versicherer schliesslich dem Kanton zurückbezahlen. Zahlt der Versicherte den Verlustschein vollständig, hebt der Versicherer den LAUF auf und meldet dies dem Kanton.

Mit dem Datenfluss ⑦ meldet der Kanton bei welchem Versicherten der Versicherer das Betreibungsverfahren nicht fortzusetzen soll, bis der Kanton entschieden hat, ob er die Forderungen aus der OKP übernimmt. Dabei müssen der Versicherer und der Kanton achten, dass Fristen nach SchKG nicht verirken und das Betreibungsverfahren entweder durchgeführt wird bzw. der Kanton der Übernahme der Forderungen zustimmt. Das Fortsetzungsbegehren muss zwar nach Art. 88 Abs. 2 SchKG erst innerhalb eines Jahres nach Zustellung des Zahlungsbefehls erfolgen, doch kann es nicht im Interesse eines effizienten Inkassos sein, den Ablauf auf so lange anzuhalten.

Je nach Datenfluss bestehen gegenseitige Abhängigkeiten. So muss das Setzen eines LAUF verhindert werden, solange noch keine Betreuung gemeldet wurde.

Der Zahlungsfluss ist von den Datenflüssen abhängig und wird hier nicht definiert.

2.4 Entwicklung der Rechtsgrundlage

In Art. 9 Abs. 2 aKVV (nicht mehr in Kraft) vom 27. Juni 1995, gestützt auf das alte KVG wurde geregelt, dass nach Ausstellung eines Verlustscheines so lange ein LAUF durch den Versicherer vollzogen werden kann, bis die ausstehenden Prämien, KOBE und Verzugszinsen bezahlt sind. In Art. 9 Abs. 3 aKVV (nicht mehr in Kraft) wurde festgelegt, dass säumige Versicherte den Versicherer nicht wechseln können, bis die ausstehenden Prämien, KOBE und Verzugszinsen bezahlt sind. Nach BGE 125 V 266 ff. ist diese Bestimmung gesetzeswidrig, da das Gesetz die nähere Regelung der Vollstreckung von Forderungen nicht an den Bundesrat delegiert hat und dieser Abs. den Wechsel des Versicherers einschränkt.

Mit der Ordnungsänderung vom 11. September 2002 wurde Art. 90 aKVV (nicht mehr in Kraft) ergänzt. In Abs. 1 wird neu festgehalten, dass die Prämien im Voraus zu bezahlen sind (Bundesrat, ohne Datum, S. 2). In Abs. 4 wurde zudem festgelegt, dass nach Ausstellung des Verlustscheines der Versicherer den LAUF vollziehen muss, bis die ausstehenden Prämien, KOBE, Verzugszinse und Betriebskosten bezahlt sind. Art. 9 aKVV (nicht mehr in Kraft) vom 27. Juni 1995, gestützt auf das KVG, wurde bezüglich dieser Thematik aufgehoben. Diese Änderung trat am 1. Januar 2003 in Kraft.

Mit der Gesetzesänderung vom 18. März 2005 wurde Art. 64a aKVG (nicht mehr in Kraft) eingefügt. Die Vollstreckung des Inkassos durch den Versicherer sowie die Folgen beim Ausbleiben der Zahlungen wurde bisher nicht umfassend geregelt. Bisher konnte ein Wechsel des Versicherers trotz ausstehenden Prämien und KOBE erfolgen (Botschaft, 2004, 4339). Die Zahlungsausstände haben seit Einführung des KVG am 1. Januar 1996 stark zugenommen. Das Setzen eines LAUF erst nach Ausstellung des Verlustscheines, wurde als Hauptgrund dafür erachtet (Botschaft, 2004, 4340). Im Abs. 2 wurde festgelegt, dass der Versicherer den LAUF nicht mehr erst ab Ausstellung des Verlustscheines vollziehen muss, sondern bereits ab dem Fortsetzungsbegehren, bis die ausstehenden Prämien, KOBE, Verzugszinse und Betriebskosten bezahlt sind. Damit soll Druck auf den Schuldner ausgeübt werden (Botschaft, 2004, 4340). Zusätzlich wurde im Abs. 4 bestimmt, dass säumige Versicherte den Versicherer nicht wechseln dürfen. Dadurch soll die Versichertengemeinschaft vor Prämien erhöhungen geschützt werden, die durch nicht einbringliche Zahlungsausstände von Versicherten bedingt sind, welche einen Wechsel des Versicherers vornehmen möchten, ohne die Zahlungsausstände beglichen zu haben (Botschaft, 2004, 4341). Diese Änderung trat am 1. Januar 2006 in Kraft

Mit der Ordnungsänderung vom 9. November 2005 wurde Art. 90 aKVV (nicht mehr in Kraft) erneut angepasst. Der Abs. 5 ermöglicht das Belasten von Bearbeitungsgebühren, sofern diese von der betroffenen Person schuldhaft verursacht wurde und dies in den allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnt ist. Der Abs. 7 verlangt, dass beim Wechsel des Versicherers wegen Wechsel des Wohnsitzes, wegen Wechsel des Arbeitgebers oder wegen Wegfall der Durchführungsbewilligung des aktuellen Versicherers der LAUF beim Nachversicherer ebenfalls vollzogen werden muss (Bundesrat, 2005, S. 3). Diese Änderung trat am 1. Januar 2006 in Kraft.

Mit der Ordnungsänderung vom 27. Juni 2007 wurde Art. 90 aKVV (nicht mehr in Kraft) erneut angepasst. Art. 105a ff. aKVV (nicht mehr in Kraft) wurden eingefügt. Art. 105c Abs. 2 und Abs. 5 aKVV (nicht mehr in Kraft) beschreiben die zeitliche und praktische Wirkung des LAUF. Der LAUF begann am Tag der Mitteilung des Fortsetzungsbegehrens und galt für Rechnungen, die während des LAUF dem Versicherer zukommen. Art. 105c Abs. 6 aKVV (nicht mehr in Kraft) erlaubte es den Kantonen, mit einem oder mehreren Versicherern die Übernahme oder pauschale Abgeltung uneinbringlicher Prämien, KOBE, Verzugszinse und Betreuungskosten zu garantieren, damit die Versicherer im Gegenzug auf das Setzen eines LAUF verzichteten. Dies wurde als Weg konventioneller Art und als pragmatische und schnelle Lösung bezeichnet (Bundesrat, 2007, S. 11). Art. 105d Abs. 2 aKVV (nicht mehr in Kraft) führt den Art. 64a Abs. 4 aKVG (nicht mehr in Kraft) näher aus. Er verlangte, dass die ausstehenden Prämien, KOBE, Verzugszinsen und Betreuungskosten, die bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist mit einer Zahlungsaufforderung belegt sind, bis zum Ablauf der Kündigungsfrist vollständig bezahlt sein müssen, damit die Kündigung auch tatsächlich wirkt (Bundesrat, 2007, S. 11). Diese Bestimmung befindet sich neu im Art. 105l Abs. 2 KVV und führt dazu, dass ein Wechsel des Versicherers auch bei offenen Rechnungen möglich ist. Die Kündigungsfrist endet nämlich, bevor die offenen Rechnungen mit Fälligkeit zwischen Ende der Kündigungsfrist und Ende des Vertragsverhältnisses gemahnt werden können. Diese Änderung trat am 1. August 2007 in Kraft.

Mit der Gesetzesänderung vom 19. März 2010 wurden Art. 64a Abs. 2 aKVG (nicht mehr in Kraft) angepasst. Die Kantone können eine Mitteilung über die Betreibungsbegehren der Versicherer verlangen. Mit Abs. 4 werden alle Kantone verpflichtet, 85 Prozent der Prämien, KOBE, Verzugszinse und Betreuungskosten, welche zu einem Verlustschein geführt haben, den Versicherern zu vergüten. Auf den Gesetzestext inkl. Prozentsatz haben sich offenbar das BAG und die GDK geeinigt, dies unter teilweiser Zustimmung von *santésuisse* (Parlamentarische Initiative, 2009a, 6618). Genauere Erklärungen für den Prozentsatz 85 sind nicht zu finden. Offenbar waren rund 150'000 Personen von einem LAUF betroffen und die LERB sassen auf Rechnungen mit offenen Forderungen von rund CHF 80 Mio. (Parlamentarische Initiative, 2009a, 6618). Die individuelle Vereinbarungen zwischen Kanton und Versicherer nach Art. 105d Abs. 6 aKVV (nicht mehr in Kraft) wurde nicht zwischen allen Kantonen und allen Versicherern getroffen, was wiederum zur obig beschriebenen Auswirkung des LAUF geführt hat. Mit Abs. 7 fällt das selbständige Setzen eines LAUF durch den Versicherer weg. Zwar bestand das Ziel, den LAUF und deren Folgen daraus abzuschaffen (Bundesrat, 2011, S. 3), doch wurde dieser mit der parlamentarischen Initiative 09.406 wieder mit dem Unterschied eingeführt (Bortoluzzi, Toni, 2009), dass jeder Kanton wählen kann, ob er den LAUF anwenden möchte oder nicht: Nach gewünschter Mitteilung über ein Betreibungsbegehren entscheidet der Kanton, bei welchem Versicherten der Versicherer einen LAUF setzen soll oder nicht. Es wird von einer administrativen Vereinfachung ausgegangen (Parlamentarische Initiative, 2009b, 6633). Diese Änderung trat am 1. Januar 2012 in Kraft.

Tabelle 2: Übersicht der Stände der Rechtsgrundlage des Bundes

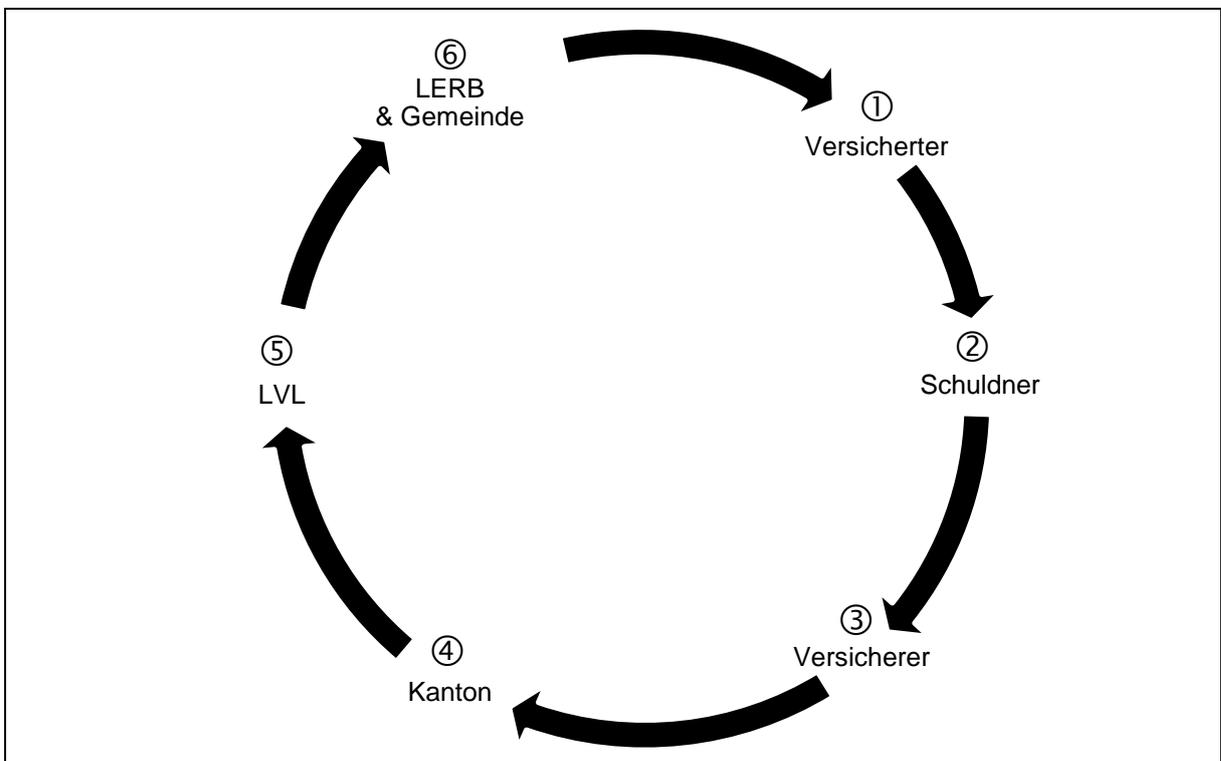
	ab				
	01.01.1996	01.01.2003	01.01.2006	01.08.2007	01.01.2012
Fälligkeit der Prämie		zahlbar zum Voraus	zahlbar zum Voraus	zahlbar zum Voraus	zahlbar zum Voraus
LAUF ab	Verlustschein	Verlustschein	Fortsetzungsbegehren	Fortsetzungsbegehren	kantonsindividuell: <ul style="list-style-type: none"> • Betreibungsbegehren • Fortsetzungsbegehren • Verlustschein
Initiant für den LAUF	Versicherer	Versicherer	Versicherer	Versicherer	Kanton
Meldung der Aufhebung des LAUF an den Kanton	nein	nein	nein	nein	ja
Entschädigung der Versicherer für Verlustscheine	nein	nein	nein	kantonal individuell vereinbart	alle Kantone zu 85 %
Wechsel des Versicherers durch säumigen Versicherten	ja	ja	nur wenn keine gemahnten offenen Posten bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist vorhanden	nur wenn keine gemahnten offenen Posten bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist vorhanden	nur wenn keine Zahlungsaufforderung für offene Posten bis einen Monat vor Ablauf der Kündigungsfrist vorhanden
Meldung der Betreuung an den Kanton	nein	nein	nein	nein	ja, kantonsindividuell im Zeitpunkt des: <ul style="list-style-type: none"> • Betreibungsbegehrens • Fortsetzungsbegehrens

Quelle: Eigene Darstellung.

2.5 Subjekte im Vollzug der LVL

Jedem Versicherten ① ist ein Schuldner ② für Prämien und KOBE zugeteilt. Wird der Schuldner ② betrieben, muss dies der Versicherer ③ dem Kanton ④ melden. Pro betriebenem Schuldner werden so dem Kanton je nach Familienkonstrukt mehrere Versicherte gemeldet (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Schuldner"). Der Kanton ④ kann diese Versicherten auf einer LVL ⑤ erfassen. Der LERB ⑥ muss klären, ob der Versicherte ① auf der LVL ⑤ erfasst ist. Ist der Versicherte dort erfasst, wird der LERB im TP durch den Versicherer für seine Leistung nicht bezahlt bzw. im TG dem Versicherten durch den Versicherer die Versicherungsleistung nicht bezahlt. Die Gemeinde ⑥ hat die Möglichkeit, die Prämien und KOBE dem Versicherer ③ zu bezahlen. Der Versicherer ③ meldet dann dem Kanton ④ die Aufhebung des LAUF, da die ausstehenden Forderungen bezahlt sind.

Abbildung 6: Subjekte im Vollzug der LVL



Quelle: Eigene Darstellung.

3 Befragung

3.1 Kriterien

3.1.1 Empirie

- **Grundlage**

In dieser Masterarbeit geht es um Sozialforschung. Das Angebot an Literatur, welche Sozialforschung beschreibt ist gross. Es wird immer wieder auf die zu berücksichtigende "Empirie" hingewiesen, welche wie folgt zusammengefasst werden kann:

- Bezeichnung für Aussagen, welche sich auf Erfahrungen beziehen (Fuchs-Heinritz et al., 2007, S. 160);
- Eine Vorgehensweise, die nicht auf theoretischen Begründungen oder auf Vernunft, sondern auf nachvollziehbaren Erfahrungen und beschreib- bzw. messbaren Beobachtungen beruht (Fuchs-Heinritz et al., 2007, S. 161);
- Beschrieb für systematische Datenerhebung bzw. systematisches Gewinnen von Informationen (Chalmers, 2007, S. 158);
- Erkenntnis, die auf Grund von Schlussfolgerungen gewonnen wurde (Giddens, 1999, S. 580 f.).

- **Anwendung**

Unter Berücksichtigung dieser weitläufigen Begriffserklärung wird beim Erstellen dieser Masterarbeit darauf geachtet, dass die Ergebnisse und Schlussfolgerungen auf Aussagen aus Erfahrungen, auf messbaren Beobachtungen und auf systematisch erhobenen Daten beruhen. Im Vorgehen wird die vorgegebene Methode strikt eingehalten.

3.1.2 Zielgruppe

- **Grundlage**

Die Befragung kann als Totalerhebung oder als Stichprobenerhebung erfolgen. Bei der Totalerhebung werden alle Kantone befragt, bei der Stichprobenerhebung wird nur ein Teil der Kantone befragt.

- **Anwendung**

Um den Vollzug sicherzustellen, ist eine Totalerhebung bei allen Kantonen durchzuführen. Je nach Frage, ist die Antwort aller Kantone nötig, wenn der Prozess durchgängig gesichert vollzogen werden soll.

Kantone mit geplantem oder bereits eingeführten LAUF werden als Kantone mit LAUF (Zielgruppe 1) bezeichnet. Alle anderen werden als Kantone ohne LAUF (Zielgruppe 2) bezeichnet. Entsprechend werden zwei Fragebogen erstellt.

Pro Kanton ist die korrekte Zielperson zu identifizieren. Entweder füllt die Zielperson den Fragebogen selber aus oder sie leitet den Fragebogen an eine kompetente Person weiter. Wichtig ist, dass die Antworten möglichst gesichert und verbindlich sind. Die Zielpersonen werden mit Fragen zum KVG und SchKG konfrontiert, was eine entsprechende Kompetenz erfordert. Das ist aber auch die Voraussetzung beim Kanton und beim Versicherer für die Sicherstellung eines durchgängigen Vollzugs des LAUF.

Der Autor hat fast alle Kantone telefonisch kontaktiert. Je nach Kanton hat sich die angerufene Person zur Verfügung erklärt, den Fragebogen auszufüllen bzw. weiterzuleiten. Bei anderen Kantonen ist eine andere Zielperson genannt worden. Dabei handelt es sich je nach Kanton um Personen im Gesundheitsdepartement bzw. in der Durchführungsstelle (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Kanton").

Tabelle 3: Zielgruppe

Kanton	LVL	Zielperson und Adresse	Sprache
	ja	Frau Barbara Hürlimann Projektstelle EG KVG Gesundheitsversorgung Departement Gesundheit und Soziales Bachstrasse 15 5001 Aarau	deutsch
	nein	Frau Irene Manser Gesundheits- und Sozialdepartement Hoferbad 2 9050 Appenzell	deutsch
	nein	Herr Rodolphe Dettwiler Ausgleichskasse und IV-Stelle Appenzell A.Rh. Postfach 1047 9102 Herisau	deutsch
	nein	Herr Rolf Häner Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	deutsch
	ja	Herr Lothar Niggli Abteilung Finanz- und Volkswirtschaft Finanzverwaltung Finanz- und Kirchendirektion Kanton Basel-Landschaft Rheinstrasse 33b 4410 Liestal	deutsch

Kanton	LVL	Zielperson und Adresse	Sprache
	nein	Herr Guido Vogel Amt für Sozialbeiträge Postfach 28 4005 Basel	deutsch
	nein	Monsieur Pascal Boschung Caisse cantonale de compensation du Canton de Fribourg Postfach 1762 Givisiez	französisch
	nein	Monsieur Jean-Claude Pause Service de l'assurance-maladie Rte de Frontenex 62 1207 Genève	französisch
	nein	Frau Daniela de la Cruz Finanzen und Gesundheit Kanton Glarus Rathaus 8750 Glarus	deutsch
	ja	Herr Rudolf Leuthold Gesundheitsamt Graubünden Planaterrastrasse 16 7000 Chur	deutsch
	nein	Monsieur Christophe Aubry Caisse de compensation du Canton du Jura Case postale 368 2350 Saignelégier	französisch
	ja	Herr Alain Rogger STAPUK Stelle für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 15136 6015 Luzern	deutsch
	nein	Monsieur Manuel Barbaz Office cantonal de l'assurance-maladie OCAM Case postale 716 2002 Neuchâtel	französisch
	nein	Frau Monika Dudle Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 6371 Stans	deutsch
	nein	Frau Margrit von Atzigen Gesundheitsamt Finanzdepartement Obwalden Postfach 1243 6061 Sarnen	deutsch

Kanton	LVL	Zielperson und Adresse	Sprache
	ja	Frau Yvonne Dietrich Fachbereich Krankenversicherung Amt für Gesundheitsversorgung Gesundheitsdepartement Oberer Graben 32 9001 St. Gallen	deutsch
	ja	Herr Markus Schärrier Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen Mühlentalstrasse 105 8200 Schaffhausen	deutsch
	ja	Herr Sandro Müller Fachstelle Sozialversicherungen-Beihilfen Sozialleistungen und Existenzsicherung SLE Amt für soziale Sicherheit ASO Ambassadorshof 45 4509 Solothurn	deutsch
	nein	Herr Andreas Dummermuth Ausgleichskasse Schwyz Postfach 53 6431 Schwyz	deutsch
	ja	Herr Raphael Herzog Gesundheitsamt des Kantons Thurgau Zürcherstrasse 194a 8510 Frauenfeld	deutsch
	ja	Signor Siro Realini Ufficio dei contributi Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG Istituto delle assicurazioni sociali Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona	italienisch
	nein	Frau Heidi Malnati Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	deutsch
	nein	Monsieur Fabrice Ghelfi Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	französisch
	nein	Monsieur Charles Allet Service de la santé publique Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie Avenue du Midi 7 1950 Sion	französisch

Kanton	LVL	Zielperson und Adresse	Sprache
	ja	Herr Markus Jans Soziale Dienste Stadtverwaltung Zug Postfach 1258 6301 Zug	deutsch
	nein	Herr Raimund Renggli Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Stampfenbachstrasse 30 8090 Zürich	deutsch

Quelle: Eigene Darstellung.

Nach dem Ablauf des Abgabetermins wurde jene Zielpersonen, bei denen die Antwort ausgeblieben ist, erneut telefonisch oder schriftlich kontaktiert und motiviert, an der Befragung noch teilzunehmen.

3.1.3 Qualitative und quantitative Befragung

- **Grundlage**

Qualitative Befragungen zielen darauf ab, grundlegende Informationen über Eigenschaften zu finden. Haupteinsatzgebiet qualitativer Befragungen ist das Auffinden von massgebenden Kriterien für die Beurteilung einer Sache oder einer Person.

In einem narrativen Interview als Mittel für eine qualitative Befragung wird der Befragte z. B. aufgefordert, über die genannten Sache oder Person zu erzählen, was natürlich voraussetzt, dass der Befragte über entsprechende Kompetenz verfügt (Lamnek, 2010b, S. 70).

Im Vergleich zu quantitativen Methoden zeichnet sich der qualitative Ansatz durch wesentlich grössere Offenheit und Flexibilität aus. Die Befragung, beispielsweise mit qualitativen Interviews oder Gruppendiskussionen, ist frei, offen und suchend.

Quantitative Befragungen werden mit Hilfe eines fest vorgegebenen Frageschemas durchgeführt. Ziel der quantitativen Befragung ist es, genaue Aussagen über die Verteilung der abgefragten Kriterien innerhalb der Zielgruppe zu erhalten.

- **Anwendung**

Eine qualitative Befragung von Fachleuten wurde durchgeführt und die daraus gewonnen Themen im Dokument "Leistungsaufschub versichertenindividuell setzen/beenden - Umsetzung KVG Art. 64a" (Bleiker, 2012) festgehalten. Aus diesem Dokument wurden Fragen abgeleitet. Als nächstes wurden die politischen Fragen weggelassen, da nur die Fragen massgebend sind, um den Vollzug sicherzustellen. Den auf den Vollzug orientierten Fragen wurde eine Auswahl von Antworten zugeordnet, so dass in einem ersten Schritt ein rein quantitativer

Fragebogen vorlag. Da jedoch nicht bei jeder Frage die Sicherheit bestand, alle Ausprägungen zum Voraus zu kennen, wurden einige Fragen so erweitert, dass der Befragte weitere Ausprägungen hinzufügen konnte. Das führte schliesslich zu einer Mischung aus qualitativer und quantitativer Befragung.

3.1.4 Befragungsform

- **Grundlage**

Nach der Art der Kommunikation mit den Befragten kann man zwischen persönlicher, telefonischer, schriftlich-postalischer und schriftlich-online Befragungen unterscheiden. Jede hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile.

Tabelle 4: Vor- und Nachteile von Befragungsformen

Befragungsformen	Vorteil	Nachteil
persönlich	Hilfsmittel können eingesetzt werden	Interviews können relativ lang sein
	Beobachtungen durch den Interviewer sind möglich	Persönliche Befragungen sind vergleichsweise teuer und aufwändig
telefonisch	relativ schnell und kostengünstig	viele Angerufene weigern sich, die Fragen zu beantworten
	einfache Führung durch den Interviewer	
schriftlich-postalisch	verhältnismässig kostengünstig	geringe Rücklaufquote (ca. 5 %).
	ermöglichen Anonymität	
schriftlich-online	relativ kostengünstig	kaum Kontrolle über die Befragten
	Benutzerführung vermeidet Fehler durch den Interviewer	mehrfache Teilnahme muss verhindert werden
	einfache und schnelle Auswertung	
	kurze Antwortzeit	

Quelle: Eigene Darstellung; Kallus, 2010, S. 128.

- **Anwendung**

In dieser Masterarbeit wird eine schriftlich-postalische Befragung durchgeführt mit dem Hinweis, dass der Autor für Rückfragen zur Verfügung steht. Der Fragebogen wird eingeschrieben geschickt.

3.1.5 Fragebogenarten

- **Grundlage**

Fragebogenarten können folgendes umfassen:

- Eine ad-hoc Liste von Fragen;
- Einen teilstandardisierten Fragebogen, bei dem die Fragen einheitlich formuliert und angeordnet sind, die Befragten jedoch frei antworten können;
- Einen standardisierten Fragebogen, bei dem die Fragen einheitlich formuliert und angeordnet sind und die Befragten zwischen vorgegeben Antworten auswählen.

- **Anwendung**

In dieser Masterarbeit wird eine Mischung zwischen teilstandardisiertem und standardisiertem Fragebogen verwendet. Es werden Antworten zu den Fragen vorgegeben. Je nach Fragestellung besteht aber auch die Möglichkeit, dass der Befragte mit Ergänzungsoptionen frei und somit individuell antworten kann. Dadurch können allfällige Lücken, welche in der qualitativen Befragung entstanden sind, erkannt und gefüllt werden.

3.1.6 Fragen- und Antwortformate

• Grundlage

Folgende Fragen- und Antwortformate sind geläufig:

Tabelle 5: Frage- und Antwortformate

Frageformat	Antwortformat	Bemerkung
Offene Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Woher kommen Sie? • Was essen Sie am liebsten? • Wer ist Ihr Lieblingsschauspieler? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind schwer auswertbar und schwer statistisch darzustellen • Eine allfällige Tendenz in den Antworten kann oft nur schwierig erkannt werden
Ja/nein-Fragen	Sind Sie einverstanden?	<ul style="list-style-type: none"> • Lassen nur zwei Antwortmöglichkeiten zu
Eingruppierungs-Fragen	Wie alt sind Sie? <ul style="list-style-type: none"> • unter 19 • 19 - 25 • über 25 	Bei Eingruppierungsfragen werden bestimmte Wertebereiche festgelegt, in die sich der Befragte einordnen soll
Ratingskalen	Beispiele mit einer Skala von 1 bis 6: Welche Schulnote geben Sie der schweizerischen Bildungspolitik? 1, 2, 3, 4, 5, 6	
Rangordnung	Ordnen Sie folgende Antworten nach "erstens, zweitens, drittens usw.": Am wichtigsten ist mir: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeit • Gesundheit • Partnerschaft • Kinder • Freunde 	

Quelle: Mummendey & Grau, 2008, S. 59 - 86 und Kallus, 2010, S. 39 ff.

Mit der Einfach- bzw. Mehrfachwahl kann unterschieden werden, ob der Befragte nur eine einzige Antwortmöglichkeit hat oder unter mehreren Alternativen auswählen kann.

Bei Skalen mit einer ungeraden Zahl (z. B. "ja, vielleicht, nein" oder "1, 2, 3") gibt es eine mittlere Kategorie, die vom Befragten unterschiedlich gedeutet werden kann und unter Umständen keine eindeutige Auswertung ermöglicht. Eine Antwort bei der mittleren Position kann z. B. bedeuten: "Manchmal ja, manchmal nein.", "Ich weiss nicht.", "Dazu will ich nichts sagen.", "Die Frage finde ich unwichtig." usw. Folglich macht eine Auswertung über eine Durchschnittsbildung oft kaum Sinn und würde das Gesamtergebnis verzerren.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob "weiss nicht" als Antwortalternative explizit vorgeben werden sollte oder nicht. Im ersten Fall riskiert man, dass wenig entscheidungsfreudige Be-

fragte mit "weiss nicht" antworten. Im zweiten Fall riskiert man, dass Befragte die zum Thema keine Meinung haben, sich eine Antwort aussuchen, da sie lieber "weiss nicht" gewählt hätten. (Schuhmann, 2011, S. 69)

Filterfragen dienen auch zur Messung eines Merkmals. Aber die Hauptaufgabe ist, den Befragten zu steuern, indem er je nach Antwort aufgefordert wird, den Fragebogen an einer bestimmten Stelle fortzusetzen (Schuhmann, 2011, S. 54).

Je nach Frage kann eine Ergänzungsoption hinzugefügt werden, die dem Befragten ermöglicht, die Antwortalternativen um eigene, nicht unter den vorhandenen Alternativen verfügbare Antworten zu erweitern.

- **Anwendung**

Bei der Erstellung des Fragebogens wird darauf geachtet, dass die massgebenden Fragen gestellt werden, um die Zielsetzung der Masterarbeit beantworten zu können und um den Fluss beim Ausfüllen optimal zu halten. Die angewendeten Frage- und Antwortformate sind im Anhang 2 - 5 ersichtlich.

3.1.7 Gütekriterien

- **Grundlage**

Es existieren verschiedene Kriterien zur Beurteilung der Güte eines Befragungsergebnisses. Die wichtigsten Kriterien sind:

- Validität,
- Reliabilität,
- Objektivität,
- Repräsentativität,
- Rücklaufquote.

Validität besteht nicht in der Verhinderung der Manipulation der Forschungsmethoden, sondern in der sorgfältigen Untersuchung (Lamnek, 2010a, S. 158) und Widergabe der Untersuchungsergebnisse.

Die Reliabilität ist ein Mass für die formale Genauigkeit bzw. Verlässlichkeit wissenschaftlicher Messungen. Sie bedeutet den Grad der Genauigkeit mit dem eine bestimmte Methode einen Sachverhalt erfasst. (Lamnek, 2010a, S. 173)

Hochzuverlässige wissenschaftliche Ergebnisse sind nahezu frei von Zufallsfehlern, d. h. bei Wiederholung eines Experimentes unter gleichen Rahmenbedingungen würde das gleiche Messergebnis erzielt. Reliabilität ist also eine Voraussetzung für die Replizierbarkeit von Ergebnissen unter gleichen Bedingungen. Kann ein Test innerhalb einer bestimmten Zeit erneut durchgeführt werden ohne dass sich das Ergebnis verändert, dann ist die Zuverlässigkeit der Befragung sehr hoch. (Lamnek, 2010a, S. 174)

Objektivität bedeutet, dass verschiedene Forscher zum gleichen Resultat kommen (Lamnek, 2010a, S. 178).

Als Repräsentativität versteht man die Eigenschaft von Erhebungen, die Aussagen über eine Grundgesamtheit zulassen. Häufig sind damit Zufallsstichproben oder Quotenstichproben gemeint. Der Ausdruck "repräsentative Stichprobe" ist kein Fachbegriff. Markt- oder Meinungsforschungsinstitute geben oft an, ihre Ergebnisse auf repräsentative Umfragen zu stützen.

Das Vertrauensintervall ist ein Begriff aus der Statistik. Es sagt etwas über die Präzision eines Ergebnisses aus. Es schliesst einen Bereich um den geschätzten Wert des Parameters ein, der mit einer zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit die wahre Lage des Parameters trifft. Er sagt aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Aussage auf die Grundgesamtheit zutrifft.

Die Rücklaufquote gibt an, wie viel Prozent der Befragten den Fragebogen auswertbar zurückgeschickt haben und in das Befragungsergebnis eingeflossen sind.

- **Anwendung**

Auf die durchgängige Berechnung bzw. Beurteilung von Gütekriterien wird verzichtet. Es können jedoch folgende Aussagen gemacht werden:

An der Forschungsmethode wird auf jeden Fall festgehalten. Das Ergebnis wird zwar mit Kommentaren versehen, aber sonst so wiedergegeben wie es die Befragung hervorgebracht hat.

Die Reliabilität ist davon abhängig, ob bei einer erneuten Befragung die gleichen Zielpersonen antworten würden. Die Reliabilität wird durch die Erfahrung im Vollzug gesteigert. Warum: Die Fragen und die Antworten werden präziser, da die Befragung den Fragesteller und die Zielpersonen in der Thematik so sensibilisiert hat, dass die Befragung und Beantwortung differenzierter erfolgen würde.

Die Repräsentativität trifft nur dann zu, wenn alle Kantone an der Befragung teilnehmen und alle Fragen in optimaler Qualität nach aktuellem Wissen beantworten, da zur Klärung bestimmter Sachverhalte die Antworten aller Kantone vorliegen müssen.

Um die Rücklaufquote zu maximieren, wurde nach dem Ablauf des Abgabetermins jene Zielpersonen, bei denen die Antwort ausgeblieben ist, erneut telefonisch oder schriftlich kontaktiert und motiviert, an der Befragung noch teilzunehmen.

Einige Kantone haben mitgeteilt, dass sie sich (noch) nicht zu diesem Thema äussern können, weil entweder die Rechtsgrundlagen noch nicht vorhanden sind oder die LVL erst eingeführt wurde. Oft wurde auch begründet, dass in ihrem Kanton der LAUF nicht vollzogen wird.

Eine Abstützung auf das Legalitätsprinzip nach Art. 5 Abs. 1 BV ist verständlich. Wie ist jedoch das Vorgehen, wenn schliesslich keine konkreten Rechtsgrundlagen vorhanden sind? Auch ohne entsprechenden detaillierten Rechtsgrundlagen müssen die Fragen für den geordneten Vollzug z. B. nach Treu und Glauben Art. 5 Abs. 3 BV beantwortet werden. Es ist kaum davon auszugehen - obwohl wünschenswert - dass die Gesetze und Verordnungen der Kantone alle Fragen für den Vollzug beantworten. Die Fragen aus dieser Masterarbeit könnten als Checkliste bei der Erstellung der Gesetze und der Verordnungen verwendet werden. Es besteht aber auch die Gefahr, dass Details in die falsche Hierarchie der Rechtsgrundlagen einfließen und nur aufwändig an die Bedürfnisse des Vollzuges angepasst werden können. Interkantonale Vereinbarungen mit bundesrechtlicher Legitimation (vgl. Art. 6 VDPV-EDI) können Details relativ flexibel regeln.

Wichtig ist, dass Vollzugsfragen koordiniert und verbindlich geklärt werden.

3.1.8 Demografische Daten

- **Grundlage**

Demografische Fragen wie Fragen nach dem Alter und Geschlecht des Befragten oder Anzahl Mitarbeiter können bei den Befragten das Gefühl auslösen, dass die Anonymität gefährdet ist (Schuhmann, 2011, S. 75).

- **Anwendung**

Demografische Daten werden keine erhoben, da die nötigen Informationen bereits bekannt sind und andere nicht relevant sind. Folgende demografische Daten der Kantone sind massgebend, bekannt und relevant:

- Wird der LAUF bereits durchgeführt bzw. ist er in politischer Diskussion?
- Zielperson und Adresse
- Sprache der Zielperson

3.2 Befragungsdokumente

Die Befragungsdokumente umfassen den Begleitbrief und den Fragebogen. Je nach Kanton, Landessprache und ob die LVL im jeweiligen Kanton geführt (werden) wird, ergeben sich vier verschiedene Vorlagen von Befragungsdokumente, welche sich im Anhang 2 - 5 befinden. In den entsprechenden Vorlagen werden jeweils pro Zielperson die rot markierten Texte angepasst.

Tabelle 6: Vorlagen der Befragungsdokumente

LVL	Landessprache	Anhang	Kanton
ja	deutsch	2	
ja	italienisch	3	
nein	deutsch	4	
nein	französisch	5	

Quelle: Eigene Darstellung.

3.2.1 Begleitbrief

- **Grundlage**

Dem Begleitbrief zum Fragebogen kommt grosse Bedeutung zu. Er muss klar von Werbebriefen unterschieden werden können. (amundis communications GmbH, 2012, S. 24)

Tabelle 7: Inhalt des Begleitbriefes

Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Ansprache des Teilnehmers • Ziele und Nutzen der Befragung • Hinweis auf Massgeblichkeit in der Befragung und Freiwilligkeit • Verantwortlicher Veranstalter der Befragung • Information über die Sicherung der Anonymität und Vertraulichkeit • Hinweis auf Einsendeschluss und Rücksendung • Ansprechpartner für Rückfragen mit Telefonnummer und E-Mail-Adresse • Dank für die Teilnahme

Quelle: amundis communications GmbH, 2012, S. 24.

Der Inhalt des Begleitbriefes ist nahezu identisch mit dem Deckblatt des Fragebogens (vgl. Kapitel 3.2.2.1).

Der Begleitbrief und der Fragebogen müssen in sich vollständig sein und dürfen keinesfalls widersprüchlich sein. Wiederholungen sind nicht vermeidbar, ja sogar gewünscht, da die beiden Dokumente möglicherweise beim Empfänger voneinander getrennt werden. Der Begleitbrief bleibt beim Empfänger, der Fragebogen geht zum Befragten.

- **Anwendung**

Die Vorlagen der Begleitbriefe und der Fragebögen befinden sich im Anhang 2 - 5.

3.2.2 Fragebogen

3.2.2.1 Deckblatt

- **Grundlage**

Das Deckblatt wird als Hilfsmittel zu Instruktion des Befragten verwendet (Mummendey & Grau, 2008, S. 86). Instruktionen sind auch auf dem Begleitbrief. Doch könnte es gemäss Aufbau des Fragebogens sein, dass die verschiedenen Teile des Fragebogens von unterschiedlichen Personen ausgefüllt werden. Der Begleitbrief ist personalisiert, das Deckblatt ist anonym ausgerichtet. So kann der Befragte Teile oder den ganzen Fragebogen inkl. Deckblatt, aber ohne persönlichen Begleitbrief, firmenintern weitergeben, ohne dass wichtige Informationen zum Beantworten der Fragen verloren gehen.

Tabelle 8: Inhalt des Deckblattes

Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> • Ziele und Nutzen der Befragung • Verantwortlicher Veranstalter der Befragung • Worauf ist beim Ausfüllen zu achten • Information über die Sicherung der Anonymität und Vertraulichkeit • Zeitaufwand für die Bearbeitung des Fragebogens • Hinweis auf Einsendeschluss und Rücksendung • Ansprechpartner für Rückfragen mit Telefonnummer und E-Mail-Adresse • Dank für die Teilnahme

Quelle: amundis communications GmbH, 2012, S. 20.

- **Anwendung**

Das Deckblatt befindet sich als Teil der Befragungsdokumente im Anhang 2 - 5.

Folgende Überlegungen wurden beim Erstellen gemacht:

- Die Informationen müssen so knapp wie möglich, jedoch auch so klar wie möglich formuliert sein. Der Befragte kann mit dem für die Studenten klaren Ausdruck "Masterarbeit" nicht viel anfangen und es könnte zu unnötigen Rückfragen führen. Deshalb wird der Zweck der Befragung umschrieben;
- Vertrauen kann geschaffen werden, indem die Universität Bern erwähnt und der Autor offengelegt wird. Dabei soll gezeigt werden, dass diese Umfrage im Rahmen des Master Studiums "Executive Master of Public Administration der Universität Bern" stattfindet. Ebenfalls erwähnt werden muss, welche Beziehungen der Autor zur Universität Bern, zu den Versicherern und zu den Kantonen hat;
- Der Zeitaufwand für die Bearbeitung des Fragebogens wird in der Phase des Fragebogentests ermittelt und entsprechend auf dem Deckblatt angegeben.

3.2.2.2 Inhalt des Fragebogens

- **Grundlage**

Aus dem Ergebnis der qualitativen Befragung (Bleiker, Hansruedi, 2012) von Fachleuten werden Fragen erstellt und diese in Themengebiete gruppiert.

Tabelle 9: Themengebiete im Fragebogen

Beschreibung
Teil A: Auslöser für das Setzen eines Leistungsaufschubs
Teil B: Auslöser für das Aufheben eines Leistungsaufschubs
Teil C: Wirkung des Leistungsaufschubs
Teil D: Vom Leistungsaufschub betroffener Personenkreis
Teil E: Information des Versicherten über den Leistungsaufschub
Teil F: Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) und Leistungsaufschub
Teil G: Leistungsaufschub beim Kantonswechsel des Versicherten
Teil H: Interkantonale Anwendung des Leistungsaufschubs
Teil I: Leistungsaufschub beim Wechsel des Versicherers
Teil J: Schuldner mit mehreren Betreibungen
Teil K: Schlussfrage

Quelle: Bleiker, Hansruedi, 2012; Eigene Darstellung.

Im Umgang mit dem LAUF entstehen immer wieder Fragen zu seinem Sinn, seinem Zweck und seinem Nutzen. Dadurch wird sehr rasch die politische Komponente des LAUF erreicht. Bei Fragen zur Notfallbehandlung werden LERB-orientierte Fragen aufgeworfen. Auf die Klärung solcher Fragen wird verzichtet, weil die Antworten daraus zu keinem Mehrwert für den unmittelbaren Vollzug führen. Was aber schliesslich tatsächlich als Notfall gilt, muss definiert werden.

Tabelle 10: Weggelassene Fragen

1. Wie definieren Sie eine Notfallbehandlung nach Art. 64a Abs. 7?
Der Absatz lautet: "Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den LERB, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den LAUF und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen."
2. Warum informieren Sie nicht ausschliesslich nur den LERB (Spital, Arzt usw.) über den LAUF?
Warum informieren Sie nicht ausschliesslich nur den Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) über den LAUF, so dass der LERB (Spital, Arzt usw.) diesen LAUF vollzieht, indem er die Leistung beim Vorliegen eines LAUF nicht erbringt? Dadurch könnte der Informationsaustausch zwischen Kanton und Versicherer wegfallen. Die Versicherer bekämen dadurch lediglich jene LERB-Rechnungen von Versicherten (TG) bzw. vom LERB (Spital, Arzt usw. TP), die abzurechnen sind.
3. Welchen konkreten Nutzen muss der LAUF bringen, damit er als erfolgreiches Instrument bewertet werden kann? (Unter Einbezug des Personalaufwandes, Informatikaufwandes, Organisationsaufwandes usw.)?
4. Warum ist der Verlustschein kein Beleg für die Zahlungsunfähigkeit eines Schuldners und somit der Grund für die Aufhebung des LAUF?
Ausgangslage: Es wird gelegentlich darauf hingewiesen, dass mit dem LAUF die zahlungsunwilligen Schuldner dazu gebracht werden sollen, die Schulden zu bezahlen. Wer zahlungsunwillig ist, soll einen LAUF bekommen und wer zahlungsunfähig ist soll keinen LAUF erhalten. Der Verlustschein bedeutet nach Art. 26, Art. 115, Art. 149 und Art. 264 SchKG für den Gläubiger die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners. Müssen die Versicherer somit nach Vorliegen eines Verlustscheines den LAUF aufheben?

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der Zusammenstellung der Fragen kam bei Versicherern mehrfach eine Situation zur Sprache, bei der es als sinnvoll erachtet wurde, wenn die Versicherer von sich aus einen LAUF setzen und dem Kanton zum Erfassen auf der LVL schicken könnten. Diese Frage wurde im Fragebogen weggelassen, weil als Antwort "einen LAUF setzen und dem Kanton melden" erwartet wird und dies die Forderung an alle Kantone stellen würde, eine LVL zu führen. Das ist nicht zielführend.

Für diese Problematik sollte dennoch eine Lösung gefunden werden. Der Vollständigkeit halber ist diese Frage hier notiert.

Tabelle 11: Weggelassene Frage aus der Praxis

1. Was muss ein Versicherer tun, wenn der Zahlungsbefehl unzustellbar ist?
Es kommt immer wieder vor, dass Zahlungsbefehle durch das Betreibungsamt nicht zugestellt werden können. Die betroffenen Versicherten senden den Versicherern dennoch LERB-Rechnungen im TG bzw. die LERB im TP senden den Versicherern dennoch LERB-Rechnungen von der Behandlung solcher Versicherten. Die Einwohnerkontrolle bestätigt die Adresse oder es besteht kein fester Wohnsitz. Was soll der Versicherte tun?

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Fragen sind grundsätzlich für alle Kantone gleich. Kantone, welche sich jedoch für die LVL entschieden haben bzw. bei welchen die LVL in Diskussion ist (Kantone mit LVL), wurden alle Fragen gestellt. Kantonen, welche sich gegen die LVL entschieden haben (Kantone ohne LVL), werden nur jene Fragen gestellt, welche für sie relevant sind. Diese Fragen sind eine Teilmenge der Fragen mit unterschiedlicher Nummerierung. Die Auswertung erfolgt nach der Nummerierung der Fragen für Kantone mit LVL.

Tabelle 12: Nummerierung der Fragen nach Zielgruppe

Fragen für Kantone	
mit LVL (Zielgruppe 1)	ohne LVL (Zielgruppe 2)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	1
19	
20	
21	
22	2
23	3
24	4
25	
26	
27	
28	
29	
30	5

Quelle: Eigene Darstellung.

- **Anwendung**

Der Fragebogen befindet sich als Teil der Befragungsdokumente im Anhang 2 - 5.

3.2.2.3 Fragebogentest

- **Grundlage**

Es ist zu empfehlen, einen Fragebogentest durchzuführen, um festzustellen, ob die Fragen verstanden werden und ob die Antworten zu einem sinnvollen Ergebnis führen. Es werden also Personen ausgewählt, welche den Fragebogen probenhalber ausfüllen. (Kirchhoff et al., 2010, S. 24)

- **Anwendung**

Es werden Fragebogentests gemacht. Dabei wird erklärt, was ein Fragebogentest ist und dass beim Ausfüllen auf den Aufbau, die Schlüssigkeit und die Stimmigkeit (Kirchhoff et al., 2010, S. 24) des Fragebogens geachtet und den Zeitbedarf für das Ausfüllen ermittelt werden soll. Wichtig ist, die Position eines bestimmten Kantons einzunehmen, was natürlich etwas schwierig ist. Die grundsätzliche Position einzelner Kanton zum LAUF ist vor der Befragung jedoch abschätzbar.

Der gesamte Fragebogen mit Deckblatt und Begleitbrief wird dem Fragebogentester übergeben. Nach jedem Fragebogentest erfolgt ein ad-hoc Interview über die oben erwähnten Kriterien. Sämtliche Bemerkungen fliessen in der neuen Version des Fragebogens ein und ein weiterer Fragebogentest erfolgt. Die Fragebogentests und Kurzinterviews wurden mit Reto Tognina (Interview, 8. August 2013), Philipp Hurschler 2013 (Interview, 8. August 2013), Michela Baresi (Interview, 9. August 2013), Elodie Page (Interview, 9. August 2013), Fabio Palumbo (Interview, 12. August 2013), Nicole Berglas (Interview, 13. August 2013) und Myriam Carlen (Interview, 13. August 2013) gemacht.

Die Wertigkeit des Fragebogentests ist eingeschränkt, da der Test nicht bei Kantonen, sondern bei Mitarbeitern eines Versicherers mit Erfahrungen im Thema durchgeführt wurde.

3.3 Auswertung

- **Grundlage**

Die Auswertung erfolgt in folgenden Schritten: Verkoden des Fragebogens, Erstellen einer Datenmaske und Eingeben von Daten (Kirchhoff et al., 2010, S. 37).

- **Anwendung**

Die Auswertung erfolgt grundsätzlich - wie im Fragebogen angegeben - kantonsindividuell.

4 Vollzug

4.1 Teil A: Auslöser für das Setzen eines LAUF

4.1.1 Relevanz

Die Kantone können nach Art. 64a Abs. 7 KVG versicherte Personen die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen auf einer Liste erfassen und somit mit einem LAUF belegen. Was bedeutet das?

Die grammatikalische Auslegung nennt folgende Voraussetzungen für einen LAUF: Die versicherte Person kommt seiner Prämienpflicht nicht nach und die versicherte Person wird betrieben. Diese Auslegung führt zu keinem klaren Ergebnis für den Vollzug. Es bestehen Unklarheiten, welche durch eine teleologische Auslegung beseitigt werden können. Diese teleologische Auslegung ergibt sich durch die Versicherungstechnik und die Auslegung der Rechtsgrundlage durch die Kantone.

Tabelle 13: Versuch der teleologischen Auslegung von Art. 64a Abs. 7 KVG

1.	Das KVG spricht von "versicherte Person" und von "Versicherte". Diese Ausdrücke sind identisch.
2.	Nicht jeder Versicherter ist der Schuldner einer Prämie oder einen KOBE (vgl. Begriff "Schuldner"). Verallgemeinert bedeutet dies, dass die Betreuung des Schuldners massgebend ist und nicht die Betreuung des Versicherten.
3.	Nicht jeder Schuldner ist auch tatsächlich gleichzeitig Versicherter (vgl. Begriff "Schuldner"). Somit kann der LAUF nur bei einem Versicherten gesetzt werden, so wie es das Gesetz verlangt. Hier ist folglich das Gesetz klar. Der Art. 105e Abs. 1 KVV verlangt hingegen das Melden des Schuldners. Es macht Sinn, den betroffenen Schuldner zu melden. Das genügt aber nicht. Erst durch das zusätzliche Melden der dem Schuldner zugehörigen Versicherten, kann der Kanton die konkreten Versicherten auf der LVL erfassen.
4.	Unter Prämienpflicht ist wohl Prämienzahlungspflicht gemeint. Das bedeutet, dass nur Betreibungen aufgrund von nicht bezahlten Prämien Auslöser für einen LAUF sein können. Ob das tatsächlich die Absicht des Gesetzgebers war? Bedeutet dies, dass die Betreuung einer KOBE zu keinem LAUF führen darf? Der LAUF ist wohl als Motivation zur Zahlung aller Schulden also auch der KOBE vorgesehen. Somit müsste die Betreuung von KOBE auch ein Auslöser für den LAUF sein. Dies gibt die grammatikalische Auslegung jedoch nicht her. Somit wird diese Frage den Kantonen gestellt.
5.	Die Betreuung ist ein längerer Prozess, der grundsätzlich mit dem Betreibungsbegehren nach Art. 38 Abs. 2 SchKG beginnt und grundsätzlich mit der Zahlung oder mit dem Verlustschein endet. Der Gesetzestext "trotz Betreuung" kann somit unterschiedlich ausgelegt werden. Welcher Schritt aus den SchKG ist massgebend? Der Gesetzestext sagt "trotz Betreuung". Was bedeutet das? Der Beginn des Ablaufes - das Betreibungsbegehren -, das Ende des Ablaufs - der Verlustschein - oder ein Schritt dazwischen? Ziel ist es, dass die Kantone den Verlustschein nicht abwarten müssen (Bundesrat, 2011, Art. 105e). Den individuellen Wunsch der Kantone wird in der Befragung in Erfahrung gebracht.

Quelle: Eigene Darstellung.

Es sind die Versicherer und LERB, welche Auslöser für das Setzen eines LAUF liefern können. Es sind aber schliesslich die Kantone, die nach Art. 64a Abs. 7 KVG Versicherte auf der LVL erfassen und dem Versicherer mit dem Auftrag melden, diesen einen LAUF zu setzen.

- **Auslöser beim Versicherer**

Der Versicherer meldet nach Art. 64a Abs. 2 KVG dem Kanton jene Versicherte, welche die Prämien oder im TP die KOBE nicht bezahlen und in Betreuung sind.

- **Auslöser beim LERB**

Der LERB meldet dem Kanton jene Versicherten, welche im TG die LERB-Rechnung nicht bezahlen. Dieser Auslöser beim LERB ist eine Erkenntnis aus dieser Masterarbeit und deshalb nicht in die Befragung der Kantone eingeflossen.

Für die Meldung durch den Versicherer über die KOBE in Betreuung sowie wie für die Meldung durch den LERB über die ausstehende LERB-Rechnung besteht keine bundesrechtliche Grundlage.

4.1.2 Antworten zu Fragen

4.1.2.1 Frage 1

- **Fragestellung**

Aufgrund welcher Tatsache melden Sie einen Leistungsaufschub?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 14: Antworten zu Frage 1

Antworten	Kanton
Der Versicherer meldet die Betreuung (Art. 64a Abs. 2 KVG)	 
Der Versicherer meldet das Fortsetzungsbegehren	 
Der Versicherer meldet den Verlustschein auf der Quartalsmeldung (Art. 105f Abs. 1 KVV)	
Der Versicherer meldet den Verlustschein auf der Schlussabrechnung (Art. 105f Abs. 2 KVV)	
Sie erfahren, dass der Versicherte bereits einen LAUF in einem anderen Kanton hat	
andere:	
Der Zahlungsbefehl kann nicht zugestellt werden	
Der Versicherer meldet seine Bereitschaft zum Stellen des Fortsetzungsbegehrens (Wann der Versicherer fortsetzen darf, ist nicht definiert)	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.1.2.2 Frage 2

- **Fragestellung**

Nach Art. 64a Abs. 7 KVG darf nur ein Leistungsaufschub gemeldet werden, wenn der Versicherte seiner Prämienpflicht nicht nachkommt. Melden Sie trotzdem einen Leistungsaufschub an den Versicherer, wenn nur die Betreuung einer unbezahlten Kostenbeteiligung gemeldet wird?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 15: Antworten zu Frage 2

Antworten	Kanton
nein	
ja	    

Quelle: Eigene Darstellung.

4.1.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Damit der Druck bei einem zu Unrecht zahlungsunwilligen Schuldner so schnell wie möglich wirkt, sollte der Auslöser für den LAUF so früh wie möglich im Beteiligungsprozess sein, also beim Beteiligungsbegehren. Der durchdachte Vollzug der abgelehnten Standesinitiative 11.309 (Aargau, 2011), welche die Leistungspflicht von der Bezahlung der Prämie bereits im Zeitpunkt der Fälligkeit abhängig gemacht hätte, wäre dahingehend sicher wirkungsvoller gewesen.

Die bisherige Praxis seit Einführung dieses Gesetzesartikels zeigt, dass die Kantone den Auslöser und somit den Zeitpunkt für das Setzen eines LAUF sehr unterschiedlich auslegen. Die Meldungsflüsse vom Versicherer an den Kanton ermöglichen dies. Das Setzen aufgrund eines Verlustscheines würde der Rechtsgrundlage, welche zwischen 1. Januar 1996 und 31. Dezember 2003 gültig war, entsprechen, jedoch mit dem Unterschied, dass der Kanton und nicht der Versicherer über den LAUF entscheidet.

Der LAUF sollte im Inkassoverfahren so früh wie möglich angesetzt werden, damit er bei einer unterlassenen Zahlung so schnell wie möglich wirkt. Es sollte auch überprüft werden, ob der Verlustschein nicht ein Auslöser für das Aufheben des LAUF ist, zumal er betriebsrechtlich die Zahlungsunfähigkeit beurkundet.

Eine Meldung der betriebenen Schuldner nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG heisst nicht, dass die gemeldeten Versicherten auch tatsächlich auf der LVL erfasst werden. Es ist der Kanton, der konkret entscheidet, bei welchem Versicherten der Versicherer einen LAUF setzen muss.

Der Kanton Graubünden deutet auf das Fehlen der Adresse für die Zustellung des Zahlungsbefehls hin. Eine Fragestellung, die im Fragebogen bewusst weggelassen wurde (vgl. Kapitel 3.2.2.2), aber in der untenstehenden Auflistung der Handlungsempfehlung wieder aufgenommen wird.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 16: Handlungsempfehlung "Auslöser für das Setzen eines LAUF"

1.	Die Akteure legen die Auslöser für das Erfassen auf der LVL fest und legen sie transparent offen.
2.	Die Akteure klären, ob Versicherte mit Leistungsbezug, aber ohne Adresse, an der eine Beteiligung zugestellt werden kann (vgl. Kapitel 3.2.2.2), dem Kanton gemeldet werden sollen, damit der Kanton entscheiden kann, ob sie auf der LVL erfasst werden sollen oder nicht.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.2 Teil B: Auslöser für das Aufheben eines LAUF

4.2.1 Relevanz

Es sind die Kantone, Versicherer und LERB, welche Auslöser für das Aufheben eines LAUF liefern können.

- **Auslöser beim Kanton**

Art. 64a Abs. 7 1. Satz KVG erlaubt es den Kantonen Versicherte auf der LVL zu erfassen. Aus der Kann-Bestimmung lässt sich ableiten, dass nicht alle Kantone eine LVL führen müssen und dass Kantone, welche eine LVL führen, nicht alle Versicherten auf der LVL erfassen müssen (vgl. Kapitel 4.1) und somit auch jederzeit von der LVL entfernen können. Aus welchen Gründen die Kantone das tun, soll mit der Frage 3 in Erfahrung gebracht werden.

Die folgende Tabelle zeigt mögliche Ereignisse, die für einen Kanton Auslöser für die Aufhebung des LAUF sein könnten.

Tabelle 17: Mögliche Auslöser beim Kanton, den LAUF aufzuheben

Möglicher Auslöser	Beschreibung
Ausstellung eines Verlustscheines	Der Verlustschein bedeutet für den Gläubiger nach Art. 26, Art. 115, Art. 149 und Art. 264 SchKG die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners. Da nun die Zahlungsunwilligkeit wegfällt ist der Zweck des LAUF verwirkt und kann aufgehoben werden (Botschaft, 2004, S. 4340).
Konkurs eines Schuldners	Ein Konkurs sollte dem Schuldner die Möglichkeit gegeben, einen Schlussstrich zu ziehen und von Null zu beginnen. (Amonn & Walther, 2008, S. 321, Rz. 3 und Versicherungsgericht St. Gallen, 2010, Erwägung 1.3).
Versicherter wird EL-Bezüger	Die Bedürftigkeit und Zahlungsunfähigkeit ist durch diesen Status belegt.
Versicherter wird Sozialhilfeempfänger	Die Bedürftigkeit und Zahlungsunfähigkeit ist durch diesen Status belegt.
Versicherer wechselt den Kanton	Bei einem Kantonswechsel kann es zu sehr unterschiedlichen Situationen kommen, die bewusst zwischen den Kantonen abgestimmt werden müssen, so dass ein LAUF allenfalls aufgehoben werden muss. (Vgl. Kapitel 4.8, Interkantonale Anwendung des LAUF)
Versicherer reist in Ausland ab	Ein LAUF bei einem Versicherten, der ins Ausland abreist, hat keine Wirkung mehr.

Quelle: Eigene Darstellung.

- **Auslöser beim Versicherer**

Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG verlangt von den Versicherern, nach Begleichung der ausstehenden Forderungen den LAUF von Gesetzes wegen aufzuheben und den Kanton zu informieren.

Was unter ausstehenden Forderungen aus Sicht der Kantone gemeint ist, wird mit der Frage 4 in Erfahrung gebracht werden.

Die folgende Tabelle zeigt zwei Varianten der offenen Forderungen nach Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG.

Tabelle 18: Interpretationsmöglichkeiten der Forderungen nach Art. 64a Abs. 7 KVG

Variante 1 (Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Art. 64a Abs. 4 bzw. 3 sind)	
1.	Prämien
2.	KOBE
3.	Verzugszins
4.	Betreibungskosten
Variante 2 (Forderungen, die im Verlustschein enthalten sind.)	
1.	Prämien
2.	KOBE
3.	Verzugszins
4.	Betreibungskosten
5.	Mahnspesen (Art. 105b Abs. KVV, Art. 103 - 106 OR)
6.	Bearbeitungskosten des Versicherers (Art. 105b Abs. KVV, Art. 103 - 106 OR)

Quelle: Eigene Darstellung.

- **Auslöser beim LERB**

Wird im TG eine ausstehende LERB-Rechnung als Auslöser für das Setzen eines LAUF akzeptiert, dann muss deren Bezahlung der Auslöser für die Aufhebung des LAUF sein.

Für die Meldung durch den Versicherer über die bezahlte KOBE sowie für die Meldung durch den LERB über die bezahlte LERB-Rechnung besteht keine bundesrechtliche Grundlage.

4.2.2 Antworten zu Fragen

4.2.2.1 Frage 3

- **Fragestellung**

Wann lassen Sie den Leistungsaufschub beim Versicherer aufheben?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 19: Antworten zu Frage 3

Antworten	Kanton
Meldung durch den Versicherer, dass eine gemeldete Betreibung einen Verlustschein ergeben hat. Der Verlustschein bedeutet nach Art. 26, Art. 115, Art. 149 und Art. 264 SchKG für den Gläubiger die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners.	  
Meldung durch den Versicherten, dass Konkurs durchgeführt wurde	
Versicherter ist Ergänzungsleistungs-Bezüger geworden	  
Versicherter ist Sozialhilfeempfänger geworden	  
Versicherter ist ins Ausland abgereist	
Versicherter hat den Kanton gewechselt	
andere:	
Versicherter erhält Mutterschaftsbeiträge Versicherter erhält die Prämien vollumfänglich verbilligt	
Versicherer (Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG) oder Versicherter meldet die Begleichung der offenen Forderungen	
Versicherter meldet die Begleichung der offenen Forderungen (Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG)	   

Quelle: Eigene Darstellung.

4.2.2.2 Frage 4

- **Fragestellung**

Welche Anteile der Gesamtforderung (ausstehenden Forderungen), die in einem Verlustschein enthalten sind, muss der Schuldner begleichen, damit nach Ihrer Meinung - angelehnt an Art. 64a Abs. 7 KVG - die Schuld als beglichen gilt?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 20: Antworten zu Frage 4

Antworten	Kanton
Betriebskosten	       
Verzugszinsen	       
Mahnspesen (Art. 105b Abs. 2 KVV, Art. 103 - 106 OR)	  
Prämie	       
Kostenbeteiligung	       
Bearbeitungskosten des Versicherers (Art. 105b Abs. 2 KVV, Art. 103 - 106 OR)	   

Quelle: Eigene Darstellung.

4.2.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Für die Versicherten mit LAUF muss klar sein, was die Gründe für das Aufheben eines LAUF sind, unabhängig davon, ob der Auslöser beim Kanton, Versicherer oder LERB liegt. Wichtig ist auch, dass die LVL umgehend aktualisiert wird.

Als zusätzlicher Grund für das Aufheben des LAUF wurde der Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG genannt, wonach die Versicherer die Aufhebung den LAUF nach Begleichung der ausstehenden Forderung dem Kanton melden müssen. Dieser gesetzliche Aufhebungsgrund wurde in der Tabelle der Antworten zur Frage 3 ergänzt.

Welche ausstehenden Forderungen beglichen sein müssen, damit der Versicherer den LAUF von Gesetzes wegen aufheben darf, ist zu klären. Es wurde erwähnt, dass wenn Mahnspesen und Betriebskosten des Versicherers massgebend wären, auch Bearbeitungskosten der öffentlichen Hand zur Gesamtforderung gehörten. Hier kann angefügt werden, dass die Mahnspesen und Betriebskosten des Versicherers aufgrund bestehender Rechtsgrundlagen ein-

gefordert werden dadurch Bestandteile der im Verlustschein verbrieften Gesamtforderung sind. Dennoch ist bei der Klärung der Art. 64a Abs. 3 KVG, wonach nur die Prämien, KOBE, Verzugszinsen und Betreuungskosten als Gesamtbetrag der Forderungen bezeichnet werden, zu berücksichtigen. Ebenso zu berücksichtigen ist die Möglichkeit von Pauschalvereinbarungen zwischen Versicherte und der Versicherer.

Eine weitere Frage stellt sich bei einem Wechsel des Schuldners (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Schuldner") und bei einer Abreise ins Ausland: Muss dann der LAUF aufgehoben werden? Der LAUF sollte in beiden Fällen beibehalten werden. Nach einem Wechsel des Schuldners ist die Begleichung der Teilforderung für den betroffenen Versicherten Auslöser beim Versicherer für das Aufheben des LAUF. Mit einem LAUF bei Abreise ins Ausland sollte gleich umgegangen werden wie mit einem LAUF bei Wechsel des Versicherers (vgl. Kapitel 4.9). Der LAUF lebt bei einem Wiedereintritt wieder auf, sofern er seit dem Austritt nicht wegen Bezahlung der Forderung oder aufgrund Auftrag des Kantons aufgehoben wurde.

Eine besondere Situation stellt der Übergang vom alten zum neuen Recht dar.

Ab 1. Januar 2012 werden Verlustscheine mit Forderungsinhalt ausgestellt, welcher die Zeit des alten und neuen Rechts betreffen. Nach Art. 105f Abs. 2 KVV sind die Verlustscheine in der Schlussabrechnung massgebend, welche im Vorjahr ausgestellt worden sind. Die grammatikalische Auslegung bedeutet, dass unabhängig vom Forderungsinhalt das Ausstellungsdatum des Verlustscheins massgebend ist. In der Praxis wird das jedoch kantonal unterschiedlich angewendet.

Nach Art. 64a Abs. 3 aKVG (nicht mehr in Kraft) musste der LAUF aufgehoben werden, sobald die Prämien, KOBE, Verzugszinse und Betreuungskosten mit Forderungsinhalt ≤ 2011 zu 100 % bezahlt waren. Die Zahlung kam entweder vom Versicherten oder vom Kanton und wirkte forderungsmindernd. Nach Art. 64a Abs. 4 KVG erfolgt noch eine Bezahlung zu 85 %. Entschädigt ein Kanton Forderungsinhalt ≤ 2011 nach Art. 64a Abs. 4 KVG zu 85 %, stellt sich die Frage, ob der LAUF aus den Vorjahren aufgehoben werden muss, obwohl dieser nach Art. 105c Abs. 3 aKVV (nicht mehr in Kraft) erst nach Bezahlung von 100 % der Prämien, KOBE, Verzugszinsen und Betreuungskosten aufgehoben werden muss. Dabei zu beachten ist, dass der LAUF ≥ 2012 nicht beeinträchtigt werden darf, da ab 2012 für diesen LAUF andere Regeln gelten. Verlustscheine mit alt- und neurechtlichem Inhalt sollten gesplittet werden. Die folgende Tabelle zeigt eine Empfehlung über das Aufheben von LAUF.

Tabelle 21: Wann muss ein LAUF aufgehoben werden?

		Forderungsinhalt des Verlustscheines		
		< 2012	≥ 2012	
Ausstellungsdatum des Verlustscheines	< 2012	Kanton	Der Kanton bezahlt für den Verlustschein 100 % im Sinne von Art. 105c Abs. 3 aKVV (nicht mehr in Kraft), dann den LAUF < 2012 aufheben. (Besteht eine Vereinbarung nach Art. 105c Abs. 3 aKVV (nicht mehr in Kraft) sollte gar kein LAUF vorhanden sein.) Der Verlustschein geht an den Kanton. Die Zahlung ist forderungsmindernd.	
		Versicherter	Der Versicherte bezahlt für den Verlustschein 100 % nach Art. 64a Abs. 2 aKVG (nicht mehr in Kraft), dann den LAUF < 2012 aufheben.	
	≥ 2012	Kanton	<p><u>Variante 1:</u> Der Kanton bezahlt für den Verlustschein 100 % im Sinne von Art. 105c Abs. 3 aKVV (nicht mehr in Kraft), dann den LAUF < 2012 aufheben. (Besteht eine Vereinbarung nach Art. 105c Abs. 3 aKVV (nicht mehr in Kraft) sollte gar kein LAUF vorhanden sein.) Der Verlustschein geht an den Kanton. Die Zahlung ist forderungsmindernd.</p> <p><u>Variante 2:</u> Der Kanton bezahlt für den Verlustschein 85 % nach Art. 64a Abs. 4 KVG, dann den LAUF < 2012 aufheben. Der Verlustschein bleibt beim Versicherer. Die Zahlung ist nicht forderungsmindernd.</p> <p><u>Variante 3:</u> Der Kanton bezahlt für den Verlustschein 0 %, dann den LAUF < 2012 nicht aufheben. Der Verlustschein bleibt beim Versicherer. Es ist keine Zahlung erfolgt.</p>	Kanton macht eine Meldung für das Aufheben des LAUF ≥ 2012.
		Versicherter	Der Versicherte bezahlt für den Verlustschein 100 % nach Art. 64a Abs. 2 aKVG (nicht mehr in Kraft), dann den LAUF < 2012 aufheben.	Der Versicherte bezahlt für den Verlustschein 100 %, dann den LAUF ≥ 2012 aufheben.

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 22: Handlungsempfehlung "Auslöser für das Aufheben eines LAUF"

1.	Die Akteure legen die Auslöser für das Entfernen von der LVL fest und legen sie transparent offen.
2.	Wechselt ein Versicherter den Schuldner, dann bleibt der LAUF bestehen, bis der Anteil der gesamten ausstehenden Forderung, welche diesen Versicherten betrifft, bezahlt ist.
3.	Reist ein Versicherter mit LAUF ins Ausland ab, bleibt der LAUF wie bei einem Wechsel des Versicherers (vgl. Kapitel 4.9) bestehen.
4.	Die Akteure legen fest, welche ausstehenden Forderungen beglichen sein müssen bzw. was unter offenen Forderungen nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG zu verstehen ist, damit der Versicherer die gesetzliche Aufhebung des LAUF machen kann.
5.	Die Akteure legen den Umgang mit LAUF aus der Zeit vor 2012 fest.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3 Teil C: Wirkung des LAUF

4.3.1 Relevanz

Es muss geklärt sein, für welchen Zeitraum ein LAUF Gültigkeit hat und auf welche LERB-Rechnungen der LAUF Wirkung haben muss. Bei der Fragestellung wird angenommen, dass der Auslöser für einen LAUF - entgegen dem Wortlaut des Art. 64a Abs. 7 KVG - nicht nur unbezahlte Prämienrechnungen sondern auch unbezahlte KOBE-Rechnungen nach Art. 64a Abs. 1 aKVG (nicht mehr in Kraft) sein können.

- **Für welchen Zeitraum hat der LAUF Gültigkeit**

Der Zeitraum für die Gültigkeit des LAUF könnte von der in Betreuung stehenden Prämie oder KOBE abhängig gemacht werden.

Wird z. B. die Prämie für Januar nicht bezahlt, gilt der LAUF ab Januar bis auf Widerruf. Hier würde auf den Parameter "Deckungszeitraum" der Prämienrechnung referenziert. Wird z. B. die KOBE für eine Behandlung vom Februar nicht bezahlt, gilt der LAUF ab Februar bis auf Widerruf. Hier würde auf den Parameter "Behandlungszeitraum" der KOBE-Rechnung referenziert. Sind das die "richtigen" und "sinnvollen" Parameter?

Prämie und KOBE haben unterschiedliche Parameter, so dass der Zeitraum für die Gültigkeit unterschiedlich interpretiert werden kann. Diese Parameter sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 23: Parameter von Prämienrechnungen und KOBE-Rechnungen

Parameter	Prämienrechnung	KOBE-Rechnung
Behandlungszeitraum		x
Deckungszeitraum	x	
Rechnungsdatum	x	x
Rechnungsdatum der LERB-Rechnung		x
Fälligkeitsdatum	x	x
Datum des Betreibungsbegehrens	x	x

Quelle: Eigene Darstellung.

Beispiel für eine unbezahlte Prämienrechnung: Der Versicherer stellt die Prämie für Januar 2014 (Deckungszeitraum) am 10. Dezember 2013 (Rechnungsdatum) dem Versicherten in Rechnung. Sie ist am 1. Januar 2014 (Fälligkeitsdatum) fällig. Das Betreibungsbegehren wird am 27. April 2014 (Datum des Betreibungsbegehrens) gestellt (vgl. Kapitel 2.2). Ab wann und bis wann soll der LAUF Gültigkeit haben? Rückwirkend ab dem Deckungszeitraum, ab dem Rechnungsdatum, ab dem Fälligkeitsdatum, ab dem Datum des Betreibungsbegehrens oder ab irgendeinem anderen Zeitpunkt?

Beispiel für eine unbezahlte KOBE-Rechnung: Der LERB stellt die Behandlung zwischen dem 2. und 10. Dezember 2013 (Behandlungszeitraum) am 15. Dezember 2013 (Rechnungsdatum der LERB-Rechnung) dem Versicherer in Rechnung. Der Versicherer stellt die KOBE am 20. Dezember 2013 (Rechnungsdatum) dem Versicherten in Rechnung. Sie ist am 19. Januar 2014 (Fälligkeitsdatum) fällig. Das Betreibungsbegehren wird am 20. Mai 2014 (Datum des Betreibungsbegehrens) gestellt (vgl. Kapitel 2.2). Ab wann und bis wann soll der LAUF Gültigkeit haben? Rückwirkend ab dem Behandlungszeitraum, ab dem Rechnungsdatum der LERB-Rechnung, ab dem Rechnungsdatum, ab dem Fälligkeitsdatum, ab dem Datum des Betreibungsbegehrens oder ab irgendeinem anderen Zeitpunkt?

Weiter muss geklärt sein, wie der Beginn und das Ende des LAUF bestimmt werden. Mögliche Ausprägungen sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 24: Mögliche Ausprägungen der Dauer des LAUF

Parameter	Beispiel für	
	Beginn	Ende
monatsgenau mit Ende	Januar 2013	Dezember 2013
tagesgenau mit Ende	15.01.2013	10.12.2013
monatsgenau bis auf Widerruf	Januar 2013	
tagesgenau bis auf Widerruf	15.01.2013	

Quelle: Eigene Darstellung.

- **Auf welche LERB-Rechnung hat der LAUF Wirkung?**

Eine LERB-Rechnung hat unterschiedliche Parameter, so dass die Wirkung unterschiedlich sein kann. Inwiefern dann diese Parameter sinnvoll für die Festlegung der Wirkung herangezogen werden können, ist noch festzustellen. Diese erwähnten Parameter sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

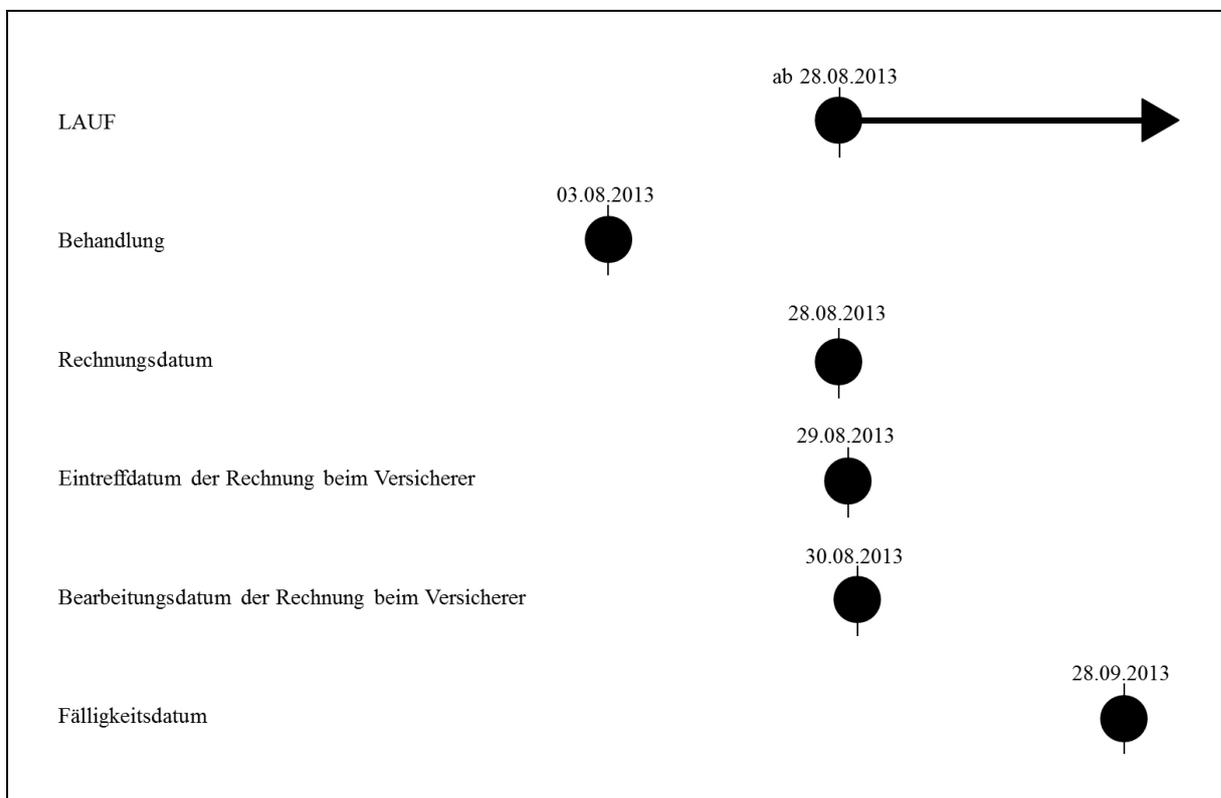
Tabelle 25: Parameter von einer LERB-Rechnung

Parameter einer LERB-Rechnung
Behandlungszeitraum
Rechnungsdatum
Fälligkeitsdatum
Eintreffdatum der Rechnung beim Versicherer
Bearbeitungsdatum der Rechnung beim Versicherer

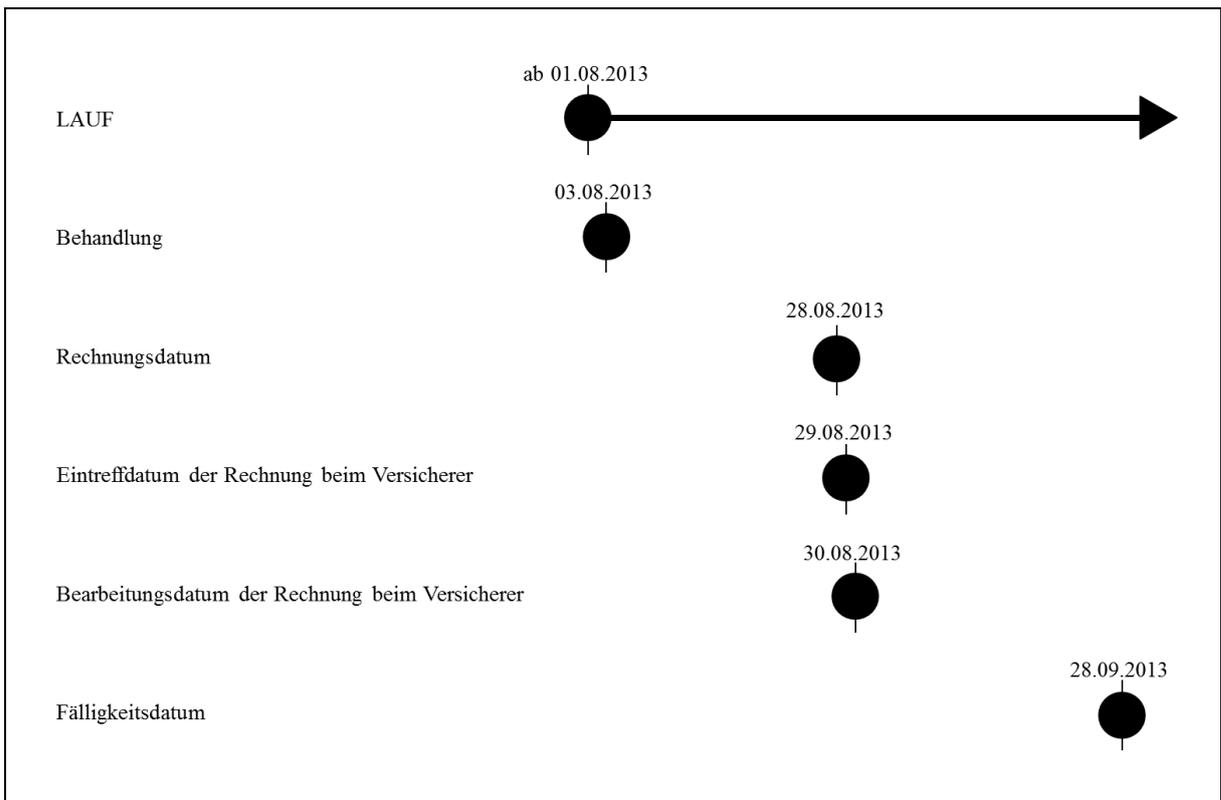
Quelle: Eigene Darstellung.

Beispiel: Ein Versicherter hat einen LAUF gültig ab dem 28. August 2013. Heute am 30. August 2013 (Bearbeitungsdatum der Rechnung beim Versicherer) bekommt der Mitarbeiter des Versicherers eine LERB-Rechnung in Bearbeitung. Die LERB-Rechnung ist am 28. August 2013 (Rechnungsdatum) erstellt worden, ist am 28. September 2013 (Fälligkeitsdatum) fällig, betrifft eine Leistung des LERB vom 3. August 2013 (Behandlungszeitraum) und ist am 29. August 2013 (Eintreffdatum der Rechnung beim Versicherer) beim Versicherer eingetroffen. Muss der Versicherer den LAUF anwenden, da das Rechnungsdatum in die Gültigkeit des LAUF fällt oder muss der Versicherer diese LERB-Rechnung zahlen, da die Behandlung noch vor der Gültigkeit des LAUF stattgefunden hat? Was gilt? Diese Situation ist der folgenden Abbildung dargestellt. Die zwei anschliessenden Abbildungen zeigen Varianten der gleichen Situation mit unterschiedlichem Beginn des LAUF.

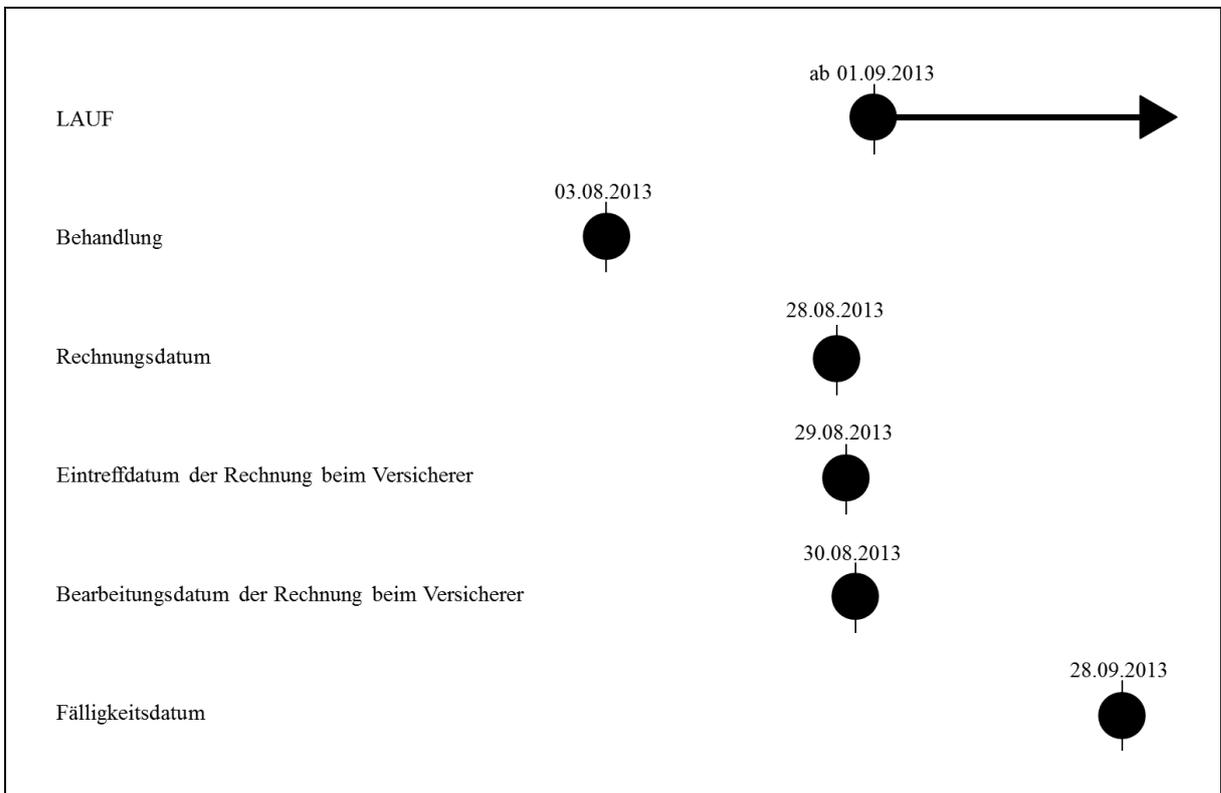
Abbildung 7: Situation 1: Muss der LAUF wirken?



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 8: Situation 2: Muss der LAUF wirken?

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 9: Situation 3: Muss der LAUF wirken?

Quelle: Eigene Darstellung.

Weiter muss geklärt sein, für welche Leistungen der LAUF anzuwenden ist: Gilt er für Leistungen aus Krankheit und Unfall?

Hintergrund: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt nebst Leistungen aus Krankheit auch Leistungen aus Unfall (Art. 1a Abs. 2 Bst. b KVG, Art. 8 Abs. 2 und 3KVG sowie Art. 28 KVG), sofern diese Deckung beim Versicherer vereinbart wurde. Somit werden die Kantone gefragt, ob der LAUF auch bei Leistungen aus Unfall wirken soll.

4.3.2 Antworten zu Fragen

4.3.2.1 Frage 5

- **Fragestellung**

Für welchen Zeitraum hat ein Leistungsaufschub Gültigkeit, falls diese wegen Betreibung auf Prämien ausgelöst wird?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 26: Antworten zu Frage 5

Antworten	Kanton
ab Meldungseingang des Leistungsaufschubes beim Versicherer	 
während der Deckungsperiode der betriebenen Prämie (z. B. Prämie Juni 2013 ist in Betreibung, Leistungsaufschub für Juni 2013)	
andere:	
ab dem Fortsetzungsbegehren	
ab Eintrag auf der LVL bis zur Löschung	 
ab Mitteilung an den Versicherten	
ab Rechtskraft der Verfügung betreffend LAUF	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3.2.2 Frage 6

- **Fragestellung**

Für welchen Zeitraum hat ein Leistungsaufschub Gültigkeit, falls diese wegen Betreuung auf Kostenbeteiligung ausgelöst wird?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 27: Antworten zu Frage 6

Antworten	Kanton
ab Meldungseingang des Leistungsaufschubes beim Versicherer	 
während der Behandlungsdauer der betriebenen Kostenbeteiligung (z. B. Kostenbeteiligung für eine Behandlung im Juni ist in Betreuung, Leistungsaufschub für Juni 2013)	
andere:	
ab dem Fortsetzungsbegehren	
ab Eintrag auf der LVL bis zur Löschung	 
ab Mitteilung an den Versicherten	
ab Rechtskraft der Verfügung betreffend LAUF	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3.2.3 Frage 7

- **Fragestellung**

Wie legen Sie die Dauer des Leistungsaufschubes fest?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 28: Antworten zu Frage 7

Antworten	Kanton
von einem Monat bis zu einem konkreten Monat (monatsgenau)	
von einem Datum bis zu einem konkreten Datum (tagesgenau)	
von einem Monat bis auf Widerruf (monatsgenau)	
von einem Datum bis auf Widerruf (tagesgenau)	     

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3.2.4 Frage 8

- **Fragestellung**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt nebst Leistungen aus Krankheit auch Leistungen aus Unfall (Art. 1a Abs. 2 Bst. b KVG, Art. 8 Abs. 2 und 3 KVG sowie Art. 28 KVG). Bei welchen Ereignissen soll der Leistungsaufschub wirken.

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 29: Antworten zu Frage 8

Antworten	Kanton
Leistungen aus Krankheit	     
Leistungen aus Unfall	     

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3.2.5 Frage 9

- **Fragestellung**

Für welche Rechnungen eines Leistungserbringers muss der Leistungsaufschub Wirkung haben?

Er gilt für Rechnungen des Leistungserbringers (Spital, Arzt usw.), welche während der Gültigkeit des Leistungsaufschubs...

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 30: Antworten zu Frage 9

Antworten	Kanton
vom Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ausgestellt wurden.	
beim Versicherer eintreffen (Art. 105c Abs. 2 KVV - Version 2011).	
vom Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) fakturiert wurden.	
fällig sind.	
beim Versicherer bearbeitet werden.	
durchgeführte Behandlungen enthalten.	
andere:	
sämtliche Rechnungen, welche Leistungen nach KVG enthalten und keine Notfallbehandlungen sind	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.3.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Alle Parameter aus der Prämienrechnung oder KOBE-Rechnung führen zu einem rückwirkenden LAUF.

Ein rückwirkender LAUF führt zu folgendem:

- Ist der Versicherte am Behandlungstag nicht auf der LVL, führt der LERB die Behandlung durch. Wird am folgenden Tag der Versicherte rückwirkend auf den Tag der Behandlung auf der LVL erfasst, wird der Versicherer die LERB-Rechnung im TP bzw. dem

Versicherten die Versicherungsleistung im TG nicht bezahlen. Das ist nicht zielführend. Der LERB muss am Tag der Behandlung wissen, ob er für die Behandlung bezahlt wird.

- Hat der Versicherer eine LERB-Rechnung abgerechnet und erfolgt ein rückwirkender LAUF, muss er die Zahlungen an den LERB zurückfordern und die KOBE-Rechnung an den Versicherten stornieren (TG), bzw. die Versicherungsleistung an den Versicherten stornieren (TP). Das ist zwar technisch möglich, aber nicht zielführend. Dem LERB darf die Zahlung der LERB-Rechnung bzw. dem Versicherten die Zahlung der Versicherungsleistung nicht verweigert werden, wenn der LERB am Tag der Behandlung nicht wissen konnte, dass der Versicherte auf der LVL erfasst ist.

Der im zweiten Punkt beschriebene Effekt entsteht auch, wenn ein LERB trotz LAUF eine Behandlung durchführt und der Versicherer nicht gleichzeitig wie der LERB Kenntnis über den LAUF hat.

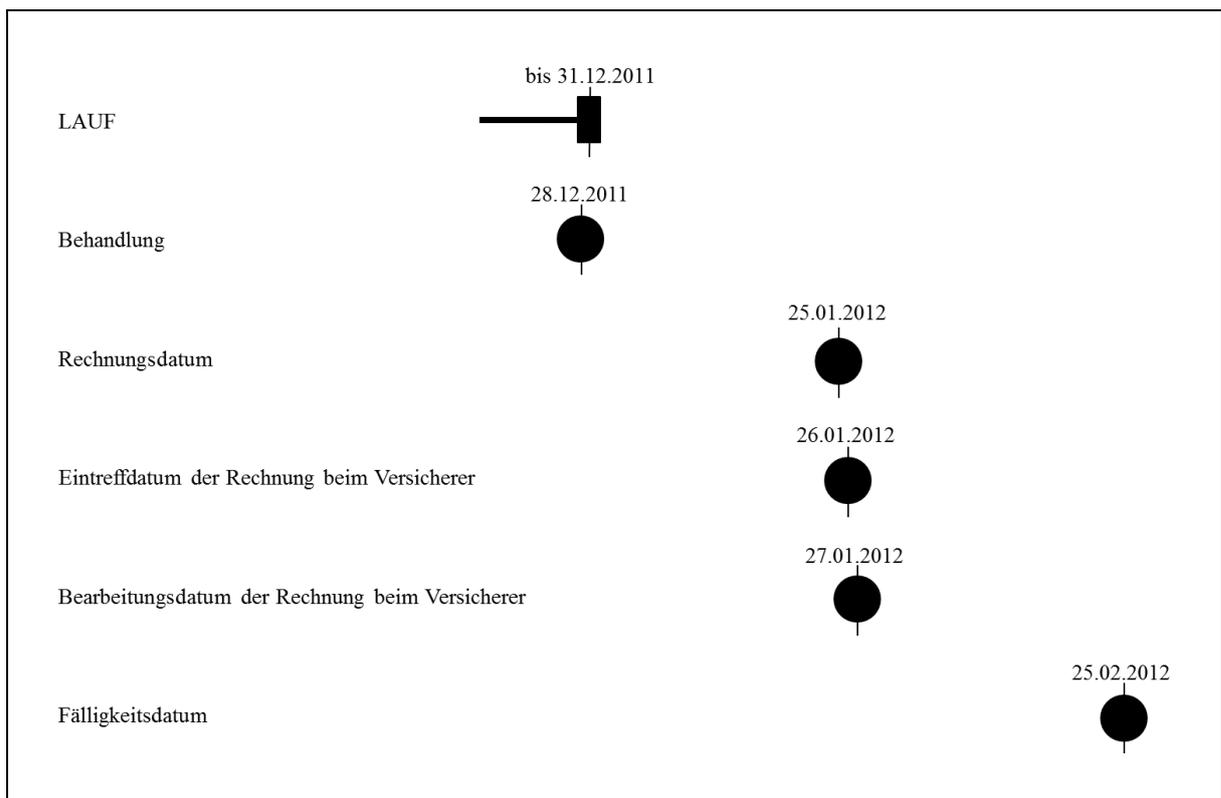
Der LERB muss sich darauf verlassen können, dass er ohne Eintrag in der LVL am Tag der Behandlung für seine Leistung bezahlt wird. Deshalb kann für den Vollzug des LAUF nur das Behandlungsdatum in Betracht bezogen werden. (vgl. Kapitel 4.6)

Eine besondere Situation stellt der Übergang vom alten zum neuen Recht dar.

Nach alter Rechtsgrundlage hat der Versicherer den LAUF gesetzt und dem Kanton mitgeteilt. Die Kantone konnten mit einer Vereinbarung nach Art. 105c Abs. 6 aKVV (nicht mehr in Kraft) den LAUF verhindern. Der Art. 105c Abs. 2 aKVV (nicht mehr in Kraft) sagt aus, dass der LAUF am Tag seiner Mitteilung an den Kanton beginnt. Er gilt für jene LERB-Rechnungen, die dem Versicherer während der Dauer des LAUF zur Zahlung an den LERB (TG) oder zur Zahlung von Versicherungsleistungen (TP) zukommen. Die Regelung zwang die Versicherer, LERB-Rechnungen nicht abzurechnen, obwohl im Zeitpunkt der Behandlung der LERB über den LAUF gar noch nichts wissen konnte.

Mit der neuen Rechtsgrundlage entscheiden die Kantone, welcher Versicherte auf der LVL erfasst oder entfernt wird. Somit müssen die LAUF, welche nach alter Rechtsgrundlage entstanden sind per 31. Dezember 2011 beendet, aber nicht aufgehoben werden. Die Gültigkeit und Wirkung für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2012 bleibt erhalten.

Beispiel: Ein Versicherter hat einen LAUF gültig ab dem 5. März 2011 bis am 31.12.2011. Heute am 27. Januar 2012 (Bearbeitungsdatum der Rechnung beim Versicherer) bekommt der Mitarbeiter des Versicherers eine LERB-Rechnung in Bearbeitung. Die LERB-Rechnung ist am 25. Januar 2012 (Rechnungsdatum) erstellt worden, ist am 25. Februar 2012 (Fälligkeitsdatum) fällig, betrifft eine Leistung des LERB vom 28. Dezember 2011 (Behandlungszeitraum) und ist am 26. Januar 2012 (Eintreffdatum der Rechnung beim Versicherer) beim Versicherer eingetroffen. Muss der Versicherer den alten LAUF anwenden? Die folgende Abbildung beschreibt den Sachverhalt.

Abbildung 10: Situation 4: Muss der LAUF wirken?

Quelle: Eigene Darstellung.

Die LERB-Rechnung ist gemäss alter Rechtsgrundlage nach dem Bestehen eines LAUF an den Versicherer zur Bearbeitung gekommen. Also müsste der Versicherer nach alter Rechtsgrundlage im TP die LERB-Rechnung dem LERB bezahlen und die KOBE-Rechnung dem Versicherten zustellen bzw. im TG die Versicherungsleistung dem Versicherten bezahlen. Wenn dem so wäre, hätten ab 1. Januar 2012 die alten, wegen vorhandenem LAUF nicht bezahlten, LERB-Rechnungen durch die Versicherer abgerechnet werden müssen, obwohl die offenen Forderungen noch nicht bezahlt sind. Dies hätte einer Umgehung der alten Rechtsgrundlage entsprochen, so dass zusätzlich das Behandlungsjahr als Parameter berücksichtigt werden muss, was in der folgenden Abbildung beschrieben ist.

Tabelle 31: Wirkung des LAUF auf die LERB-Rechnung

		Behandlungsjahr	
		< 2012	≥ 2012
Eintreffdatum der LERB-Rechnung	< 2012	besteht ein LAUF im Zeitraum des Eintreffens der LERB-Rechnung, dann LAUF vollziehen	gibt es nicht
	≥ 2012	besteht ein LAUF < 2012, dann den LAUF vollziehen	besteht ein LAUF im Zeitraum der Behandlung, dann den LAUF vollziehen

Quelle: Eigene Darstellung.

Die LERB-Rechnung aus obigem Beispiel wird folglich wegen dem alten LAUF nicht abgerechnet.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 32: Handlungsempfehlung "Wirkung des LAUF"

1.	Die Akteure legen die Gültigkeit des LAUF tagesgenau bis auf Widerruf fest. Die Gültigkeit beginnt frühestens an dem Tag, an dem der LERB diesen in der LVL sehen kann.
2.	Der Versicherer stützt sich beim Vollzug des LAUF auf das Behandlungsdatum auf der LERB-Rechnung.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.4 Teil D: Vom LAUF betroffener Personenkreis

4.4.1 Relevanz

Hier geht es darum in Erfahrung zu bringen, welche Versicherten auf der LVL erfasst werden. Erfasst der Kanton immer alle Versicherten pro "Familie" (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Schuldner") auf der LVL oder gibt es Ausnahmen?

4.4.2 Antworten zu Fragen

4.4.2.1 Frage 10

- **Fragestellung**

Für welche Versicherten melden Sie keinen Leistungsaufschub an den Versicherer, nach Information des Versicherers über deren Betreuung?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 33: Antworten zu Frage 10

Antworten	Kanton
Der Versicherte ist ein Kind	    
Der Versicherte ist Ergänzungsleistungs-Bezüger	   
Der Versicherte ist Sozialhilfeempfänger	   
Der Versicherte ist Bezüger einer Prämienverbilligung	
Es gibt keine Ausnahmen, alle Versicherten erhalten einen Leistungsaufschub	
andere:	
Der Versicherte erhält die Prämien vollumfänglich verbilligt Es besteht ein Verlustschein	
Der Versicherte erhält Mutterschaftsbeiträge	 
Die Krankenkassenkontrollstelle der Gemeinde beurteilt schliesslich	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.4.2.2 Frage 11

- **Fragestellung**

Detaillierungsgrad des betroffenen Personenkreises

Ausgangslage: Die Betreuung wird pro Schuldner durchgeführt. Es ist möglich, dass der Schuldner nicht versichert ist, da er "nur" Prämienzahler ist. Der Versicherer meldet eine Betreuung unter Angabe, des Schuldners und der Versicherten, für welche der Schuldner sich als Zahler bezeichnet hat. Sie melden uns einen Leistungsaufschub. Was melden Sie?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 34: Antworten zu Frage 11

Antworten	Kanton
nur den Schuldner, so dass der Versicherer jedem Familienmitglied einen Leistungsaufschub setzen muss	
Nur die Versicherten, für welche einen Leistungsaufschub gesetzt werden muss	
den Schuldner und nur die Versicherten, für welche einen Leistungsaufschub gesetzt werden muss	
Nur die Versicherten, für welche keinen Leistungsaufschub gesetzt werden muss	
den Schuldner und nur die Versicherten, für welche keinen Leistungsaufschub gesetzt werden muss	
alle Versicherten mit je der Angabe, ob ein Leistungsaufschub gesetzt werden muss bzw. nicht gesetzt werden muss	
den Schuldner und alle Versicherten mit je der Angabe, ob ein Leistungsaufschub gesetzt werden muss bzw. nicht gesetzt werden muss	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.4.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Der Zeitpunkt staatlicher Leistungen für die OKP und der Zeitpunkt der Forderungen aus der OKP sind nicht durchgängig aufeinander abgestimmt. Das führt z. B. bei EL-Bezüglern, bei Sozialhilfeempfängern und bei Berechtigten auf eine PV dazu, dass die Rechnung für die OKP fällig ist, bevor die staatliche Leistung beim Berechtigten eintrifft. Werden solche Versicherte betrieben und durch den Kanton auf der LVL erfasst, kann von einem Kollateralschaden gesprochen werden: Versicherte werden unverschuldet und unbeabsichtigt auf der LVL erfasst, weil die staatliche Leistung noch ausstehend ist.

Die fehlende Abstimmung ist sogar innerhalb des KVG ersichtlich und bräuchte eine entsprechende bürgerorientierte Auslegung: Nach Art. 65 Abs. 3 2. Satz KVG sorgen die Kantone dafür, dass die Auszahlung der PV so erfolgt, dass die Anspruchsberechtigten ihrer Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen. In die gleiche Stossrichtung deutet der Art. 65 Abs. 4bis KVG wonach der Kanton dem Versicherer die Versicherten, welche Anspruch auf eine PV haben, und die Höhe der PV so früh meldet, dass der Versicherer die PV bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Diese beiden Gesetzesgrundlagen fordern eine mit dem KVG zeitlich abgestimmte Leistung. Der Art. 65 Abs. 3 1. Satz KVG wonach die Kantone dafür sorgen müssen, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden, relativiert die zeitlich abgestimmte Leistung, wenn die aktuellste Einkommens- und Familienverhältnisse einzig von der jährlichen Steuererklärung abhängig sind.

Liefert der Kanton nur den Schuldner, so kann der Versicherer entweder nur allen oder keinem im Familienkonstrukt zusammengefassten Versicherten einen LAUF setzen oder aufheben. Deshalb sollte der Kanton den Versicherer immer versichertenindividuell über das Setzen und Aufheben des LAUF beauftragen.

Der Versicherer sollte ebenso versichertengenau bestätigen, wem er den LAUF gesetzt hat und wem nicht inkl. Begründung. Warum soll ein Versicherer einen LAUF nicht setzen? Vor dem Setzen soll der Versicherer überprüfen, ob die massgebende Schuld noch vorhanden ist und die Meldung der Bezahlung durch den Versicherer an den Kanton sich nicht mit dem Auftrag des Kantons an den Versicherer, den LAUF zu setzen, gekreuzt hat. Trifft dies zu, muss der LAUF mit Begründung abgewiesen werden.

Ob der Versicherer das Setzen des LAUF zusätzlich davon abhängig machen soll, ob er an den Kanton, der ihn beauftragt, diesen LAUF zu setzen, die Meldung der Betreuung nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG gemacht hat, ist abhängig vom Umgang mit dem LAUF beim Wechsel des Versicherers (vgl. Kapitel 4.9).

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 35: Handlungsempfehlung "Vom LAUF betroffener Personenkreis"

1.	Bund und Kantone stimmen bürgerorientiert staatliche Leistungen für das KVG und Forderungen aus dem KVG besser aufeinander ab.
2.	Der Kanton beauftragt den Versicherer über das Setzen und Aufheben des LAUF individuell pro Versicherten.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.5 Teil E: Information des Versicherten über den LAUF

4.5.1 Relevanz

Der Versicherte muss Klarheit haben, ob und warum er auf der LVL erfasst oder entfernt wurde, welche Rechtsmittel er dagegen einsetzen kann und was er tun muss, um den LAUF zu beseitigen. Gesetzlich ist nicht geregelt, wer informiert: Der Kanton oder der Versicherer. Es ist sicherzustellen, dass eine entsprechende Information erfolgt.

4.5.2 Antworten zu Fragen

4.5.2.1 Frage 12

- **Fragestellung**

Informieren Sie die Versicherten, wenn Sie einen Leistungsaufschub bei seinem Versicherer setzen lassen?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 36: Antworten zu Frage 12

Antworten	Kanton
nein	
ja (Wenn ja, bitte ein Muster einer solchen Information beilegen)	

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Muster der Informationen befinden sich im Anhang:

- Anhang 6: Kanton Luzern
- Anhang 7: Kanton Solothurn
- Anhang 8: Kanton Zug

4.5.2.2 Frage 13

- **Fragestellung**

Wer macht die Information an den Versicherten?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 37: Antworten zu Frage 13

Antworten	Kanton
Kanton	  
Gemeinde	
andere: Falls angekreuzt: Wer?	
SVA	 
STAPUK	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.5.2.3 Frage 14

- **Fragestellung**

Informieren Sie die Versicherten, wenn Sie einen Leistungsaufschub bei seinem Versicherer aufheben lassen oder beim Versicherer aufgehoben (Art. 64a Abs. 7 KVG) wird?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 38: Antworten zu Frage 14

Antworten	Kanton
nein	
ja (Wenn ja, bitte ein Muster einer solchen Information beilegen)	      

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Muster der Informationen befinden sich im Anhang:

- Anhang 9: Kanton Luzern
- Anhang 10: Kanton Solothurn

4.5.2.4 Frage 15

- **Fragestellung**

Wer macht die Information an den Versicherten?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 39: Antworten zu Frage 15

Antworten	Kanton
Kanton	 
Gemeinde	
andere: Falls angekreuzt: Wer?	
SVA	 
STAPUK	
Durchführungsstelle Krankenversicherungsausstände, Zug	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.5.2.5 Frage 16

- **Fragestellung**

An wen muss sich der Versicherte melden, wenn er den Leistungsaufschub beanstandet bzw. annulliert haben will?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 40: Antworten zu Frage 16

Antworten	Kanton
zuständige kantonale Stelle	 
Versicherer	  
andere:	
Dies ist noch unklar. Eher der Versicherer.	
Versicherer (wenn die Betreuung beanstandet wird)	
Gemeinde	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.5.2.6 Frage 17

- **Fragestellung**

Was muss der Versicherer tun, wenn der Versicherte den Leistungsaufschub beanstandet bzw. annulliert haben will (Die Betreuung besteht zu Recht)?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 41: Antworten zu Frage 17

Antworten	Kanton
den Leistungsaufschub ohne weitere Abklärungen aufheben	
den Leistungsaufschub auf jeden Fall beibehalten	
die Beanstandung bzw. den Antrag auf Annullierung des Versicherten an die kantonale Stelle weiterleiten	
andere: Falls angekreuzt: Was?	
Das ist noch unklar.	
Der Versicherer macht eine Sachverhaltsprüfung und behandelt die Einsprache. Der Versicherer ist verpflichtet den LAUF zu verfügen. Somit ist das Einspracheverfahren das korrekte rechtliche Verfahren.	
Der Versicherer prüft, ob die Voraussetzung für einen LAUF noch besteht. Ist dies der Fall, muss der LAUF beibehalten werden. Sind die Voraussetzungen nicht mehr vorhanden, muss der LAUF aufgehoben werden.	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.5.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Der Auslöser für einen LAUF ist gemäss Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG die gesetzliche Meldung des Versicherers an den Kanton, unabhängig vom Zeitpunkt im Betreibungsablauf. Dies würde darauf hindeuten, dass eine Information bzw. Verfügung durch den Versicherer erfolgen muss. Der Versicherer macht aber keine Anordnung nach Art. 49 Abs. 1 ATSG. Ob der Kanton tatsächlich einem durch den Versicherer "gemeldeten" Versicherten auf der LVL erfasst, liegt im Entscheidungsbereich des Kantons, so dass die entsprechende Information bzw. Verfügung an den betroffenen Versicherten durch den Kanton erfolgen sollte. Den Versicherern kommt lediglich eine vollziehende Funktion zu. Beantragt der Versicherte die Aufhebung

des LAUF beim Versicherer, kann der Entscheid (Entfernung von der LVL) nur durch den Kanton gemacht werden. Eine Rücksprache an den Kanton wäre jedes Mal notwendig. Ein Versicherer kann von Gesetzes wegen nur von sich aus einen LAUF aufheben, wenn die ausstehenden Forderungen nach Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG bezahlt sind. Eine weitere Entscheidungskompetenz über das Setzen und Aufheben des LAUF hat der Versicherer nicht. Daraus lässt sich ableiten, dass der Kanton dem Versicherten eine Information bzw. Verfügung mit Angabe der Einspruchsmöglichkeiten (Rechtsmittelbelehrung) zustellen sollte.

Wenn durch den Kanton ausnahmslos jeder Versicherte, der noch offene Forderungen hat, auf der LVL erfasst wird, also auch Versicherte, die EL-Bezüger oder Sozialhilfeempfänger sind, dann ist der Versicherer als alleiniger Ansprechpartner theoretisch möglich, weil nur das Vorhandensein einer Schuld oder die Bezahlung einer Schuld massgebend für das Setzen oder Aufheben eines LAUF ist. Dass es aber überhaupt keine Ausnahmen gibt, ist kaum vorstellbar. Sollen Berechtigte auf PV, deren PV noch nicht dem Versicherer gemeldet worden sind, auf die LVL gesetzt werden? Das liegt in der Entscheidungskompetenz des Kantons. Entsprechend ist es sinnvoll, wenn der Kanton informiert bzw. verfügt.

Informiert bzw. verfügt der Versicherer, würde er zum Überbringer der schlechten Nachricht, welche durch den Kanton ausgelöst wurde. Das spricht ebenfalls für eine Information bzw. Verfügung durch den Kanton. Nach altem Recht haben die Versicherer aufgrund rechtlicher Kriterien den LAUF gesetzt und verfügt. Nach neuem Recht entscheiden die Kantone nach ihren kantonsindividuellen rechtlichen Kriterien, wer auf der LVL erfasst bzw. entfernt wird. So sollten die Kantone informieren bzw. verfügen und den Versicherer beauftragen, den LAUF zu setzen bzw. aufzuheben.

Der Informationsaustausch zwischen Versicherer und Kanton muss zeitnah erfolgen.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 42: Handlungsempfehlung "Information des Versicherten über den LAUF"

1.	Der Kanton informiert den Versicherten über seine Erfassung auf und Entfernung von der LVL mit einsprachefähiger Verfügung.
2.	Der Versicherer informiert den Kanton umgehend über den aktuellen Stand der ausstehenden Forderungen der massgebenden Versicherten.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.6 Teil F: LERB (Spital, Arzt usw.) und LAUF

4.6.1 Relevanz

Der LERB vollzieht den LAUF, indem er den Patienten nicht versorgt. Nicht zu unterschätzen ist die Brisanz der Mitteilung des LERB an den Patienten, dass er diesen nicht behandelt, weil er mit einem LAUF belegt ist. Es ist dann anzunehmen, dass zahlungsunwillige Versicherte die Prämien dann bezahlen: Ziel des LAUF erfüllt. Was passiert jedoch mit zahlungsunfähigen Versicherten?

Vereinfacht beschrieben, muss der LERB vor jeder Behandlung - ausser bei einer Notfallbehandlung - überprüfen, ob sich der Patient auf der LVL befindet. Dabei stellen sich folgende Fragen: In welchem Kanton ist der Patient wohnhaft? Von welchen anderen Kantonen könnte der Patient einen LAUF haben? Führt dieser Kanton eine LVL? Wie bekomme ich Zugriff zur LVL? Wie ist die LVL anzuwenden? Wie sind LAUF interkantonal anzuwenden?

Hat der Versicherte Zusatzversicherungen, deren Prämien er bezahlt und könnte die Behandlung ausschliesslich durch diese Zusatzversicherungen gedeckt werden, dann würde der Versicherer die Rechnung trotz LAUF abrechnen. Die Zusatzversicherungen nach VVG sind von einem LAUF in der OKP nach KVG nicht betroffen.

Ist der Versicherte nicht auf der LVL und arbeitet der LERB im TG, besteht die Möglichkeit, dass seine LERB-Rechnung nicht durch den Versicherten beglichen wird. Wendet sich der LERB persönlich direkt an den Versicherten, könnte es vorkommen, dass dieser schliesslich ihm dennoch die LERB-Rechnung bezahlt, sofern der Versicherte zahlungsfähig ist. Im TG könnte somit der Versicherte die Versicherungsleistung vom Versicherer entgegennehmen und die LERB-Rechnung nicht bezahlen, ohne je auf der LVL erfasst zu werden. Diese Umgehungsmöglichkeit des LAUF zeigt, dass die LVL wohl weniger für die Interessenwahrung der LERB gemacht ist.

Die Datenflüsse zwischen den Akteuren müssen so abgestimmt sein, dass der Versicherer eine LERB-Rechnung nur dann nicht abrechnet, wenn der LERB irrtümlicherweise trotz bestehendem LAUF die Behandlung durchgeführt hat.

Hier kann angemerkt werden, dass der Versicherer als Akteur im Vollzug ausgelassen werden könnte. Der LAUF muss durch den LERB vollzogen werden. Vollzieht ihn der Versicherer, dann ist grundsätzlich der LERB der "Geschädigte" und nicht der Versicherte, da der Versicherte die Behandlung des LERB bereits erhalten hat. (vgl. Kapitel 3.2.2.2, Tabelle 10: Weggelasse Fragen, 2. Frage)

Tabelle 43: Gründe für das Ausbleiben der Begleichung der LERB-Rechnung

1.	Der LERB ist im System TG angeschlossen. Es besteht kein LAUF. Der Versicherte bekommt die Versicherungsleistung (LERB-Rechnung abzüglich KOBE) vom Versicherer ausbezahlt. Der Versicherte bezahlt dann aber die LERB-Rechnung nicht.
2.	Der LERB ist im System TG angeschlossen. Der LERB überprüft vor der Behandlung nicht, ob der Versicherte mit einem LAUF belegt ist. Es besteht ein LAUF. Der Versicherte bekommt die Versicherungsleistung (LERB-Rechnung abzüglich KOBE) vom Versicherer nicht ausbezahlt. Der Versicherte macht keine "freiwillige" Zahlung an den LERB.
3.	Der LERB ist im System TP angeschlossen. Der LERB überprüft vor der Behandlung nicht, ob der Versicherte mit einem LAUF belegt ist. Es besteht ein LAUF. Der LERB bekommt vom Versicherer keine Zahlung für diese LERB-Rechnung. Der Versicherte macht keine "freiwillige" Zahlung an den LERB.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.6.2 Antworten zu Fragen

4.6.2.1 Frage 18

- **Fragestellung**

Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) über die Anwendung des Leistungsaufschubs?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 44: Antworten zu Frage 18

Fragen	ja	nein
Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) innerhalb Ihres Kantons? Wenn ja, bitte ein Muster einer solchen Information beilegen		
Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ausserhalb Ihres Kantons? Wenn ja, bitte ein Muster einer solchen Information beilegen		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.6.2.2 Frage 19

- **Fragestellung**

Wie ist der Zugriff auf die "Liste der säumigen Prämienzahler" organisiert?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 45: Antworten zu Frage 19

Antworten	Kanton
Mündliche Einzelanfrage	
Online-Zugriff	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.6.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Die weiteren Schritte in diesem Thema sind von der Klärung der interkantonalen Anwendung des LAUF (vgl. Kapitel 4.8) abhängig bzw. ob es eine solche interkantonalen Anwendung überhaupt braucht. Davon ist aber ziemlich sicher auszugehen, da es z. B. kaum im Interesse des Kantons Glarus sein kann, einen Versicherten aus dem Kanton St. Gallen, der einen LAUF des Kantons St. Gallen hat, zu behandeln. So könnte jeder Versicherte mit LAUF den Kanton des LERB gezielt wählen. Der LAUF würde umgangen.

Auch die interkantonale Anwendung des LAUF fordert eine zentrale elektronische LVL. Dem LERB muss eine einfache und zumutbare Lösung angeboten werden.

Die Gültigkeit des LAUF muss sich auf die Behandlung beziehen. LAUF dürfen nicht rückwirkend sein und frühestens ab dem morgigen Tag gelten, da der LERB die heute bereits erbrachten Behandlungen nicht mehr rückgängig machen kann. Der LERB muss darauf vertrauen können, dass wenn er die LVL konsultiert und der Versicherte dort nicht erfasst ist, er für die Behandlung bezahlt wird. Die Gültigkeit des LAUF in der LVL und beim Versicherer muss identisch sein, täglich aktualisiert werden und nahezu zeitgleich beim Versicherer vollzugsbereit vorhanden sein. Ein kleiner Vorsprung in der LVL ist möglich. Nur wenn der LERB die Rechnung für einen Versicherten mit LAUF sofort am Tage der Behandlung an den Versicherer liefert, kann es zuerst zu einer Bezahlung der LERB-Rechnung durch den Versicherer führen und nach Meldung des LAUF an den Versicherer zu einer Rückforderung beim LERB.

Je nach angewandter Praxis war es bisher schon für den LERB schwierig, eine KOGU des Versicherers zu erhalten, die dann in jedem Fall auch eingehalten werden konnte. Da sich der Inhalt der LVL täglich ändern kann, würde dies bedeuten, dass der LERB jeden Tag in die LVL schauen muss und eine mehrtägige Behandlung allenfalls unterbrechen muss. Ist das tragbar? Könnte man sich bei einer stationären Behandlung darauf einigen, dass sich der Versicherte nur am ersten Tag der Behandlung nicht auf der LVL erfasst sein darf und dadurch für die ganze Behandlung kein LAUF gilt? Wie soll dieses Problem praktikabel gelöst werden?

Werden LERB Patienten mit LAUF behandeln oder nicht? Kantonsspitäler haben oft einen Leistungsauftrag, im Rahmen ihrer Kapazitäten auch ausserhalb eines Notfalls eine Behandlung durchzuführen. Was hat z. B. bei einem Kantonsspital eines Kantons mit LVL Priorität? Der Leistungsauftrag oder der LAUF? Wie ist dieser Zielkonflikt für solche LERB zu lösen?

Tabelle 46: Idealtypische Verarbeitung einer LERB-Rechnung bei LAUF

1.	Der Versicherer erfasst die LERB-Rechnung trotz LAUF.
2.	Sowohl im TP als im TG werden der Versicherte und der LERB informiert, warum eine entsprechende LABR durch den Versicherer nicht erfolgt und welches die Voraussetzung für die Zahlung aus der LABR ist. Im TP geht die LERB-Rechnung zurück an den Versicherten.
3.	Der Versicherer steht für Auskünfte bereit.
4.	Der LERB unterlässt Mahnungen und Beteiligungen solcher LERB-Rechnungen an den Versicherer.
5.	Bei der Aufhebung des LAUF wird die LABR erneut ausgelöst. Im TP erfolgt die Zahlung der LERB-Rechnung an den LERB und das Schicken der KOBE-Rechnung an den Versicherten bzw. im TG erfolgt die Bezahlung der Versicherungsleistung an den Versicherten.

Quelle: Eigene Darstellung.

Falls sich der Versicherte und der LERB im TP mit einem Zahlungsarrangement einigen, könnte es später bei einer Aufhebung des LAUF wegen Unkenntnis des Versicherers über das Zahlungsarrangement aus der Sicht des LERB durch den Versicherer zu einer Doppelzahlung an den LERB kommen: Einmal durch den Versicherten und einmal durch den Versicherer. Zahlt der Versicherte die KOBE-Rechnung, bleibt die Doppelzahlung unentdeckt. Zahlt der Versicherte die KOBE-Rechnung nicht und erfährt der Versicherer im Laufe des Inkassoverfahrens, dass der Versicherte die LERB-Rechnung bereits bezahlt hat, würden die Transaktion und dadurch die Doppelzahlung storniert.

Falls sich der Versicherte und der LERB im TG mit einem Zahlungsarrangement einigen, könnte es später bei einer Aufhebung des LAUF wegen Unkenntnis des Versicherers über das Zahlungsarrangement aus Sicht des LERB durch den Versicherer zu keiner Doppelzahlung an den LERB kommen. Der Versicherte würde die Versicherungsleistung für jene LERB-Rechnung bezahlt, die er bereits früher direkt an den LERB bezahlt hat.

Falls der LAUF nicht sauber vollzogen wird, werden die LERB weiterhin wie nach alter Rechtsgrundlage negativ beeinträchtigt, weil sie nicht informiert sind, wie der LAUF anzu-

wenden ist. Sowohl die negative Beeinträchtigung als auch die Desinformation ist zu vermeiden.

Kantone, welche sich für den LAUF entschieden haben, ist zu empfehlen, die LERB zu informieren, damit diese wissen, wie sie Zugriff auf die LVL erhalten und den LAUF vollziehen können. Je nach interkantonaler Anwendung des LAUF müssen auch LERB anderer Kantone informiert werden.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 47: Handlungsempfehlung "LERB und LAUF"

1.	Die Akteure erstellen für alle Kantone eine einzige nationale zentrale elektronische LVL, auf welche die LERB einen anwenderorientierten Zugriff bekommen.
2.	Die Akteure klären die interkantonale Anwendung des LAUF.
3.	Die Akteure informieren die LERB über die Anwendung der LVL.
4.	Die Abläufe werden unter Einbezug aller Akteure (Kantone, LERB und Versicherer) festgelegt.
5.	Die Versicherer legen den Umgang mit einer LERB-Rechnung bei erfasstem LAUF detailliert fest. Die Versicherer bezahlen die LERB-Rechnung und fordern die KOBE ein (TP) bzw. zahlen die Versicherungsleistung (TG), sobald die massgebende(n) offene(n) Forderung(en) bezahlt ist.
6.	Die Akteure klären den Umgang mit unbezahlten LERB-Rechnungen im TG und ziehen in Betracht, Versicherte, welche solche LERB-Rechnungen nicht bezahlen, dem Kanton zu melden, damit dieser entscheiden kann, ob der Versicherte auf der LVL erfasst werden soll.
7.	Die Akteure müssen sich auf den Umgang mit KOGU bei LAUF einigen.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.7 Teil G: LAUF beim Kantonswechsel des Versicherten

4.7.1 Relevanz

Hier geht es um die Klärung von Fragen mit dem Umgang mit dem LAUF bei einem Kantonswechsel des Versicherten.

4.7.2 Antworten zu Fragen

4.7.2.1 Frage 20

- **Fragestellung**

Muss der Versicherte im Zeitpunkt der Meldung des Leistungsaufschubs in dem Kanton wohnhaft sein, der den Leistungsaufschub meldet, damit er seine Wirkung entfaltet?

Zwischen Meldung der Betreuung durch den Versicherer an den Kanton und Meldung des Leistungsaufschub durch den Kanton an den Versicherer kann eine Adressänderung beim Versicherer für den betroffenen Versicherten erfolgt sein: Muss der Versicherte im Zeitpunkt der Meldung des Leistungsaufschubs noch in dem Kanton wohnhaft sein, der den Leistungsaufschub meldet, damit er wirken darf?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 48: Antworten zu Frage 20

Frage	ja	nein
<p>Zwischen Meldung der Betreuung durch den Versicherer an den Kanton und Meldung des Leistungsaufschub durch den Kanton an den Versicherer kann eine Adressänderung beim Versicherer für den betroffenen Versicherten erfolgt sein:</p> <p>Muss der Versicherte im Zeitpunkt der Meldung des Leistungsaufschubs noch in dem Kanton wohnhaft sein, der den Leistungsaufschub meldet, damit er wirken darf?</p>		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.7.2.2 Frage 21

- **Fragestellung**

Muss der Leistungsaufschub nach Rückkehr des Versicherten in den Kanton, der ihm ursprünglich einen Leistungsaufschub gegeben hat, wieder aktiviert werden?

Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub von Ihrem Kanton. Er verlässt den Kanton und zwei Jahre später geht er wieder in diesen Kanton zurück. Während dieser Zeit wechselt er den Versicherer nicht. Die Schuld besteht immer noch. Muss nach Rückkehr des Versicherten in den Kanton, der ihm ursprünglich einen Leistungsaufschub gegeben hat, wieder aktiviert werden?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 49: Antworten zu Frage 21

Frage	ja	nein
<p>Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub von Ihrem Kanton. Er verlässt den Kanton und zwei Jahre später geht er wieder in diesen Kanton zurück. Während dieser Zeit wechselt er den Versicherer nicht. Die Schuld besteht immer noch:</p> <p>Muss der Leistungsaufschub nach Rückkehr des Versicherten in den Kanton, der ihm ursprünglich einen Leistungsaufschub gegeben hat, wieder aktiviert werden?</p>		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.7.2.3 Frage 22

- **Fragestellung**

Muss der Versicherer die Betreuung bzw. den Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?

Der Versicherte hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligung, welche in Betreuung sind und dem bisherigen Kanton bereits gemeldet wurden. Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub.

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 50: Antworten zu Frage 22 (Betreibung melden)

Fragen	ja	nein
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub ebenfalls durchführt . Muss der Versicherer die Betreibung bzw. der Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?		
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt . Muss der Versicherer die Betreibung bzw. den Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?		

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 51: Antworten zu Frage 22 (LAUF melden)

Fragen	ja	nein
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub ebenfalls durchführt . Muss der Versicherer die Betreibung bzw. der Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?		
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt . Muss der Versicherer die Betreibung bzw. den Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.7.2.4 Frage 23

- **Fragestellung**

Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?

Der Versicherte hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligungen, welche in Betreuung sind und dem bisherigen Kanton bereits gemeldet wurden. Der Versicherte hat keinen Leistungsaufschub.

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 52: Antworten zu Frage 23

Fragen	ja	nein
<p>Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt, in einen Kanton, der den Leistungsaufschub ebenfalls durchführt.</p> <p>Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?</p>		
<p>Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt, in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt.</p> <p>Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?</p>		
<p>Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt, in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt.</p> <p>Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?</p>		
<p>Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt, in einen Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt.</p> <p>Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?</p>		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.7.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Ein Kantonswechsel zwischen der Meldung nach Art. 64a Abs. 2. 2. Satz KVG durch den Versicherer an den Kanton und Meldung für das Setzen oder Aufheben des LAUF durch den Kanton an den Versicherer darf das Setzen und Aufheben eines LAUF nicht beeinflussen. Die interkantonale Anwendung des LAUF (vgl. Kapitel 4.8) steuert die Wirkung des LAUF.

Erstaunlich ist, dass die Kantone der Meinung sind, dass nach einer Rückkehr in ihren Kanton der LAUF nicht wieder aufleben soll, obwohl die offenen Forderungen noch bestehen. Gibt es dazu eine Begründung? Alle Gründe für den LAUF sind noch vorhanden. Ohne Wiederaufleben des LAUF entsteht eine Umgehungsmöglichkeit des LAUF bis zur nächsten Meldung nach Art. 64a Abs. 2. 2. Satz KVG. Dies ist zu vermeiden.

Konnte bis zum Zeitpunkt des Kantonswechsels dem Schuldner die Pfändungsankündigung nicht zugestellt werden, so ist gemäss Art. 53 SchKG für den weiteren Ablauf der neue Kanton zuständig. Der neue Kanton wird dann die offenen Forderungen nach Art. 64a Abs. 4 KVG übernehmen müssen. Deshalb macht es Sinn, wenn solche Beteiligungen dem neuen Kanton gemeldet werden, wenn der neue Kanton nach Art. 64a Abs. 2. 2. Satz KVG die Meldung der Beteiligung wünscht.

Ebenfalls sinnvoll wäre die Meldung eines vorhandenen LAUF des bisherigen Kantons an den neuen Kanton, wenn der neue Kanton eine LVL führt. Die Kantone mit LVL können so den Versicherten auf der LVL erfassen und dadurch eine weitere Umgehungsmöglichkeit des LAUF beseitigen.

Die Fragestellungen müssen erneut geklärt werden.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 53: Handlungsempfehlung "LAUF beim Kantonswechsel des Versicherten"

1.	Die Akteure legen den Umgang mit einer laufenden Betreuung im bisherigen Kanton und mit einem bestehenden LAUF aus dem bisherigen Kanton bei einem Kantonswechsel so fest, dass keine Umgehungsmöglichkeiten entstehen.
2.	Ein LAUF muss durch den Versicherer gesetzt und aufgehoben werden, auch wenn der Versicherte zwischen der Meldung nach Art. 64a Abs. 2. 2. Satz KVG in einen anderen Kanton umgezogen ist. Die interkantonale Anwendung des LAUF (vgl. Kapitel 4.8) steuert die Wirkung des LAUF.
3.	Der LAUF kann im Falle eines Kantonswechsels bestehen bleiben, um bei einer Rückkehr des Versicherten in den Kanton keine Umgehungsmöglichkeiten zu bieten. Die interkantonale Anwendung regelt, ob der LAUF Wirkung hat oder nicht.
4.	Die Versicherer melden dem neuen Wohnkanton die Versicherten in Betreuung und mit einem LAUF, sofern der neue Wohnkanton die Meldung nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG wünscht. Der neue Wohnkanton hat so die Möglichkeit, den Versicherten auf der LVL zu erfassen, ohne eine Meldung aufgrund einer erneuten Betreuung nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG abzuwarten. Je nach interkantonomer Anwendung des LAUF, kann diese Meldung auch weggelassen werden.
5.	Die Versicherer informieren die Kantone, welche eine Meldung nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG wünschen, dass dem Schuldner die Pfändungsankündigung nicht beim bisherigen Kanton zugestellt werden konnte und somit ein allfälliger Verlustschein dann in ihrem Kanton ausgestellt wird. Die Kantone haben die Möglichkeit, den Versicherten auf der LVL zu erfassen.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.8 Teil H: Interkantonale Anwendung des LAUF

4.8.1 Relevanz

Versicherte mit LAUF können den Wohnkanton wechseln. Der neue Wohnkanton kann ein Kanton mit oder ohne LVL sein. Müssen LERB und Versicherer den LAUF vollziehen?

Versicherte mit LAUF können sich bei einem LERB ausserhalb des Wohnkantons behandeln lassen. Der Wohnkanton des LERB kann ein Kanton mit oder ohne LVL sein. Müssen LERB und Versicherer den LAUF vollziehen?

Die Sachverhalte müssen geklärt werden. LERB und Versicherer müssen den gleichen Wissensstand haben, damit klar ist, in welcher Situation der LAUF vollzogen werden muss.

4.8.2 Antworten zu Frage 24

- **Fragestellung**

Muss der Versicherer den Leistungsaufschub vollziehen und somit die Bezahlung der Rechnung aufschieben?

Tabelle 54: Liste der Teilfragen zu Frage 24

Muss der Versicherer den Leistungsaufschub vollziehen und somit die Bezahlung der Rechnung aufschieben?		
	ja	nein
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern keinen Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Z (Z lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Z (Z lässt bei den Versicherern keinen Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton X (X lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

- **Auswertung**

Die Antworten der Kantone sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 55: Antworten zu Frage 24

Nr.	Wohnsitz des Versicherten	LAUF von	Standort des LERB	Muss der Versicherer den LAUF vollziehen?	
				ja	nein
1.	 Kanton mit LVL		 Kanton mit LVL		
2.	 Kanton mit LVL		 Kanton ohne LVL		
3.	 Kanton mit LVL oder  Kanton ohne LVL		 Kanton mit LVL		
4.	 Kanton mit LVL oder  Kanton ohne LVL		 Kanton mit LVL		
5.	 Kanton mit LVL oder  Kanton ohne LVL		 Kanton ohne LVL		
6.	 Kanton mit LVL		 Kanton mit LVL		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.8.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Diese Frage hat sich als eine Schlüsselfrage herausgestellt, weil ohne deren Klärung der interkantonale Vollzug des LAUF nicht möglich ist. Aufwandsteigernd kommt hinzu, dass die Fragen von allen Kantonen - auch von den Kantonen ohne LAUF - so beantwortet werden müssen, dass Einigkeit besteht. Der LERB und der Versicherer können den LAUF nicht zur Befriedigung aller Akteure vollziehen, wenn der Kanton Bern der Meinung wäre, dass ein LERB im Kanton Bern den LAUF bei einem Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Thurgau und mit LAUF des Kantons Thurgau nicht vollziehen darf, während der Kanton Thurgau gegenteiliger Meinung ist. Was müssten die LERB und Versicherer in dieser Situation vollziehen? Zur Auflösung dieser Pattsituation braucht es Einigkeit unter allen Kantonen.

Dabei ist, wie u. a. vom Kanton Uri erwähnt, die kantonale Autonomie zu berücksichtigen, wonach kein Kanton einem anderen sein Recht aufzwingen kann. Aber ein Kanton sollte Massnahmen eines anderen auch nicht untergraben.

Der Fall 6 ist der Klassiker. Wohnt ein Versicherter in einem Kanton, der die LVL führt, hat der Versicherte einen LAUF von diesem Kanton und befindet sich der LERB in diesem Kanton, muss zweifelsfrei der LAUF vollzogen werden.

Im Fall 1 und 2 sollte der LAUF vollzogen werden, weil hier ein Versicherter mit LAUF wahrscheinlich versucht sich, durch eine ausserkantonale Behandlung dem LAUF zu entziehen. Der Fall bedeutet, dass LERB in einem Kanton ohne LVL bzw. alle LERB der Schweiz über den Vollzug des LAUF informiert sein müssen.

Der Fall 3 könnte ein LAUF-Flüchtling sein, der versucht sich mit einem Kantonswechsel dem LAUF zu entziehen. Müsste hier der LAUF vollzogen werden, hätte ein Kanton, welche die LVL nicht führt, plötzlich Bürger, welche eben doch einen LAUF haben. Würde diese Situation akzeptiert?

Jeder Fall der mit "nein" beantwortet wird, ist eine Umgehung des LAUF eines Kantons.

Diese Fragestellung wurde sehr oft nicht beantwortet. Es ist anzunehmen, dass diese Frage zu abstrakt gestellt und deshalb nicht verstanden wurde. Die Reliabilität dieser Frage ist somit nicht erfüllt und sie muss erneut und in überarbeiteter Form gestellt werden. Diese Frage könnte neu so gestellt werden, wie in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 56: Interkantonale Anwendung des LAUF

Nr.	Wohnsitz des Versicherten	LAUF von	Standort des LERB	Muss der Versicherer den LAUF vollziehen?	
				ja	nein
1.	 Kanton mit LVL		 Kanton mit LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	 Kanton mit LVL		 Kanton ohne LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	 Kanton mit LVL		 Kanton mit LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	 Kanton ohne LVL		 Kanton mit LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	 Kanton ohne LVL		 Kanton mit LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	 Kanton mit LVL		 Kanton mit LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	 Kanton mit LVL		 Kanton ohne LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	 Kanton ohne LVL		 Kanton ohne LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	 Kanton mit LVL		 Kanton mit LVL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

Einzig der Fall 9 kann eindeutig mit "ja" beantwortet werden.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 57: Handlungsempfehlung "Interkantonale Anwendung des LAUF"

1.	Die Akteure, vor allem die Kantone - auch solche ohne LVL - müssen sich über die interkantonale Anwendung des LAUF einigen, damit sie nicht gegenseitig die Wirkung des LAUF aushebeln und damit der LERB und der Versicherer den LAUF gezielt vollziehen können.
----	---

Quelle: Eigene Darstellung.

4.9 Teil I: LAUF beim Wechsel des Versicherers

4.9.1 Relevanz

Ein Versicherter kann nach dem Wechsel des Versicherers säumig werden, so dass erst nach Austritt des Versicherten die Betreuung und somit die Meldung nach Art. 64a Abs. 2 2. Satz KVG an den Kanton erfolgt. Das kann dann schliesslich zu einem LAUF beim bisherigen Versicherer führen kann. Der neue Versicherer hat jedoch keine Kenntnis über diesen LAUF.

4.9.2 Antworten zu Fragen

4.9.2.1 Frage 25

- **Fragestellung**

Muss der Kanton über den Versichererwechsel informiert werden, damit er den Leistungsaufschub auch an den Nachversicherer melden kann?

Ein Versicherter hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligung. Er wechselt den Versicherer. Nach dem Versichererwechsel wird der Versicherte betrieben. Die Betreuung wird dem Kanton gemeldet und der Kanton meldet einen Leistungsaufschub.

Muss der Kanton über den Versichererwechsel informiert werden, damit er den Leistungsaufschub auch an den Nachversicherer melden kann?

4.9.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG können säumige versicherte Personen den Versicherer nicht wechseln. Die Worte täuschen: Man würde glauben, dass Versicherte, welche ihre Schulden nicht bezahlt haben, den Versicherer nicht wechseln können. Dem ist nicht so (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Versichererwechsel").

Da erst nach Wechsel des Versicherers der Grund für einen LAUF entstehen kann und LERB-Rechnungen an den bisherigen Versicherer gelangen können, muss sowohl der bisherige wie der neue Versicherer über den LAUF informiert sein, um eine Umgehungsmöglichkeit im Vollzug zu vermeiden. Der Versicherer muss den Kanton über den Versichererwechsel informieren, damit der Kanton den LAUF dem Nachversicherer melden kann.

Dass ein Versicherter mit LAUF beim Nachversicherer nicht säumig wird und dann sogar wieder zum Vorversicherer zurückgeht, bei dem der Auslöser für den LAUF noch vorhanden ist, ist sehr unwahrscheinlich, aber möglich. Wechselt er dann zurück zum Vorversicherer, bietet sich keine Umgehungsmöglichkeit, weil der LAUF beim bisherigen Versicherer noch Gültigkeit hat, sofern er dort die ausstehenden Forderungen noch nicht bezahlt hat.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 60: Handlungsempfehlung "LAUF beim Wechsel des Versicherers"

1.	Die Akteure legen den Umgang mit dem LAUF bei Versichererwechsel so fest, dass keine Umgehungsmöglichkeiten entstehen.
2.	Beauftragt der Kanton den Versicherer einen LAUF bei einem Versicherten zu setzen, der den Versicherer gewechselt hat, so informiert dieser den Kanton über den Versichererwechsel, damit der Kanton den Nachversicherer mit dem Setzen des LAUF beauftragen kann.
3.	Der Versicherer muss den LAUF nach einem Wiedereintritt wieder aufleben lassen, sofern er seit dem Austritt nicht wegen Bezahlung der Forderung oder aufgrund Auftrag des Kantons aufgehoben wurde.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.10 Teil J: Schuldner mit mehreren Betreibungen

4.10.1 Relevanz

Es sollte davon ausgegangen werden, dass der Kanton seinen Bürgern und der Versicherer seinen Versicherten eine maximale Auskunftsbereitschaft sicherstellt. Dazu gehört wohl auch die Möglichkeit für den Kanton dem Bürger mitteilen zu können, aufgrund welcher Betreibung ein LAUF besteht und welche Betreibungen schon bezahlt sind.

Ist ein Bürger bzw. Versicherter von einem LAUF betroffen und möchte er erfahren, warum dieser besteht, weil er z. B. glaubt, dass er alle seine Schulden bezahlt hat, wird er sich an den

Kanton oder an den Versicherer wenden. Ziel soll es sein, dass die Anfrage mit einem einzigen Kontakt erledigt wird und zwei Anrufe (an den Kanton und an den Versicherer) durch den Betroffenen nicht notwendig sind. Auch Bürger bzw. Versicherte, welche ihren Pflichten bewusst oder unbewusst nicht nachkommen, haben Anrecht auf einen optimalen Service. Zumal ein optimaler Service grundsätzlich auch den Verwaltungsaufwand senkt.

Wird jeder LAUF beim Kanton und beim Versicherer an das auslösende Ereignis (i. d. R. die Meldung der Betreuung) geknüpft und die Detaildaten hinterlegt, kann der Kanton und der Versicherer darüber Auskunft geben, welches Ereignis zum LAUF geführt hat.

Kanton und Versicherer müssen Klarheit darüber haben, wann der Versicherer die LAUF-Aufhebung dem Kanton meldet bzw. der Kanton die LAUF-Aufhebung dem Versicherer meldet. Liefert der Versicherer die Bezahlung und LAUF-Aufhebung nach Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG pro Ereignis und interpretiert dies der Kanton als Bezahlung aller Schulden, dann führt dies zu unterschiedlichem Wissensstand zwischen Kanton und Versicherer.

Das Bedürfnis des Kantons in dieser Thematik wird mit drei Fragen abgeklärt. Dabei dürfen sich die Antworten nicht widersprechen. Will der Kanton seinen Bürgern Auskunft geben können, aufgrund welcher Betreuung ein LAUF besteht und gleichzeitig erst eine Meldung, wenn alle Betreibungen beglichen sind, weist dies auf einen Widerspruch hin, der geklärt werden muss.

Tabelle 61: Aufgaben pro Variante (Skizze)

	LAUF pro Betreuung	LAUF pro Schuldner
Inhalt der LVL	<ul style="list-style-type: none"> • LAUF ab wann und allenfalls bis wann • Identifikation und Details der einzelnen Betreibungen 	<ul style="list-style-type: none"> • LAUF ab wann und allenfalls bis wann
Betreibung melden (Versicherer an Kanton)	<p>Versicherer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreibungen und Rückzüge von Betreibungen melden <p>Kanton</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation und Details jeder Betreuung ablegen • gemeldete Rückzüge von Betreibungen berücksichtigen 	<p>Versicherer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreibungen und Rückzüge von Betreibungen melden <p>Kanton</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung einmal hinterlegen • einzelne gemeldete Rückzüge von Betreibungen ignorieren • Rückzüge aller Betreibungen berücksichtigen

	LAUF pro Betreuung	LAUF pro Schuldner
Setzen des LAUF melden (Kanton an Versicherer)	Kanton <ul style="list-style-type: none"> für jede Betreuung melden Versicherer <ul style="list-style-type: none"> für jede Betreuung ablegen 	Kanton <ul style="list-style-type: none"> nur bei erster Betreuung melden Meldung aufgrund weiterer Betreuungsmeldungen unterdrücken Versicherer <ul style="list-style-type: none"> einmal ablegen Mehrfachmeldungen mit Begründung zurückweisen
Aufheben des LAUF melden (Kanton an Versicherer)	Kanton <ul style="list-style-type: none"> für jede Betreuung melden Versicherer <ul style="list-style-type: none"> nur bestimmten LAUF aufheben 	Kanton <ul style="list-style-type: none"> nur pro Schuldner melden Versicherer <ul style="list-style-type: none"> LAUF aufheben
Begleichung der ausstehenden Forderungen melden (Versicherer an Kanton)	Versicherer <ul style="list-style-type: none"> für jede Betreuung melden Kanton <ul style="list-style-type: none"> nur bestimmte Betreuung von der LVL entfernen 	Versicherer <ul style="list-style-type: none"> erst wenn alle Betreibungen beglichen sind Kanton <ul style="list-style-type: none"> Versicherer von der LVL entfernen
nur wenn LAUF aufgrund dieser Meldung erfolgt: Meldung des Verlustscheins (Versicherer an Kanton)	Versicherer <ul style="list-style-type: none"> Verlustscheine melden Kanton <ul style="list-style-type: none"> jeden Verlustschein separat ablegen in einer späteren Meldung nicht mehr gemeldete Verlustscheine berücksichtigen nur bestimmten Verlustschein von der LVL entfernen 	Versicherer <ul style="list-style-type: none"> Verlustscheine melden Kanton <ul style="list-style-type: none"> Verlustschein einmal ablegen einzelne in einer späteren Meldung nicht mehr gemeldete Verlustscheine ignorieren Wegfall aller Verlustscheine berücksichtigen und Versicherer von der LVL entfernen
nur wenn LAUF aufgrund dieser Meldung erfolgt: Meldung der Schlussabrechnung (Versicherer an Kanton)	Versicherer <ul style="list-style-type: none"> Verlustscheine melden Kanton <ul style="list-style-type: none"> jeden Verlustschein separat ablegen einzelne in einer späteren Meldung nicht mehr gemeldete Verlustscheine berücksichtigen 	Versicherer <ul style="list-style-type: none"> Verlustscheine melden Kanton <ul style="list-style-type: none"> Verlustschein einmal ablegen einzelne in einer späteren Meldung nicht mehr gemeldete Verlustscheine ignorieren Wegfall aller Verlustscheine berücksichtigen und Versicherer von der LVL entfernen

Quelle: Eigene Darstellung.

4.10.2 Antworten zu Fragen

4.10.2.1 Frage 27

- **Fragestellung**

Möchten Sie Ihren Bürgern Auskunft geben können, aufgrund welcher Betreuung ein Leistungsaufschub besteht?

Ein Schuldner kann mehrfach betrieben werden, da nachfolgende und somit später fällige Rechnungen auch später und somit getrennt voneinander betrieben werden. Deshalb meldet der Versicherer nebst der verlangten Details auch die Identifikation der Betreuung.

Der Schuldner hat zwei Betreibungen. Er bezahlt nur die erste der beiden Betreibungen. Die zweite Betreuung bleibt also noch unbezahlt. Der Bürger behauptet, er habe den Betrag aus der Betreuung bezahlt und der Leistungsaufschub sei nicht mehr gerechtfertigt. Möchten Sie Ihren Bürgern Auskunft geben können, aufgrund welcher Betreuung ein Leistungsaufschub besteht, um zu verhindern, dass er sich auch noch an den Versicherer wenden muss?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 62: Antworten zu Frage 27

Antworten	Kanton
ja	
nein	
Bemerkungen:	
Zuständig für das Inkasso ist ausschliesslich der Versicherer, dieser hat Informationspflicht.	
Es ist keine Meldung der Betreuungsmeldung durch den Versicherer an die SVA vorgesehen.	
Deshalb muss bei uns der Versicherer die Tilgung der Schuld bestätigen bzw. Nachweis erbringen.	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.10.2.2 Frage 28

- **Fragestellung**

Meldet der Kanton erneut einen Leistungsaufschub an den Versicherer, nachdem der Versicherer eine zusätzliche Betreuung eines Schuldners meldet?

Ein Schuldner kann mehrfach betrieben werden, da nachfolgende und somit später fällige Rechnungen auch später und somit getrennt voneinander betrieben werden. Deshalb meldet der Versicherer nebst der verlangten Details auch die Identifikation der Betreuung.

Meldet der Kanton erneut einen Leistungsaufschub an den Versicherer, nachdem der Versicherer eine zusätzliche Betreuung eines Schuldners mit Leistungsaufschub an den Kanton meldet?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 63: Antworten zu Frage 28

Frage	ja	nein
Meldet der Kanton erneut einen Leistungsaufschub an den Versicherer, nachdem der Versicherer eine zusätzliche Betreuung eines Schuldners mit Leistungsaufschub an den Kanton meldet?		

Quelle: Eigene Darstellung.

4.10.2.3 Frage 29

- **Fragestellung**

In welchem Fall wünschen Sie eine Meldung des Versicherers über die Begleichung der ausstehenden Forderungen nach Art. 64a Abs. 7 KVG, wenn der Schuldner mehrfach betrieben wird?

Ein Schuldner kann mehrfach betrieben werden, da nachfolgende und somit später fällige Rechnungen auch später und somit getrennt voneinander betrieben werden. Deshalb meldet der Versicherer nebst der verlangten Details auch die Identifikation der Betreuung.

Der Schuldner hat zwei Betreibungen. Er bezahlt nur die erste der beiden Betreibungen. Die zweite Betreibung bleibt also noch unbezahlt.

In welchem Fall wünschen Sie eine Meldung des Versicherers über die Begleichung der ausstehenden Forderungen?

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich.

Tabelle 64: Antworten zu Frage 29

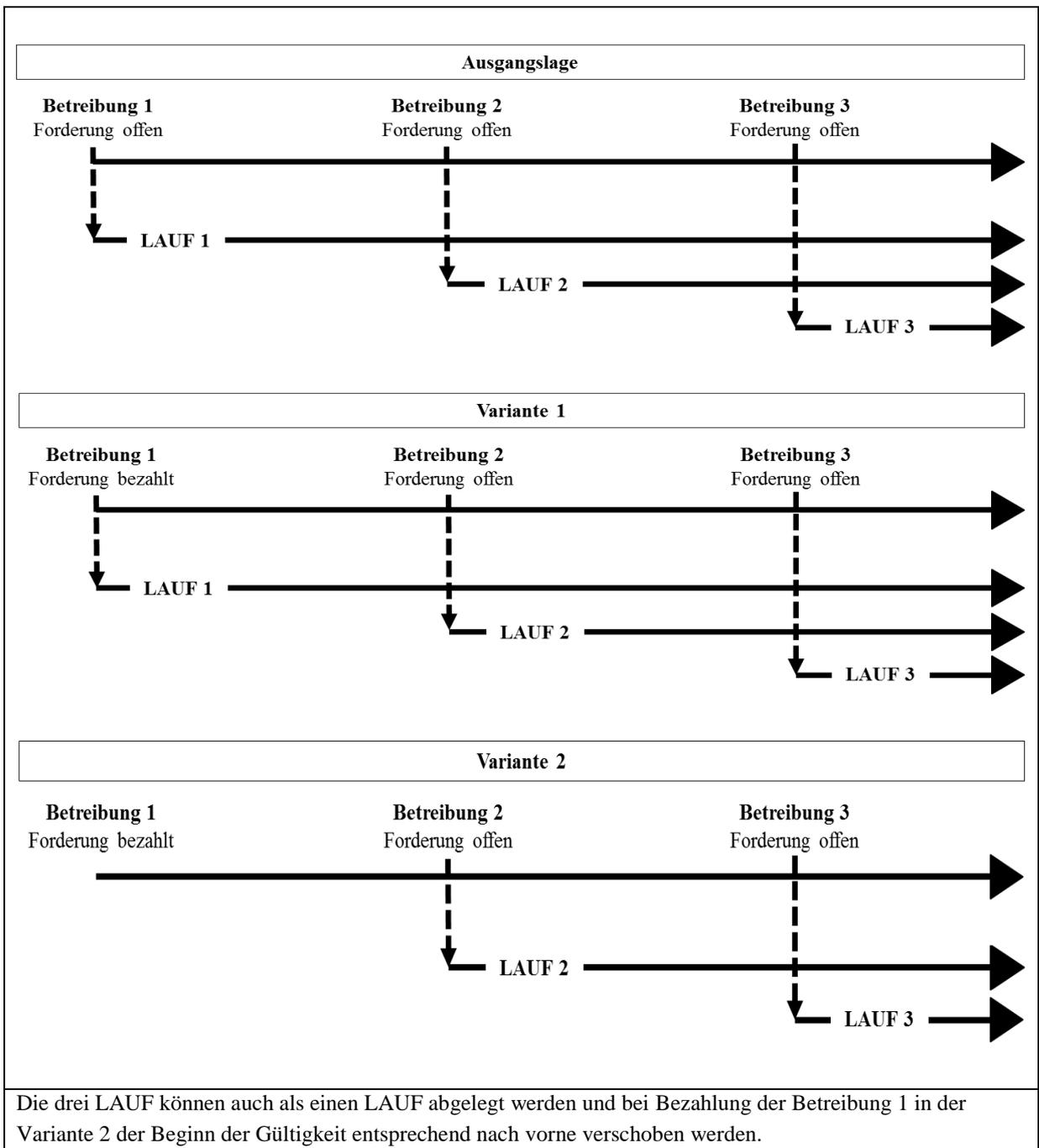
Antworten	Kanton
Wir möchten eine Meldung sobald eine einzelne Betreuung beglichen ist. Der Versicherer darf aber den Leistungsaufschub erst aufheben, wenn alle ausstehenden Betreibungen beglichen sind.	 
Wir möchten erst eine Meldung, wenn alle Betreibungen beglichen sind. Der Versicherer hebt den Leistungsaufschub dann auf.	   
Bemerkungen:	
Der Versicherer hat der SVA Meldung über die Aufhebung eines LAUF zu erstatten.	

Quelle: Eigene Darstellung.

4.10.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Möchte der Kanton seinen Bürgern Auskunft geben können, aufgrund welcher Betreuung ein LAUF besteht, was bürgernah und sinnvoll scheint, dann muss der Kanton auch eine Meldung entgegennehmen, wenn nur eine einzelne Betreuung bezahlt ist.

Für den Fall, dass mehrere Betreibungen bestehen, die einen LAUF verursacht haben, und der Versicherte nur eine offene Forderung bezahlt, ist bei der Meldung der Bezahlung an den Kanton nach Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG festzulegen, ob der darauf bezogene LAUF auch tatsächlich aufgehoben werden soll oder erst, wenn alle Betreibungen bezahlt sind. Zahlt der Versicherte nämlich nur die älteste Betreuung, kann er gezielt steuern, dass eine LERB-Rechnung mit Behandlung in jeden Zeitraum, bezahlt werden muss. Sind z. B. drei Betreibungen offen, ist dies nur mit der ältesten Betreuung möglich. Betrifft eine LERB-Rechnung den Zeitraum des LAUF aus der zweiten Betreuung, muss er die erste und zweite Betreuung bezahlen, damit der Versicherer die LERB-Rechnung abrechnen darf. Diese Umgehungsmöglichkeit sollte genau betrachtet werden und allenfalls geschlossen werden, so dass die Gültigkeit des LAUF bei Zahlung der ersten Betreuung nicht verändert wird: Die bestehenden LAUF werden erst aufgehoben, wenn alle Betreibungen bezahlt sind.

Abbildung 11: LAUF-Gültigkeit bei Bezahlung von einer aus mehreren Betreibungen

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Handlungsempfehlungen aus diesem Teil des Vollzuges sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 65: Handlungsempfehlung "Schuldner mit mehreren Betreibungen"

1.	Um dem Bürger bzw. Versicherten zu ermöglichen, die Sachlage mit möglichst einem Telefonanruf zu klären, müssen die Kanton und der Versicherer sicherstellen, dass sie möglichst synchron über die gleichen Detailinformationen verfügen.
2.	Das Verständnis beim Umgang mit dem LAUF und die Wirkung des LAUF bei mehreren Betreibungen und Bezahlung von einzelnen Betreibungen muss unter den Akteuren geklärt werden.

Quelle: Eigene Darstellung.

4.11 Teil K: Schlussfrage

4.11.1 Relevanz

Diese Frage dient dazu, dass die an der Befragung teilnehmenden Kantone sich frei äussern können und damit zusätzliche Informationen, die wichtig und wertvoll sein können, nicht verloren gehen. Dabei kann es sich um Informationen zur Qualität der Befragung bzw. des Fragebogens oder um Informationen zur Thematik selber handeln. Diese Angaben können bei einer weiteren Befragung zum gleichen oder verwandten Thema mitberücksichtigt werden.

4.11.2 Antwort zu Frage 30

- **Fragestellung**

Was möchten Sie noch mitteilen? Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

- **Auswertung**

In der folgenden Tabelle ist das Befragungsergebnis ersichtlich. Alle Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik werden aufgelistet.

Tabelle 66: Antworten zu Frage 30

Kanton	Antworten
	Eine Beantwortung ist nicht möglich, da Gesetzgebungsprozess noch im Gange ist. Der Gesetzesvorschlag geht in die Anhörung. Es ist noch offen, ob es die LVL geben wird. Die Details müssten in der Verordnungsangleichung entschieden werden.
	Im Kanton Basel-Landschaft wird noch keine LVL geführt. Die Gesetzesgrundlage dazu war am 9. September in der Vernehmlassung.

Kanton	Antworten
	<p>Die Antworten erfolgten nach aktuellstem Wissensstand.</p> <p>Der Nutzen der LVL ist nicht gegeben: Der Versicherer erhält gemäss Gesetz auf alle Fälle 85 % der Forderungen; im SchKG ist schon bundesrechtlich einheitlich geregelt, wie bei ausstehenden Forderungen vorgegangen wird. Die Abgrenzung zwischen zahlungsunfähig und zahlungsunwillig ist fast unmöglich und die Gefahr einer unrechtmässigen Anprangerung ist gross.</p> <p>Weitere Nachteile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Gesetzestext ist mangelhaft formuliert und/oder unklar: <ul style="list-style-type: none"> - Die Erwähnung der KOBE ging vergessen - Der Beginn des LAUF ist nicht geregelt - Das Streichen von der LVL ist bei Wohnsitzwechsel - Der Umgang bei Teilzahlungen ist unklar - Die Mitwirkung der Versicherer ist mangelhaft geregelt - Die Definition des Begriffes "Notfallbehandlung" fehlt 2. Komplexes Mehrfachverhältnis Kanton, LERB, Versicherter, Versicherer: <ul style="list-style-type: none"> - Was geschieht, wenn z. B. der Versicherer mangelhaft oder nicht mitwirkt (Gefahr der Ungleichbehandlung, da die zufällige Versicherungszugehörigkeit massgeblich ist) 3. Komplexe Rechtsverhältnisse: <ul style="list-style-type: none"> - Es gilt kantonales (öffentliches) Recht, der Kanton führt die LVL (Einträge und Löschungen) und befindet somit hoheitlich über die Rechte und Ansprüche (bzw. deren Wegfall) der Kantonsangehörigen - also müsste der Kanton den LAUF verfügen - Mehrfache Anfechtungen der Sistierung dürfen nicht möglich sein (z. B. gegen Listeneintrag bei Kanton mit Beschwerde, gegen Aufschub bei Versicherer mit Einsprache) 4. Hoher administrativer Aufwand (Schaffung einer Stelle, viele Mutationen, Abklärungen usw.) 5. Grössere Fehlerquote möglich (bei Spät- und Nichtmeldungen) inkl. Nachteile für Versicherte 6. Komplexer (heikler) Datenschutz: Auch "kleine" LERB (Therapeuten u. a.) und auch ausserkantonale LERB haben Zugriff auf die Liste 7. Schafft schweizweit sehr unterschiedliche Verhältnisse 8. Medizinische Unterversorgung von finanzschwachen Personen, allfällige Mehrkosten infolge zu später Behandlungen können nicht ausgeschlossen werden.
	<p>Der Fragebogen ist nicht leicht verständlich und hat nur knapp die Oberfläche des Problems gestreift. Massgebend sind (nebst Bundesvorgaben) die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen des Wohnkantons. Die Antworten bringen den Autor wahrscheinlich nicht weiter.</p>
	<p>Der LAUF wird erst ab 1. Januar 2014 in Kraft treten. Der LAUF wird nicht vom Versicherer erlassen oder aufgehoben, sondern von der SVA. Die Versicherer werden über den LAUF nicht zusätzlich informiert. Die LVL ist für die LERB und nicht für die Versicherer.</p>
	<p>Will man alle die im Fragebogen erwähnten Fälle und Meldepflichten regeln, braucht es dafür u. E. eine bundesrechtliche Grundlage oder interkantonale Vereinbarungen. Wo die Kantone eine LVL kennen, sind u. E. neben den Versicherern insbesondere auch die LERB selbst in der Pflicht, vor einer Behandlung abzuklären, ob ein LAUF besteht. Der Kanton Nidwalden kennt den LAUF nicht. Dementsprechend sind keine gesetzlichen Grundlagen für Meldepflichten von Versicherern vorhanden.</p>

Kanton	Antworten
	<p>Der Kanton Obwalden kennt den LAUF nicht. Es wurden nur Fragen beantwortet, welche für den Kanton Obwalden relevant sind. Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass sich der LAUF nur auf den Wohnkanton beziehen kann. Hat ein Versicherter seinen Wohnsitz in einen Kanton mit LAUF und ist er mit einem LAUF von diesem Kanton belegt, dann gilt dieser LAUF nicht mehr, sobald er in den Kanton Obwalden zieht, da der Kanton Obwalden auf den LAUF verzichtet.</p>
	<p>Auszug:</p> <p>Der Kantonsrat hat die Einführung der LVL entschieden. Gleichzeitig hat er die Regierung beauftragt, vorgängig über die Anwendung des neuen Rechts und den möglichen Zusatznutzen einer LVL Bericht zu erstatten und allenfalls Antrag auf Verzicht auf die LVL zu stellen. Diese Berichterstattung ist noch ausstehend.</p> <p>Es könnte davon ausgegangen werden, dass eine abschliessende Klärung der Fragen auf dem Gerichtsweg erfolgen muss.</p> <p>Es liegt in der Zuständigkeit des Versicherers einen LAUF aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine solche nicht mehr gegeben sind. Diese Gründe sind im kantonalen Recht festgelegt. Die SVA streicht den Versicherer aus der LVL, nachdem der Versicherer die Aufhebung der LVL mitgeteilt hat.</p>
	<p>Teilweise war es schwierig, nur mit einem Kreuz zu antworten. Teilweise wären bei einer Antwort weitergehende Ausführungen notwendig gewesen.</p>
	<p>Kein Kanton kann einem anderen Kanton "sein Recht" aufzwingen. Zieht z. B. ein Versicherter mit LAUF aus dem Kanton Luzern in den Kanton Uri, so hat dieser Versicherte Anspruch auch die gleichen Leistungen wie alle anderen Urner Versicherten.</p>

Quelle: Eigene Darstellung.

4.11.3 Kommentar und Handlungsempfehlung

Auch Kantone, welche sich bereits für die LVL entschieden haben, beziehen sich auf fehlende Rechtsgrundlagen zur Beantwortung der Fragen für den Vollzug des LAUF. Sind die Rechtsgrundlagen in Erarbeitung, wäre jetzt der richtige Zeitpunkt, diese so aufzubauen, dass die Fragen beantwortet werden können. Werden diese Fragen nicht beantwortet, müssen sie durch Absprache zwischen den Akteuren geklärt werden. Dafür sind auch Entscheide nach Treu und Glauben nötig, so dass nicht durchgehend auf das Legitimationsprinzip abgestützt werden kann. Die Fragen stehen jetzt an, da der LAUF in einigen Kantonen bereits vollzogen wird. Allfällige gerichtliche Auseinandersetzungen sollten vermieden werden, da nicht klar ist, ob der Entscheid schliesslich im Sinne der Akteure ist.

Die Rechtsgrundlagen für den Vollzug der LVL sind sehr offen. Nebst Fragen zum Vollzug stellen sich auch Fragen zum Sinn und Nutzen der LVL. Die Klärung von Sinn und Nutzen gehört nicht zur Zielsetzung dieser Masterarbeit.

Die Kantone wurden mit zwei verschiedenen Fragebogen bedient: "Kantone ohne LVL" mit einem gekürzten Fragebogen mit den für sie relevanten Fragen und "Kantone mit LVL" mit

einem umfassenden Fragebogen. Selbst der umfassende Fragebogen deckt nicht alle Eventualitäten ab.

In den Antworten zur Schlussfrage ist auch erkennbar, dass keine Einigkeit darüber besteht, wer einen LAUF setzt und wer einen aufhebt. Klar ist, dass sowohl die Kantone als auch die Versicherer Grund haben können, den LAUF aufzuheben. Die Kantone können grundsätzlich jederzeit den Versicherer beauftragen, einen LAUF zu setzen oder aufzuheben und die Versicherer können von Gesetzes wegen grundsätzlich nur einen LAUF aufheben, wenn die massgebenden ausstehenden Forderungen bezahlt sind. Da der Versicherer nicht wissen kann, wer z. B. Sozialhilfeempfänger geworden ist und dies bei den Kantonen ein Grund für die Aufhebung des LAUF sein kann, muss die Meldung für das Aufheben des LAUF vom Kanton an den Versicherer erfolgen. Genauso wie die Meldung über das Aufheben des LAUF nach Bezahlung der ausstehenden Forderung vom Versicherer an den Kanton erfolgen muss. Ohne klare Zusammenarbeit zwischen Kanton, LERB und Versicherer wird der Vollzug des LAUF sehr problematisch.

Auch das Thema des interkantonalen Vollzugs unter Einbezug der LERB wurde in der Schlussfrage erwähnt. Hier handelt es sich vermutlich um die Frage, deren Beantwortung am aufwändigsten ist, da sich alle Kantone einig sein müssen. Die Einigung wird zu einem Balancieren von Umgehungsmöglichkeiten des LAUF und Aufzwingen von ausserkantonalem Recht führen.

Tabelle 67: Handlungsempfehlung "Schlussfrage"

Aus der Schlussfrage lassen sich keine zusätzlichen Handlungsempfehlungen ableiten, die nicht bereits schon in anderen Fragestellungen berücksichtigt wurden.

Quelle: Eigene Darstellung.

5 Fazit

5.1 Rechtsgrundlagen

Die Rechtsgrundlagen aus dem Umfeld des LAUF haben unterschiedliche Qualitäten und erschweren so den Vollzug.

Der Umgang mit dem LAUF muss auch im Zusammenhang mit dem Versichererwechsels berücksichtigt werden.

- Als säumig gelten gemäss Art. 105l Abs. 1 KVV versicherte Personen, deren Zahler der Prämie bzw. KOBÉ erfolglos gemäss Art. 105b Abs. 1 KVV gemahnt wurden. Art. 105b Abs. 1 KVV wiederum spricht nicht von einer nötigen Mahnung, sondern von der Zahlungsaufforderung (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Zahlungsaufforderung"). Folglich ist säumig, wer eine Zahlungsaufforderung erhalten hat, die gemäss Art. 64a Abs. 1 KVG erst nach einer schriftlichen Mahnung erfolgen kann. Diese Rechtsgrundlage vermischt Fachbegriffe.
- Gemäss Art. 64a Abs. 6 KVG können säumige versicherte Personen den Versicherer nicht wechseln. Auf den ersten Blick ist für jeden klar: Wer die Prämie oder KOBÉ nicht rechtzeitig zahlt, kann den Versicherer nicht wechseln. Das ist aber nicht so (vgl. Kapitel 2.1 Begriff "Versichererwechsel"). Diese Rechtsgrundlage kann verwirren.

Die PV sind ein wesentliches Instrument, das dem Versicherten ermöglicht, sein Prämien zu bezahlen, was schliesslich einen LAUF verhindert sollte.

- Art. 65 Abs. 3 KVG verlangt, dass für die Berechnung der Anspruchsberechtigung auf PV die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden müssen und die Auszahlung der PV so erfolgen muss, dass der Versicherte die PV bei der Bezahlung der Prämienrechnung nicht vorschiesse muss. Bei einer jährlichen Feststellung der Einkommens- und Familienverhältnisse aufgrund der Steuerveranlagung kann nicht monatlich die PV an die aktuellsten Verhältnisse angepasst werden. Selbst bei monatlicher Überprüfung auf Anspruch erfolgt die Gewährung von PV immer rund zwei Monate zu spät. Aber zwei Monate zu spät sind besser als zwölf Monate zu spät. Diese Rechtsgrundlage kann unmöglich gesamthaft eingehalten werden.
- Art. 65 Abs. 4bis KVG verlangt, dass der Kanton die PV dem Versicherer so früh mitteilt, dass der Versicherer sie bei der Prämienrechnung berücksichtigen kann. Diese Rechtsgrundlage könnte als Wiederholung oder Verstärkung von Art. 65 Abs. 3 KVG betreffend Eintreffen der PV vor der Prämienrechnung sein und bedeuten, dass z. B. der Kanton die PV für die Prämie vom Januar dem Versicherer so früh mitteilen muss, damit der Versicherer sie von der Prämienrechnung für den Januar abziehen kann. Wenn dem so ist, wa-

rum ist es nicht mit dieser Deutlichkeit geschrieben? Diese Rechtsgrundlage sagt nichts aus, da nach der Prämienrechnung immer vor der nächsten Prämienrechnung ist.

- Art. 65 Abs. 3 KVG verlangt, dass die Auszahlung der PV so erfolgen muss, dass der Versicherte die PV nicht vorschliessen muss. Dennoch wird im Art. 105k Abs. 3 KVV und Art. 106c Abs. 5 KVV beschrieben, wie mit rückwirkenden PV umzugehen ist. Diese beiden Verordnungsartikel relativieren die Gesetzesgrundlage und sind aufwändig zu vollziehen.
- EL-Bezüger haben nach Art. 10 Abs. 3 Bst. d ELG Anrecht auf einen jährlichen Pauschalbetrag für die OKP. Dieser Pauschalbetrag hat der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die OKP inkl. Unfalldeckung zu entsprechen. Dieser Pauschalbetrag wurde bisher mit der Rente an den Versicherten ausbezahlt. Der Pauschalbetrag war eine Vereinfachung, weil die tatsächliche Prämienhöhe pro EL-Bezüger dem Kanton nicht bekannt war. Je nach Versicherter war dieser Pauschalbetrag unter oder über der tatsächlichen Prämie. Aufgrund des angepassten Art. 21a ELG muss der jährliche Pauschalbetrag für die OKP direkt dem Versicherer ausbezahlt werden. Das führt dazu dass der Versicherer einigen Versicherten eine Differenz in Rechnung stellen müssen bzw. den die tatsächliche Prämie übersteigenden Betrag gemäss Art. 106c Abs. 5 Bst. b KVV auszahlen muss. Vor allem die Auszahlung verursacht dem Versicherer unverhältnismässig hohen Verwaltungsaufwand, da spätestens alle 60 Tage eine Auszahlung stattfinden sollte, die bei rückwirkenden Prämien- oder PV-Änderungen allenfalls wieder zurückgefordert werden muss. Störend ist, dass einige Versicherte einen Differenzbetrag nachzahlen müssen und einige an der OKP Geld verdienen. Anstatt rechtzeitig im Gesetzgebungsprozess auf diese Problematik hinzuweisen und den Pauschalbetrag durch einen Prozentsatz der tatsächlichen Prämien zu ersetzen, wurde dieser Art. 106c Abs. 5 Bst. b KVV eingefügt. Aufgrund des einheitlichen Datenaustauschs nach Art. 65 Abs. 3 KVG ist der Kanton über die tatsächliche Prämie inkl. Änderungen informiert, so dass der Wechsel vom Pauschalbetrag zum Prozentsatz hätte erfolgen können. Der Art. 106c Abs. 5 Bst. b KVV versucht die verpasste Gesetzesanpassung zu korrigieren.

Der LAUF soll vermutlich auch ein Instrument für die Kantone sein, die Kosten aus Art. 64a Abs. 4 KVG so tief wie möglich zu halten.

- Art. 105k Abs. 2 KVV fordert, dass der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, dem Versicherer die Forderung nach Art. 64a Abs. 4 KVG bezahlt. Sobald der Versicherte seine Schuld nach dieser Bezahlung dem Versicherer vollständig oder teilweise bezahlt hat, muss der Versicherer nach Art. 64a Abs. 5 KVG 50 % des erhaltenen Betrages dem Kanton zurückzahlen. Art. 105k Abs. 2 2. Satz KVV verlangt, dass wenn die Rückerstattungen die Forderungen übersteigen, der Versicherer den Differenzbetrag an den Wohnkanton zahlen müssen. Was ist nun massgebend, der Kanton, in dem der Verlustschein ausgestellt wurde, oder der Wohnkanton des Versicherten? Oder ist der Wohn-

kanton des Versicherten nur massgebend, wenn die Rückerstattungen die Forderungen übersteigen? Diese Rechtsgrundlage ist unlogisch.

- Nach Art. 64a Abs. 4 KVG übernimmt der Kanton 85 % der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Art. 64a Abs. 3 KVG sind, also von den ausstehenden Prämien, KOBE, Verzugszinsen und Betreuungskosten. Nach Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG darf der Versicherer den LAUF aufheben, wenn die ausstehenden Forderungen beglichen sind. Die ausstehenden Forderungen, welche im Verlustschein enthalten sind, umfassen nicht nur ausstehende Prämien, KOBE, Verzugszinsen und Betreuungskosten, sondern auch Mahnspesen (Art. 105b Abs. KVV, Art. 103 - 106 OR) und Bearbeitungskosten des Versicherers (Art. 105b Abs. KVV, Art. 103 - 106 OR). Welche Forderungen sind mit Art. 64a Abs. 7 2. Satz KVG tatsächlich gemeint? Diese Rechtsgrundlage ist unklar.

Die Legitimation und der Beschrieb des LAUF.

- Nach Art. 64a Abs. 7 KVG können die Kantone Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer LVL erfassen. War das der ursprüngliche Sinn und Zweck dieser Rechtsgrundlage? Können Versicherte nur auf der LVL erfasst werden, wenn sie die Prämien nicht bezahlt haben oder können sie dort auch erfasst werden, wenn sie nur die KOBE nicht bezahlen? Diese Rechtsgrundlage ist unklar.
- Nach Art. 64a Abs. 7 KVG können die Kantone Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer LVL erfassen. Darf im TG eine Meldung vom LERB an den Kanton erfolgen, wenn der Versicherte die LERB-Rechnung nicht bezahlt? Diese Rechtsgrundlage ist unvollständig.
- Nach Art. 64a Abs. 7 KVG können die Kantone Versicherte, die Ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer LVL erfassen, welche nur den LERB, dem Kanton und der Gemeinde zugänglich ist. Mehr wird nicht beschrieben und offensichtlich die weitere Definition an die Akteure delegiert. Sind dadurch alle Massnahmen und Abläufe, welche für den Vollzug notwendig sind, legitimiert? Darf z. B. die LVL allen Kantonen und Gemeinden zugänglich gemacht werden, da eine schweizweit zentrale LVL für den Vollzug vorteilhaft wäre. Oder ist der Singular der Wörter "Kanton" und "Gemeinde" bewusst gewählt? Wie soll die interkantonale Anwendung des LAUF vollzogen werden, um aus der Pattsituation (vgl. Kapitel 4.8.3) herauszukommen? Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Rechtsgrundlage bewusst unvollständig ist, weil der Entscheid für oder gegen eine LVL und der Vollzug der LVL an die Kantone delegiert werden.

Wie aus diesen Beispielen beschrieben, gibt es im Vollzug der LVL einige Punkte, die zu klären sind. Fraglich ist, ob die Klärung unter den Akteuren oder gerichtlich erfolgen soll. Es ist zu empfehlen, erst nach erfolglosen intensiven Suchen einer Lösung unter den Akteuren einen

gerichtlichen Entscheid zu erwirken. Gerichtliche Entscheide können so herauskommen, dass sie sich keinem erhofften Ergebnis einer Partei entsprechen und schwer zu vollziehen sind.

Die LVL ist in einigen Kantonen bereits eingeführt und der LAUF wird durch die Versicherer bereits vollzogen. Alle Akteure machen dies nach bestem Wissen und Gewissen, da viele Fragen gar nicht geklärt sind. Diese Masterarbeit bringt einerseits Licht in die Überlegungen im Thema LVL und zeigt andererseits, wie viele Fragen noch offen und abzustimmen sind.

Im Vollzug der LVL kann innerhalb des KVG einmal mehr nicht allein auf das Legitimationsprinzip abgestützt werden: Nur weil Regeln fehlen, dürfen sich die Akteure nicht vor ungelösten Fragen verschliessen. Das Gespräch zwischen den Akteuren ist zu suchen, um Klarheit für die Bürger und Kunden zu erlangen.

Die Akteure müssen die Rechtsgrundlage mit Hilfe von Grundsätzen staatlichen Handelns anwenden und rechtsstaatlichen Anforderungen auslegen. Durch diese Modellierung werden die Rechtsgrundlagen praktikabel gemacht.

Tabelle 68: Grundsätze staatlichen Handelns und rechtsstaatliche Anforderungen

Grundsätze staatlichen Handelns	
1.	Legalitätsprinzip (Art. 5 Abs. 1 BV)
2.	Grundrechte einhalten (Art. 35 BV)
3.	Grundsatz der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV)
4.	Grundsatz des öffentlichen Interesses (Art. 5. Abs. 2 BV - Gemeinwohl)
5.	Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 BV)
6.	Grundsatz von Treu und Glauben (Art. 5. Abs. 3 und Art. 9 BV)
7.	Verbot der Willkür (Art. 9 BV)
8.	Anspruch auf gerechte Behandlung und Beurteilung innert angemessener Frist (Art. 29 Abs. 1 BV)
9.	Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV)
Auslegung (innerhalb der Wortlautgrenze) als Teil rechtsstaatlicher Anforderungen	
1.	grammatikalische Auslegung (Wortlaut)
2.	systematische Auslegung (Zusammenhang)
3.	historische Auslegung (Entstehungsgeschichte)
4.	teleologische Auslegung (Sinn und Zweck)
Rechtsfortbildung durch Gerichte (geht über die Wortlautgrenze hinaus bis zur Zweckgrenze) als Teil rechtsstaatlicher Anforderungen	
1.	Füllung von Gesetzeslücken
Opportunität durch gesetzgebende Instanzen (übersteigt die Zweckgrenze)	
1.	Gesetze einführen, ändern, aufheben

Quelle: Eigene Darstellung; Tschentscher & Lienhard, 2011, S. 5 - 7.

5.2 Sinn, Zweck und Wirkung des LAUF

Die Klärung von Sinn, Zweck und Wirkung des LAUF ist nicht Gegenstand dieser Masterarbeit. Dennoch kommen diese Fragen immer wieder auf und bleiben unbeantwortet.

Prämien und KOBE müssen bezahlt werden, solange die Versicherungspflicht besteht. Das KVG legitimiert den Versicherer die Schuldner bis zu einem Verlustschein zu betreiben. Der Verlostschein gilt für den Gläubiger als Beweismittel, dass der Schuldner nicht zahlen kann. Wird diesem Beweis misstraut, könnte beim LAUF von einer Ersatzhandlung für die Kompensierung von Schwächen im SchKG gesprochen werden. Legitimiert sich eine KVG-Bestimmung, Mängel im SchKG durch Massnahmen aus dem KVG zu beseitigen oder wäre es nicht besser, die Mängel des SchKG oder im Vollzug des SchKG zu beseitigen?

Wie soll die öffentliche Verwaltung mit Fällen umgehen, bei denen ein Missbrauch der Sozialeinrichtungen vermutet wird, aber kein rechtliches Instrument dagegen vorliegt? Der LAUF ist ein vermeintliches Instrument gegen Sozialmissbrauch. Ist der LAUF so ausgestaltet, dass es nicht umgangen werden kann? Nein, leider ist z. B. nicht gesichert, ob durch einen Kantonswechsel die Wirkung des LAUF erhalten bleibt und der LAUF somit umgangen werden kann. Kantone können sich gegenseitig nicht ihr Recht aufzwingen, aber sollten sich auch nicht gegenseitig schwächen.

Warum kommt es immer wieder vor, dass es Versicherten möglich wird, der im Verlostschein verbriefte Betrag zu zahlen und eine Betreibungsregisterbereinigung zu beantragen, wenn sie einen reinen Betreibungsregisterauszug benötigen?

Der LAUF ist sozialpolitisch problematisch. Dies nach bisheriger und neuer Gesetzgebung. Die Bürger müssen obligatorisch versichert sein, was durch der LAUF unterbrochen ist. Nach bisheriger Gesetzgebung konnten die Kantone 100 % der Verlostscheine übernehmen, um den LAUF zu verhindern. Das führte zum Auslöser der neuen Gesetzgebung, nämlich zu Bürgern ohne OKP-Deckung und zu unbezahlten LERB-Rechnungen. Die Idee war, den LAUF schweizweit abzuschaffen und dafür die Versicherer zu 85 % der Verlostscheine zu entschädigen. Schliesslich wurde der LAUF wieder eingeführt. Jeder Kanton kann nun wählen, ob er eine LVL führen möchte und welche Versicherte er dort erfassen möchte. Das führt zu föderalistischem Vollzug und zu entsprechender Komplexität. Bürger ohne OKP-Deckung gibt es somit weiterhin. Ist der LAUF jetzt besser, wenn er durch die Kanton individuell gestaltet wird?

Werden LERB Patienten mit LAUF behandeln oder nicht? Kantonsspitäler haben oft einen Leistungsauftrag, im Rahmen ihrer Kapazitäten auch ausserhalb eines Notfalls eine Behandlung durchzuführen. Was hat z. B. bei einem Kantonsspital eines Kantons mit LVL Priorität? Der Leistungsauftrag oder der LAUF? Wie ist dieser Zielkonflikt für solche LERB zu lösen?

Sind die Prioritäten und der Begriff der Notfallbehandlung klar? Wird durch eine grosszügige Auslegung der "Notfallbehandlung" eine Umgehungsmöglichkeit des LAUF geschaffen und dadurch seine Wirkung sogar innerhalb eines Kantons mit LVL geschwächt?

Sind die Abläufe so, dass die entsprechenden säumigen Bürger mit einem LAUF belegt werden und die LERB rechtzeitig über den LAUF Kenntnis haben? Wie gross ist der Kollateral-

schaden bei den Versicherten und den LERB? Es werden Versicherte betroffen sein, deren Sozialleistungen nicht bedarfsgerecht an sie gelangen, und es werden LERB betroffen sein, die nicht rechtzeitig über den LAUF informiert sind.

Wie würden sich die Menge der Verlustscheine und der in den Verlustscheinen verbriefte Wert entwickeln, wenn die Einforderung der Prämien und KOBE über den Arbeitgeber als Lohnabzug gemacht würden? Wie wäre der Ablauf bei selbständig Erwerbenden und Arbeitslosen?

Wie würde sich eine durchgängige Umsetzung des Gedankens aus der kantonalen Initiative 11.309 vom Kanton Aargau (Aargau, 2011) auswirken? Sie verlangte, dass die Versicherungsdeckung von der Zahlung der Prämie abhängig wird. Die Prämie ist gemäss Art. 90 KVV zum Voraus fällig. Die Bedingung für den Wechsel des Versicherers könnte ebenfalls davon abhängig gemacht werden. Der Ständerat hat diese Initiative am 27. Februar 2012 und der Nationalrat am 14. Dezember 2012 abgelehnt. Die Ablehnung im Ständerat wurde damit begründet, dass die Gesetzesänderung per 1. Januar 2012 die Problematik löse (Diener Lenz, Verena, 2012).

5.3 Handlungsempfehlung

Die Handlungsempfehlungen ergeben sich grundsätzlich aus den 30 Handlungsempfehlungen im Kapitel 4.

Aus übergeordneter Sicht und als Fazit aus dieser Masterarbeit sind zwei Arten von Stossrichtungen zu empfehlen: Die Stossrichtung betreffend Projektorganisation für den abgestimmten Aufbau des Vollzugs und die Stossrichtung betreffend fachlichem Vollzug im Tagesgeschäft.

• Stossrichtung betreffend Projektorganisation

Alle Akteure (Kantone, LERB und Versicherer) müssen den Vollzug des LAUF erarbeiten, kennen und durchführen. Dazu wird eine übergreifende Projektorganisation nötig, die jedoch Legitimationspromotoren (Thom & Ritz, 2008, S. 104 f.) braucht. Als Vertreter der Kantone könnte eine Delegation der GDK, als Vertreter der LERB eine Delegation der FMH, der H+, des Schweizerischen Apothekerverbands pharmaSuisse, des Schweizer Physiotherapie Verbands physioswiss, des Spitex Verbands Schweiz usw. und als Vertreter der Versicherer eine Delegation der santésuisse als Legitimationspromotoren genannt werden. Ohne übergreifende Projektorganisation wird sich Art. 105h KVV kaum realisieren lassen. Angemerkt werden kann, dass in diesem Artikel die LERB als wichtige Akteure nicht erwähnt sind und kein Hinweis auf einen einheitlichen Datenaustausch, so wie im Art. 65 Abs. 2 KVG für die PV, zu finden ist. Leider ist es fraglich, dass eine Projektorganisation zustande kommt, da u. a. Kantone, welche sich nicht für eine LVL entschieden haben davon ausgehen, dass durch diesen Entscheid, für sie das Thema LVL erledigt ist.

Das heisst aber nicht, dass für die Klärung der bekannten fachlichen Fragen der Aufbau einer Projektorganisation abgewartet werden darf. Bis zur Etablierung einer Projektorganisation bzw. ohne funktionierende, koordinierende und übergreifende Projektorganisation muss es zu föderalistisch individuellen Absprachen mit unterschiedlicher Zusammensetzung zwischen Kantonen, LERB und Versicherer kommen. Dieser Prozess ist bereits im Gang.

Die unterschiedlichen Antworten zu den fachlichen Fragen müssen dann unter den Akteuren durchdacht, abgestimmt oder sogar ausgehandelt werden. Dabei kann es zu kantonal unterschiedlichen Meinungen kommen, die aber gemäss Kapitel 4.8 nicht in jedem Fall realisierbar sind. In einem weiteren Schritt muss die technische Realisierung bearbeitet werden. Die Wege des Datenaustausches, der Datenlagerung und des Datenzugriffes sowie die Meldeprozesse, Standards und Übermittlungsfrequenzen müssen möglichst schweizweit einheitlich geklärt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Bürger- und Kundenorientierung und somit menschlich und fachlich korrekte Bedienung auch für Versicherte mit Schulden gelten muss.

- **Stossrichtung betreffend fachlichem Vollzug**

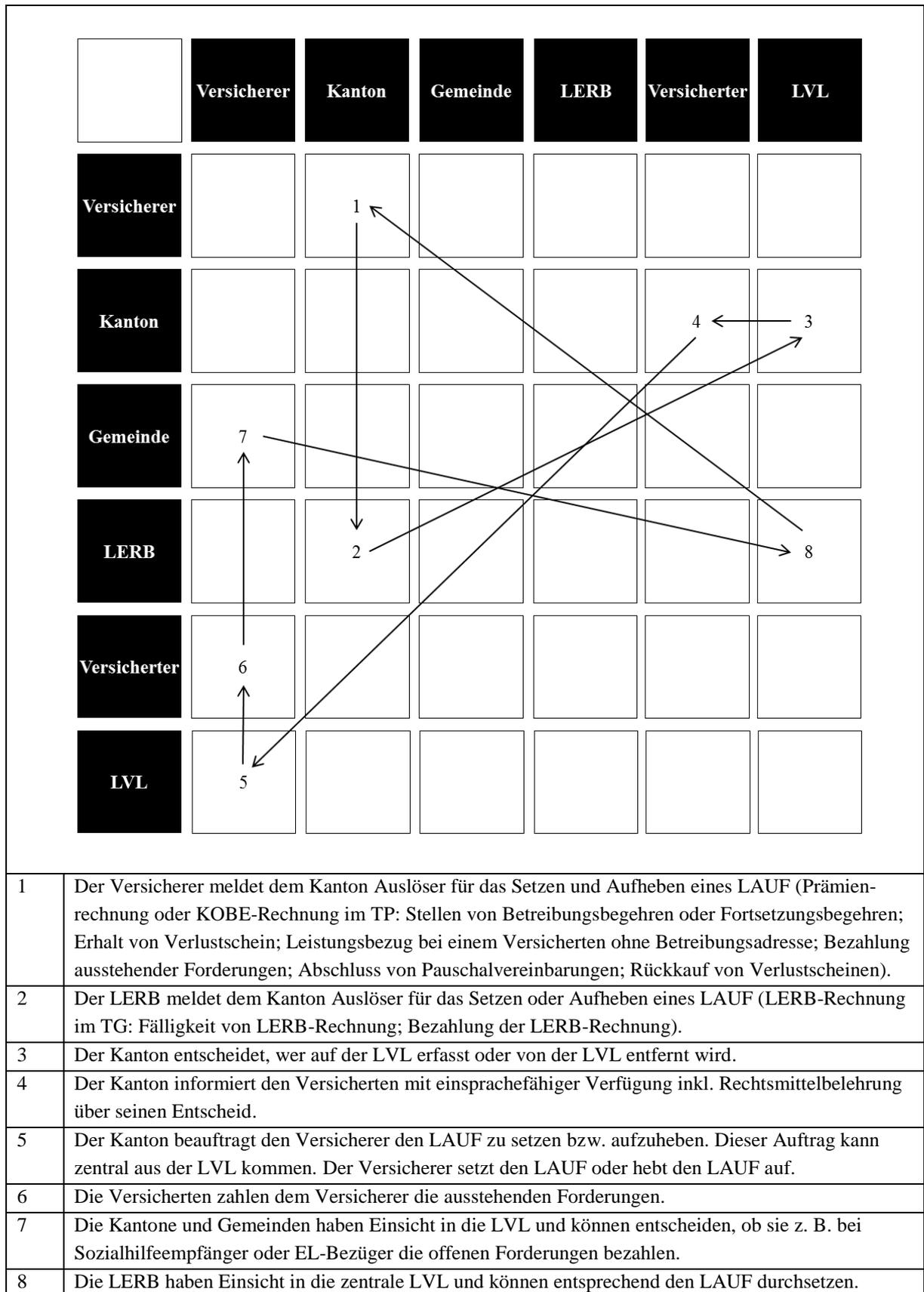
Es lässt sich nicht genügend betonen, dass die LERB als Akteure auch in den fachlichen Lösungen miteingebunden werden müssen. Die Klärung der Frage zur interkantonalen Anwendung und Wirkung des LAUF ist zentral. Normalerweise ist eine Meldung durch den Versicherer der Auslöser für einen LAUF. Es ist zu prüfen, ob nicht auch eine Meldung durch den LERB über die ausstehende Zahlung der LERB-Rechnung im TG ein weiterer Auslöser dafür sein kann. Eine schweizweit zentrale LVL erleichtert den LERB den Vollzug, weil sie nur den Zugriff und die Anwendung einer LVL kennen müssen. Die LVL muss möglichst täglich aktualisiert werden. Es darf nicht dazu kommen, dass der LAUF aus Sicht des LERB rückwirkend gesetzt wird, weil eine bereits erbrachte Behandlung nicht mehr aufgeschoben werden kann und der LERB dafür entschädigt werden muss. Daraus ergibt sich, dass sich die zeitliche Gültigkeit des LAUF ausschliesslich auf die Behandlung durch den LERB beziehen darf. Bei mehrtägigen Behandlungen ist eine KOGU nur für den aktuellen Tag möglich.

Die Wirkung des LAUF muss allen Akteuren klar sein. Weiter ist zu klären, ob der Versicherer tatsächlich über den LAUF informiert werden muss und ob nicht einzig der LERB den LAUF vollziehen muss. Es ist doch der LERB, der über den LAUF informiert sein muss und den LAUF vollzieht, so dass der Versicherer alle LERB-Rechnungen ohne Rücksicht auf LAUF entsprechend TG bzw. TP abwickelt.

Umgehungsmöglichkeiten des LAUF müssen im fachlichen Vollzug aufgedeckt und beseitigt werden.

Der idealtypische Vollzug des LAUF ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 12: Idealtypische Einbindung der LVL



Quelle: Eigene Darstellung.

5.4 Themen für Projekt- oder Masterarbeiten

Aus dieser Masterarbeit lassen sich folgende Themen für weitere Projekt- und Masterarbeiten ableiten:

- Wirkung des LAUF nach Art. 64a Abs. 7 KVG auf das Verhalten der Akteure: Eine Analyse aus der Praxis
- Monetärer Nutzen des LAUF nach Art. 64a Abs. 7 KVG: Parameter und Berechnungsmodelle für die Praxis
- Politische Überlegungen zum LAUF nach Art. 64a Abs. 7 KVG: Antworten von den Politikern zur Umsetzung in der Praxis
- Qualität des Krankversicherungsgesetzes aus Sicht des Vollzugs: Ein Vergleich mit anderen Sozialversicherungsgesetzen
- Zeitliche Abstimmung von Sozialleistungen: Zeitlicher Ablauf zwischen Entstehung der Voraussetzung für den Erhalt der Leistungen, Zeitpunkt des Bedarfs an Leistungen und Wirkung der Leistung

Literaturverzeichnis

- Amonn, Kurt & Walther, Fridolin (2008). *Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts* (8. Aufl.). Bern: Stämpfli Verlag AG.
- Chalmers, Alain F. (2007). *Wege der Wissenschaft* (6. Aufl.). Berlin: Springer Verlag GmbH.
- Eugster, Gebhard (2007). Krankenversicherung. In U. Meyer (Hrsg.), *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht. Soziale Sicherheit* (S. 337 - 822). Basel, Genf, München: Helbling & Lichtenhahn.
- Eugster, Gebhard (2010). *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*. Zürich/Basel/Genf: Schulthess.
- Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein & Wienold, Hanns (2007). *Lexikon zur Soziologie* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.
- Gächter, Thomas & Vollenweider, Irene (2008). *Gesundheitsrecht. Ein Kurzlehrbuch*. Basel: Helbling Lichtenhahn.
- Giddens, Anthony (1999). *Soziologie* (2. Aufl.). Graz-Wien: Nausner und Nausner.
- Kallus, W. Wolfgang (2010). *Erstellung von Fragebogen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kieser, Ueli (2009). *Sozialversicherungsrecht in a nutshell*. Zürich/St. Gallen: Dike.
- Kirchhoff, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter & Schalwin, Siegfried (2010). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (5. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Lamnek, Siegfried (2010a). *Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie* (5. Aufl.). Weinheim: Belz PsychologieVerlagsUnion.
- Lamnek, Siegfried (2010b). *Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken* (5. Aufl.). Weinheim: Belz Psychologie Verlags Union.
- Mummendey, Hans Dieter & Grau, Ina (2008). *Die Fragebogenmethode*. (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Schuhmann, Siegfried (2011). *Repräsentative Umfrage* (4. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.
- Thom, Norbert & Ritz, Adrian (2008). *Public Management. Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor* (4. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Tschentscher, Axel & Lienhard, Andreas (2011). *Öffentliches Recht. Ein Grundriss*. Zürich/St. Gallen: Dike.
- Walder, Hans Ulrich & Jent-Sørensen, Ingrid (2008). *Tafeln zum Schuldbetreibungs- und Konkursrecht* (6. Aufl.). Zürich/Basel/Genf: Schulthess.

Materialienverzeichnis

- Aargau (2011). *Standesinitiative 11.309. Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung.*
- amundis communications GmbH (2012). *Leitfaden für die Erstellung eines Fragebogens.*
- Bleiker, Hansruedi (2012). *Leistungsaufschub versichertenindividuell setzen/beenden - Umsetzung KVG Art.64a, 27.11.2012.*
- Bortoluzzi, Toni (2009). *Parlamentarische Initiative 09.406, Eigenverantwortung statt Vollkasko bei säumigen Krankenkassenprämienzahlern, 16.03.2009.*
- Botschaft (2004). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) und zum Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung, 26.05.2004, BBl 2004 4327.*
- Bundesrat (2005). *Kommentar zu den Verordnungsänderungen vom 9. November und 12. Dezember 2005.*
- Bundesrat (2007). *Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen für den 1. August 2007 und 1. Januar 2008, Kommentar.*
- Bundesrat (2011). *Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2012, Kommentar und Inhalt der Änderungen.*
- Bundesrat (ohne Datum). *Umsetzung des ATSG, Kommentar zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).*
- Diener Lenz, Verena (2012). *Amtliches Bulletin, Frühjahrssession 2012, 1. Sitzung vom 27.02.2012, Parlamentarische Initiative 11.0309.*
- Parlamentarische Initiative (2009a), *Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien, Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 28.08.2009, BBl 2009 6617.*
- Parlamentarische Initiative (2009b), *Parlamentarische Initiative, Artikel 64a KVG und unbezahlte Prämien, Bericht vom 28. August 2009 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, Stellungnahme des Bundesrates, 18.09.2009, BBl 2009 6631.*
- Versicherungsgericht St. Gallen (2010). *Entscheid vom 5. August 2010, KV 2010/6.*

Rechtsquellenverzeichnis

- ATSG. *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (Stand am 1. Januar 2012)*, SR 830.1.
- BV. *Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Stand am 3. März 2013)*, SR 101.
- ELG. *Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (Stand am 1. Januar 2013)*, SR 831.30.
- GebV SchKG. *Gebührenverordnung zum Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs vom 23. September 1996 (Stand am 1. Januar 2011)*, SR 281.35.
- KVG. *Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Stand am 16. Juli 2012)*, SR 832.10.
- KVV. *Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Stand am 1. Mai 2012)*, SR 832.102.
- OR. *Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (Stand am 1. Januar 2013)*, SR 220.
- SchKG. *Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs vom 11. April 1889 (Stand am 1. September 2011)*, SR 281.1.
- VDPV-EDI. *Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung vom 13. November 2012 (Stand am 1. Januar 2013)*, SR 832.102.2.
- VVG. *Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 (Stand am 1. Januar 2011)*, SR 221.229.1.
- ZGB. *Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (Stand am 1. Januar 2012)*, SR 210.

Anhang

Anhang 1: Interviewliste

- Baresi, Michela (2013, 9. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.
- Berglas, Nicole (2013, 13. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.
- Carlen, Myriam (2013, 13. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.
- Hurschler, Philipp (2013, 8. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.
- Page, Elodie (2013, 9. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.
- Palummo, Fabio (2013, 12. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.
- Senn, Philippe (2013, 2. September). Interviewt durch Max Bühler. *Zeitlicher Ablauf der Einforderung von KOBE in der OKP*. Dübendorf.
- Tognina, Reto (2013, 8. August). Interviewt durch Max Bühler. *Durchführung des Fragebogentest und Befragung zur Qualität des Fragebogens*. Dübendorf.

Anhang 2: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone mit LVL (deutsch)

Max Bühler
Neuhofstrasse 1A
8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Mobil: +41 79 435 47 21

Adresse

tt. mmmm 2013

- **Basisinformationen für die Praxis und für die Masterarbeit zum Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern**
- **Befragung zur Interpretation des Art. 64a Abs. 7 KVG durch die Kantone**
- **"Liste der säumigen Prämienzahler"**
- **Kanton als massgebender Kanton**

Anrede

Gemäss der GDK-Internetseite wird die "Liste der säumigen Prämienzahler" in **Ihrem** Kanton (**voraussichtlich**) realisiert (**werden**). **Ihre** Antworten sind von zentraler Bedeutung. Dies insbesondere wegen interkantonaler Konstellationen durch Umzug von Versicherten und ausserkantonalen Behandlungen von Versicherten.

Bei der Befragung geht es darum, massgebende Parameter der Kantone zu erfassen und dadurch Grundlagen zu schaffen, den Leistungsaufschub im Interpretationsspielraum der Rechtsgrundlagen gezielt, wirkungsvoll, koordiniert und korrekt zu vollziehen. Die Fragen können grundsätzlich nicht richtig oder falsch beantwortet werden.

Gerne gebe ich folgende grundsätzliche Informationen zur Befragung:

Verantwortlicher Veranstalter der Befragung

Max Bühler ist Autor der Befragung. Sie dient als Basis zur Masterarbeit im Rahmen seiner Weiterbildung zum Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern am Kompetenzzentrum für Public Management (<http://www.kpm.unibe.ch>). Er ist Leiter der Fachführung Debitorenmanagement bei der Helsana Versicherungen AG in Dübendorf.

Ziele und Nutzen der Befragung

Es werden Fragen geklärt, deren Antworten zum Vollzug des Leistungsaufschubes nach Art. 64a Abs. 7 KVG für die Kantone und für die Versicherer massgebend sind. Die Antworten werden kantonal individuell ausgewiesen. Auch interkantonale Wechselwirkungen werden aufgezeigt.

Kanton als massgebender Kanton in der Befragung

Die Antworten sehr wichtig. Dies insbesondere wegen interkantonaler Konstellationen durch Umzug von Versicherten und ausserkantonaler Behandlungen von Versicherten. Die Teilnahme an der Befragung ist natürlich freiwillig, macht aber einen sehr wichtigen Teil für die Aussagekraft der Studie aus. Je genauer die Angaben, desto genauer wird die Aussagekraft.

Zugang zu den Ergebnissen

Die Ergebnisse der Studie sind öffentlich und werden der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Santésuisse als Informationsquelle für die Weiterentwicklung der bisher realisierten Austauschmodellen gratis zur Verfügung gestellt.

Termin und Rücksendung

Aufgrund des Abgabetermins der Masterarbeit und der geplanten Aufbereitungszeit bitte ich um Antwort bis am **9. September 2013**. Die Rücksendung kann per Post mit dem beigelegten frankierten und adressierten Umschlag erfolgen oder per E-Mail. Die Teilnahme ist freiwillig.

Ansprechpartner für Rückfragen

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Mobiltelefon +41 79 435 47 21

Es würde mich freuen, wenn ich **Ihre** Antworten in meiner Masterarbeit berücksichtigen könnte und bedanke mich im Voraus für die Teilnahme an der Befragung.

Mit besten Grüssen

Max Bühler
Autor der Masterarbeit

Beilage

- Fragebogen
- Frankierter Antwortumschlag

Befragung zum neuen Art. 64a KVG aus Sicht der Kantone

Zeitaufwand für die Bearbeitung des Fragebogens

Rund 30 Minuten gemäss Fragebogentests.

Termin und Rücksendung

Aufgrund des Abgabetermins der Masterarbeit und der geplanten Aufbereitungszeit bitte ich um Antwort bis am **9. September 2013**. Die Rücksendung kann per Post mit dem beigelegten frankierten und adressierten Umschlag erfolgen oder per E-Mail. Die Teilnahme ist freiwillig.

Ansprechpartner für Rückfragen

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Mobiltelefon +41 79 435 47 21

Ziele und Nutzen der Befragung

Es werden Fragen geklärt, deren Antworten zum Vollzug des Leistungsaufschubes nach Art. 64a Abs. 7 KVG für die Kantone und für die Versicherer massgebend sind. Die Antworten werden kantonal individuell ausgewiesen. Auch interkantonale Wechselwirkungen werden aufgezeigt.

Verantwortlicher Veranstalter der Befragung

Max Bühler ist Autor der Befragung. Sie dient als Basis zur Masterarbeit im Rahmen seiner Weiterbildung zum Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern am Kompetenzzentrum für Public Management (<http://www.kpm.unibe.ch>). Er ist Leiter der Fachführung Debitorenmanagement bei der Helsana Versicherungen AG in Dübendorf.

Worauf ist beim Ausfüllen zu achten

Je genauer die Angaben, desto genauer wird die Aussagekraft der Studie. Pro Frage ist jeweils angegeben, ob nur eine oder sogar mehrere Antworten gegeben werden können oder ob diese Frage in Abhängigkeit der Beantwortung einer anderen Frage überhaupt beantwortet werden muss. Bei einzelnen Fragen besteht die Möglichkeit, nebst aus vorgegebenen Antworten auszuwählen, auch individuelle Antworten zu geben.

Zugang zu den Ergebnissen

Die Ergebnisse der Studie sind öffentlich und werden der Santésuisse und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) als Informationsquelle für die Weiterentwicklung der bisher realisierten Austauschmodellen gratis zur Verfügung gestellt.

Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!

Teil A: Auslöser für das Setzen eines Leistungsaufschubs

Frage 1

Aufgrund welcher Tatsache melden Sie einen Leistungsaufschub?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- Der Versicherer meldet die Betreibung (Art. 64a Abs. 2 KVG)
- Der Versicherer meldet das Fortsetzungsbegehren
- Der Versicherer meldet den Verlustschein auf der Quartalsmeldung (Art. 105f Abs. 1 KVV)
- Der Versicherer meldet den Verlustschein auf der Schlussabrechnung (Art. 105f Abs. 2 KVV)
- Sie erfahren, dass der Versicherte bereits einen LAUF in einem anderen Kanton hat
- andere
Falls angekreuzt: Welcher?

Frage 2

Nach Art. 64a Abs. 7 KVG darf nur ein Leistungsaufschub gemeldet werden, wenn der Versicherte seiner Prämienpflicht nicht nachkommt. Melden Sie trotzdem einen Leistungsaufschub an den Versicherer, wenn nur die Betreibung einer unbezahlten Kostenbeteiligung gemeldet wird?

- nein
- ja

Teil B: Auslöser für das Aufheben eines Leistungsaufschubs

Frage 3

Wann lassen Sie den Leistungsaufschub beim Versicherer aufheben?

Es sind mehrere Antworten möglich.

- Meldung durch den Versicherer, dass eine gemeldete Betreuung einen Verlustschein ergeben hat. Der Verlustschein bedeutet nach Art. 26, Art. 115, Art. 149 und Art. 264 SchKG für den Gläubiger die Zahlungsunfähigkeit des Schuldners.
- Meldung durch den Versicherten, dass Konkurs durchgeführt wurde (Amom/Walther, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, Bern 2008, S. 321, Ziffer 3 und Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. August 2010, KV 2010/6, Erwägungen 1.3: Rechtswohltat, wonach bei einem Konkurs ein Schlussstrich gezogen wird.)
- Versicherter ist Ergänzungsleistungs-Bezüger geworden
- Versicherter ist Sozialhilfeempfänger geworden
- Versicherter ist ins Ausland abgereist
- Versicherter hat den Kanton gewechselt
- andere
Falls angekreuzt: Warum?

Teil C: Wirkung des Leistungsaufschubs

Frage 5

Für welchen Zeitraum hat ein Leistungsaufschub Gültigkeit, falls diese wegen **Betriebung auf Prämien ausgelöst wird?**

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- ab Meldungseingang des Leistungsaufschubes beim Versicherer
- während der Deckungsperiode der betriebenen Prämie (z. B. Prämie Juni 2013 ist in **Betriebung**, Leistungsaufschub für Juni 2013)
- andere
Falls angekreuzt: Für welche Zeit?

Frage 6

Für welchen Zeitraum hat ein Leistungsaufschub Gültigkeit, falls diese wegen **Betriebung auf Kostenbeteiligung ausgelöst wird?**

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- ab Meldungseingang des Leistungsaufschubes beim Versicherer
- während der Behandlungsdauer der betriebenen Kostenbeteiligung (z. B. **Kostenbeteiligung** für eine Behandlung im Juni ist in **Betriebung**, Leistungsaufschub für Juni 2013)
- andere
Falls angekreuzt: Für welche Zeit?

Frage 7

Wie legen Sie die Dauer des Leistungsaufschubes fest

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- von einem Monat bis zu einem konkreten Monat (monatsgenau)
- von einem Datum bis zu einem konkreten Datum (tagesgenau)
- von einem Monat bis auf Widerruf (monatsgenau)
- von einem Datum bis auf Widerruf (tagesgenau)
- andere
Falls angekreuzt: Für welche Dauer?

Frage 8

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt nebst Leistungen aus Krankheit auch Leistungen aus Unfall (Art. 1a Abs. 2 Bst. b, Art. 8 Abs. 2 und 3 sowie Art. 28 KVG). Bei welchen Ereignissen soll der Leistungsaufschub wirken.

Es sind mehrere Antworten möglich.

- Leistungen aus Krankheit
- Leistungen aus Unfall

Frage 9

Für welche Rechnungen eines Leistungserbringers muss der Leistungsaufschub Wirkung haben?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

Es gilt für Rechnungen des Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.), welche während der Gültigkeit des Leistungsaufschubs...

- vom Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ausgestellt wurden.
- beim Versicherer eintreffen (Art. 105c Abs. 2 KVV - Version 2011).
- vom Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) fakturiert wurden.
- fällig sind.
- beim Versicherer bearbeitet werden.
- durchgeführte Behandlungen enthalten.
- andere
Falls angekreuzt: Für welche Rechnungen?

Teil D: Vom Leistungsaufschub betroffener Personenkreis

Frage 10

Für welche Versicherten melden Sie keinen Leistungsaufschub an den Versicherer, nach Information des Versicherers über deren Betreuung?

Es sind mehrere Antworten möglich.

- Der Versicherte ist ein Kind
- Der Versicherte ist ein Ergänzungsleistungs-Bezüger
- Der Versicherte ist Sozialhilfeempfänger
- Der Versicherte ist Bezüger einer Prämienverbilligung
- Es gibt keine Ausnahmen, alle Versicherten erhalten einen Leistungsaufschub
- andere
Falls angekreuzt: Warum?

Frage 11

Detailierungsgrad des betroffenen Personenkreises

Bitte nur eine Antwort auswählen.

Ausgangslage: Die Betreuung wird pro Schuldner durchgeführt. Es ist möglich, dass der Schuldner nicht versichert ist, da er "nur" Prämienzahler ist. Der Versicherer meldet eine Betreuung unter Angabe, des Schuldners und der Versicherten, für welche der Schuldner sich als Zahler bezeichnet hat. Sie melden uns einen Leistungsaufschub. Was melden Sie?

- nur den Schuldner, so dass der Versicherer jedem Familienmitglied einen Leistungsaufschub setzen muss
- Nur die Versicherten, für welche einen Leistungsaufschub gesetzt werden muss
- den Schuldner und nur die Versicherten, für welche einen Leistungsaufschub gesetzt werden muss
- Nur die Versicherten, für welche keinen Leistungsaufschub gesetzt werden muss
- den Schuldner und nur die Versicherten, für welche keinen Leistungsaufschub gesetzt werden muss
- alle Versicherten mit je der Angabe, ob ein Leistungsaufschub gesetzt werden muss bzw. nicht gesetzt werden muss
- den Schuldner und alle Versicherten mit je der Angabe, ob ein Leistungsaufschub gesetzt werden muss bzw. nicht gesetzt werden muss
- andere
Falls angekreuzt: Was melden Sie?

Teil E: Information des Versicherten über den Leistungsaufschub

Frage 12

Informieren Sie die Versicherten, wenn Sie einen Leistungsaufschub bei seinem Versicherer setzen lassen?

- nein
- ja (Wenn ja, bitte ein Muster einer solchen Information beilegen)

Frage 13

(Bitte nur beantworten, wenn Frage 14 mit "ja" beantwortet.)

Wer macht die Information an den Versicherten

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- Kanton
- Gemeinde
- andere
Falls angekreuzt: Wer?

Frage 14

Informieren Sie die Versicherten, wenn Sie einen Leistungsaufschub bei seinem Versicherer aufheben lassen oder beim Versicherer aufgehoben (Art. 64a Abs. 7 KVG) wird?

- nein
- ja (Wenn ja, bitte ein Muster einer solchen Information beilegen)

Frage 15

(Bitte nur beantworten, wenn Frage 14 mit "ja" beantwortet.)

Wer macht die Information an den Versicherten

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- Kanton
- Gemeinde
- andere
Falls angekreuzt: Wer?

Frage 16

An wen muss sich der Versicherte melden, wenn er den Leistungsaufschub beanstandet bzw. annulliert haben will?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- zuständige kantonale Stelle
- Versicherer

Frage 17

(Bitte nur beantworten, wenn Frage 16 mit "Versicherer" beantwortet.)

Was muss der Versicherer tun, wenn der Versicherte den Leistungsaufschub beanstandet bzw. annulliert haben will (Die Betreuung besteht zurecht)?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

- den Leistungsaufschub ohne weitere Abklärungen aufheben
- den Leistungsaufschub auf jeden Fall beibehalten
- die Beanstandung bzw. den Antrag auf Annullierung des Versicherten an die kantonale Stelle weiterleiten
- andere
Falls angekreuzt: Was?

Teil F: Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) und Leistungsaufschub

Frage 18

Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) über die Anwendung des Leistungsaufschubs?		
	ja	nein
Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) innerhalb Ihres Kantons? Wenn ja , bitte ein Muster einer solchen Information beilegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ausserhalb Ihres Kantons? Wenn ja , bitte ein Muster einer solchen Information beilegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 19

Wie ist der Zugriff auf die "Liste der säumigen Prämienzahler" organisiert? Bitte nur eine Antwort auswählen.
<p><input type="radio"/> Mündliche Einzelanfrage</p> <p><input type="radio"/> Online-Zugriff</p> <p><input type="radio"/> andere Falls angekreuzt: Wie?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>

Teil G: Leistungsaufschub beim Kantonswechsel des Versicherten

Frage 20

Muss der Versicherte im Zeitpunkt der Meldung des Leistungsaufschubs in dem Kanton wohnhaft sein, der den Leistungsaufschub meldet, damit er seine Wirkung entfaltet?

Zwischen Meldung der Betreuung durch den Versicherer an den Kanton und Meldung des Leistungsaufschub durch den Kanton an den Versicherer kann eine Adressänderung beim Versicherer für den betroffenen Versicherten erfolgt sein: Muss der Versicherte im Zeitpunkt der Meldung des Leistungsaufschubs noch in dem Kanton wohnhaft sein, der den Leistungsaufschub meldet, damit er wirken darf?

- ja
- nein

Frage 21

Muss der Leistungsaufschub nach Rückkehr des Versicherten in den Kanton, der ihm ursprünglich einen Leistungsaufschub gegeben hat, wieder aktiviert werden?

Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub von Ihrem Kanton. Er verlässt den Kanton und zwei Jahre später geht er wieder in diesen Kanton zurück. Während dieser Zeit wechselt er den Versicherer nicht. Die Schuld besteht immer noch. Muss nach Rückkehr des Versicherten in den Kanton, der ihm ursprünglich einen Leistungsaufschub gegeben hat, wieder aktiviert werden?

- ja
- nein

Frage 22

Muss der Versicherer die Betreuung bzw. den Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?				
Der Versicherte hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligung, welche in Betreuung sind und dem bisherigen Kanton bereits gemeldet wurden. Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub.				
	Betreibung melden		Leistungsaufschub melden	
	ja	nein	ja	nein
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub ebenfalls durchführt .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss der Versicherer die Betreuung bzw. der Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?				
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss der Versicherer die Betreuung bzw. der Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?				

Frage 23

Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?		
Der Versicherte hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligungen, welche in Betreuung sind und dem bisherigen Kanton bereits gemeldet wurden. Der Versicherte hat keinen Leistungsaufschub.	Betreibung melden	
	ja	nein
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub ebenfalls durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil H: Interkantonale Anwendung des Leistungsaufschubs

Frage 24

Muss der Versicherer den Leistungsaufschub vollziehen und somit die Bezahlung der Rechnung aufschieben?		
	ja	nein
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern keinen Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Z (Z lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Z (Z lässt bei den Versicherern keinen Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton X (X lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil I: Leistungsaufschub beim Wechsel des Versicherers

Frage 25

Muss der Kanton über den Versichererwechsel informiert werden, damit er den Leistungsaufschub auch an den Nachversicherer melden kann?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

Ein Versicherter hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligung. Er wechselt den Versicherer. Nach dem Versichererwechsel wird der Versicherte betrieben. Die Betreibung wird dem Kanton gemeldet und der Kanton meldet einen Leistungsaufschub.

Muss der Kanton über den Versichererwechsel informiert werden, damit er den Leistungsaufschub auch an den Nachversicherer melden kann?

- ja
- nein
- Diesen Fall darf es nicht geben, da Versicherte mit unbezahlte Prämien und/oder Kostenbeteiligung den Versicherer nicht wechseln dürfen

Bemerkungen:

Frage 26

Muss der Leistungsaufschub beim Versicherer nach einem Wiedereintritt wieder aufleben?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

Ein Versicherter hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligung. Er wechselt den Versicherer. Nach dem Versichererwechsel wird der Versicherte betrieben. Die Betreibung wird dem Kanton gemeldet und der Kanton meldet einen Leistungsaufschub. Die Betreibung führt zu einem Verlustschein. Zwei Jahre später geht der Versicherte wieder zu diesem Versicherer zurück.

Muss der Leistungsaufschub beim Versicherer nach diesem Wiedereintritt wieder aufleben?

- ja
- nein
- Diesen Fall darf es nicht geben, da Versicherte mit unbezahlte Prämien und/oder Kostenbeteiligung den Versicherer nicht wechseln dürfen

Bemerkungen:

Teil J: Schuldner mit mehreren Betreibungen

Frage 27

Möchten Sie Ihren Bürgern Auskunft geben können, aufgrund welcher Betreibung ein Leistungsaufschub besteht?

Ein Schuldner kann mehrfach betrieben werden, da nachfolgende und somit später fällige Rechnungen auch später und somit getrennt voneinander betrieben werden. Deshalb meldet der Versicherer nebst der verlangten Details auch die Identifikation der Betreibung.

Der Schuldner hat zwei Betreibungen. Er bezahlt nur die erste der beiden Betreibungen. Die zweite Betreibung bleibt also noch unbezahlt. Der Bürger behauptet, er habe den Betrag aus der Betreibung bezahlt und der Leistungsaufschub sei nicht mehr gerechtfertigt. Möchten Sie Ihren Bürgern Auskunft geben können, aufgrund welcher Betreibung ein Leistungsaufschub besteht, um zu verhindern, dass er sich auch noch an den Versicherer wenden muss?

- ja
- nein

Bemerkungen:

Frage 28

Meldet der Kanton erneut einen Leistungsaufschub an den Versicherer, nachdem der Versicherer eine zusätzliche Betreibung eines Schuldners meldet?

Ein Schuldner kann mehrfach betrieben werden, da nachfolgende und somit später fällige Rechnungen auch später und somit getrennt voneinander betrieben werden. Deshalb meldet der Versicherer nebst der verlangten Details auch die Identifikation der Betreibung.

Meldet der Kanton erneut einen Leistungsaufschub an den Versicherer, nachdem der Versicherer eine zusätzliche Betreibung eines Schuldners mit Leistungsaufschub an den Kanton meldet?

- ja
- nein

Frage 29

In welchem Fall wünschen Sie eine Meldung des Versicherers über die Begleichung der ausstehenden Forderungen nach Art. 64a Abs. 7 KVG, wenn der Schuldner mehrfach betrieben wird?

Bitte nur eine Antwort auswählen.

Ein Schuldner kann mehrfach betrieben werden, da nachfolgende und somit später fällige Rechnungen auch später und somit getrennt voneinander betrieben werden. Deshalb meldet der Versicherer nebst der verlangten Details auch die Identifikation der Betreibung.

Der Schuldner hat zwei Betreibungen. Er bezahlt nur die erste der beiden Betreibungen. Die zweite Betreibung bleibt also noch unbezahlt.

In welchem Fall wünschen Sie eine Meldung des Versicherers über die Begleichung der ausstehenden Forderungen?

- Wir möchten eine Meldung sobald **eine einzelne** Betreibung beglichen ist.
- Der Versicherer darf aber den Leistungsaufschub erst **aufheben, wenn alle** ausstehenden Betreibungen beglichen sind.
- Wir möchten erst eine Meldung, wenn **alle** Betreibungen beglichen sind. Der Versicherer **hebt** den Leistungsaufschub dann **auf**.
- andere
Falls angekreuzt: In welchem Fall?

Bemerkungen:

Teil K: Schlussfrage

Frage 30

Was möchten Sie noch mitteilen?

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

Anhang 3: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone mit LVL (italienisch)

Max Bühler
Neuhofstrasse 1A
8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Cellulare: +41 79 435 47 21

Indirizzo

gg mmmm 2013

- **Informazioni di base per la parte pratica e il lavoro di master dell'Executive Master of Public Administration (MPA) dell'Università di Berna**
- **Sondaggio sull'interpretazione dell'art. 64a cpv. 7 LAMal da parte dei cantoni**
- **"Elenco degli assicurati morosi"**
- **Cantone quale cantone determinante**

Intestazione,

secondo la pagina Internet della CDS nel vostro cantone è stato allestito un "elenco degli assicurati morosi". Le vostre risposte sono di centrale importanza, soprattutto a causa delle situazioni intercantonali che si creano in seguito ai traslochi e ai trattamenti extracantonali degli assicurati.

Il sondaggio intende rilevare una serie di parametri cantonali determinanti e in tal modo creare le basi per attuare la sospensione delle prestazioni in modo mirato, efficace, coordinato e corretto all'interno del margine di interpretazione delle basi giuridiche. Sostanzialmente non è possibile fornire risposte corrette o sbagliate.

Qui di seguito sono elencate alcune informazioni di base sul sondaggio:

Organizzatore responsabile del sondaggio

Max Bühler è l'autore del sondaggio, che funge da base per il lavoro di master nell'ambito della sua formazione continua per l'Executive Master of Public Administration (MPA) dell'Università di Berna presso il Centro di competenza per il public management (<http://www.kpm.unibe.ch>). Max Bühler è responsabile della Gestione specialistica Management dei debitori presso Helsana Assicurazioni SA a Dübendorf.

Obiettivi e utilità del sondaggio

Il sondaggio pone domande, le cui risposte sono determinanti per l'attuazione della sospensione delle prestazioni ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal per i cantoni e gli assicuratori. Le risposte sono presentate individualmente a livello cantonale. Vengono mostrate anche le interazioni intercantonali.

Cantone quale cantone determinante per il sondaggio

Le risposte sono molto importanti. Soprattutto a causa delle situazioni intercantonali che si creano in seguito ai traslochi e ai trattamenti extracantonali degli assicurati. La partecipazione al sondaggio è facoltativa ma contribuisce in maniera rilevante all'attendibilità dello studio. Più precise sono le indicazioni, maggiore è l'attendibilità.

Accesso ai risultati

I risultati dello studio sono pubblici e vengono messi a disposizione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e di santésuisse quale fonte di informazione per l'ulteriore sviluppo dei modelli di scambio realizzati finora.

Scadenze e risposta

A causa del termine di consegna del lavoro di master e del tempo pianificato per l'elaborazione, le risposte devono pervenire entro il **9 settembre 2013**. Le risposte possono essere inviate per posta mediante la busta risposta allegata oppure per e-mail. La partecipazione è facoltativa.

Interlocutore in caso di domande

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Cellulare +41 79 435 47 21

Nella speranza di poter tenere conto delle **vostre** risposte nel mio lavoro di master, vi ringrazio in anticipo per la partecipazione.

Cordiali saluti.

Max Bühler
Autore del lavoro di master

Allegato

- Questionario
- Busta risposta

Sondaggio sul parere dei cantoni in merito al nuovo art. 64a LAMal

Tempo necessario

Circa 30 minuti in base al test.

Scadenze e risposta

A causa del termine di consegna del lavoro di master e del tempo pianificato per l'elaborazione, le risposte devono pervenire entro il **9 settembre 2013**. Le risposte possono essere inviate per posta mediante la busta risposta allegata oppure per e-mail. La partecipazione è facoltativa

Interlocutore in caso di domande

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Cellulare +41 79 435 47 21

Obiettivi e utilità del sondaggio

Il sondaggio pone domande, le cui risposte sono determinanti per l'attuazione della sospensione delle prestazioni ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal per i cantoni e gli assicuratori. Le risposte sono presentate individualmente a livello cantonale. Vengono mostrate anche le interazioni intercantionali.

Organizzatore responsabile del sondaggio

Max Bühler è l'autore del sondaggio, che funge da base per il lavoro di master nell'ambito della sua formazione continua per l'Executive Master of Public Administration (MPA) dell'Università di Berna presso il Centro di competenza per il public management (<http://www.kpm.unibe.ch>). Max Bühler è responsabile della Gestione specialistica Management dei debitori presso Helsana Assicurazioni SA a Dübendorf.

Di cosa occorre tenere conto?

Più precise sono le indicazioni, maggiore è l'attendibilità dello studio. Per ogni domanda è indicato se sono possibili una o più risposte oppure se la risposta alla domanda è direttamente collegata alla risposta di un'altra domanda. Per alcune domande inoltre è possibile fornire risposte individuali oltre a quelle già predefinite.

Accesso ai risultati

I risultati dello studio sono pubblici e vengono messi a disposizione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e di santésuisse quale fonte di informazione per l'ulteriore sviluppo dei modelli di scambio realizzati finora.

Vi ringrazio della partecipazione!

Parte A: evento scatenante per l'attivazione di una sospensione delle prestazioni

Domanda 1

In seguito a quale evento notificate una sospensione delle prestazioni?

Barrare una sola risposta.

- L'assicuratore notifica l'esecuzione (art. 64a cpv. 2 LAMal).
- L'assicuratore notifica la domanda di continuazione dell'esecuzione.
- L'assicuratore notifica l'attestato di carenza di beni sulla notifica trimestrale (art. 105f cpv. 1 OAMal)
- L'assicuratore notifica l'attestato di carenza di beni sul conteggio finale (art. 105f cpv. 2 OAMal)
- Venite informati che l'assicurato ha già una sospensione delle prestazioni in un altro cantone.
- Altro
Se sì; quale?

Domanda 2

Secondo l'art. 64a cpv. 7 LAMal è consentito notificare una sospensione delle prestazioni solo se l'assicurato non adempie al proprio obbligo di pagamento dei premi. Notificate comunque una sospensione delle prestazioni all'assicuratore nel caso in cui venga notificata solo l'esecuzione di una partecipazione ai costi non pagata?

- No
- Sì

Parte B: evento scatenante per l'annullamento di una sospensione delle prestazioni

Domanda 3

Quando chiedete all'assicuratore di annullare la sospensione delle prestazioni?

Sono possibili più risposte.

- L'assicuratore comunica che un'esecuzione notificata ha dato luogo a un attestato di carenza di beni. Ai sensi degli artt. 26, 115, 149 e 264 LEF per il creditore l'attestato di carenza di beni significa l'insolvenza del debitore.
- L'assicurato comunica che è stata avviata una procedura di fallimento (Amom/Walther, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, Berna 2008, pag. 321, cifra 3 e Decisione del 5 agosto 2010 del Tribunale delle assicurazioni del canton San Gallo, KV 2010/6, considerazioni 1.3: beneficio di legge secondo cui in caso di fallimento si pone fine agli eventi passati.)
- L'assicurato è diventato beneficiario di prestazioni complementari
- L'assicurato è diventato beneficiario dell'assistenza sociale
- L'assicurato si è trasferito all'estero
- L'assicurato si è trasferito in un altro cantone
- Altro
Se sì: perché?

Domanda 4

Quali parti del credito complessivo (crediti arretrati) contenute in un attestato di carenza di beni deve pagare il debitore affinché a vostro parere - sulla base dell'art. 64a cpv. 7 LAMal - il debito risulti saldato?

Sono possibili più risposte.

- Spese d'esecuzione
- Interessi di mora
- Spese di sollecito (art. 105b cpv. 2 OAMal, artt. 103 - 106 CO)
- Premio
- Partecipazione ai costi
- Spese amministrative dell'assicuratore (art. 105b cpv. 2 OAMal, artt. 103 - 106 CO)

Parte C: efficacia della sospensione delle prestazioni

Domanda 5

Qual è il periodo di validità della sospensione delle prestazioni, se tale validità viene generata in seguito all'esecuzione sui premi?

Barrare una sola risposta.

- A partire dall'arrivo della notifica della sospensione delle prestazioni presso l'assicuratore.
- Durante il periodo della copertura del premio oggetto dell'esecuzione (ad es. il premio di giugno 2013 è oggetto dell'esecuzione, sospensione delle prestazioni per giugno 2013).
- Altro
Se sì: per quale periodo?

Domanda 6

Qual è il periodo di validità della sospensione delle prestazioni, se tale validità viene generata in seguito all'esecuzione sulla partecipazione ai costi?

Barrare una sola risposta.

- A partire dall'arrivo della notifica della sospensione delle prestazioni presso l'assicuratore.
- Durante il periodo del trattamento della partecipazione ai costi oggetto dell'esecuzione (ad es. partecipazione ai costi per un trattamento nel mese di giugno, sospensione delle prestazioni per giugno 2013)
- Altro
Se sì: per quale periodo?

Domanda 7

In che modo definite la durata della sospensione delle prestazioni?

Barrare una sola risposta.

- Da un mese a un altro mese definito (a cadenza mensile).
- Da una data a un'altra data definita (a cadenza giornaliera).
- Da un mese fino a revoca (a cadenza mensile).
- Da una data fino a revoca (a cadenza giornaliera).
- Altro
Se sì: per quale durata?

Domanda 8

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie corrisponde prestazioni in caso di malattia e anche in caso di infortunio (art. 1a cpv. 2 lett. b, art. 8 cpv. 2 e 3 e art. 28 LAMal). In quali casi si applica la sospensione delle prestazioni?

Sono possibili più risposte.

- Prestazioni in caso di malattia.
- Prestazioni in caso di infortunio.

Domanda 9

Per quali fatture di un fornitore di prestazioni deve essere applicata la sospensione delle prestazioni?

Barrare una sola risposta.

Si applica per le fatture dei fornitori di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) che...

- durante la validità della sospensione delle prestazioni sono state emesse dal fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.).
- durante la validità della sospensione delle prestazioni giungono presso l'assicuratore (art. 105c cpv. 2 OAMal - versione 2011).
- durante la validità della sospensione delle prestazioni sono state fatturate dal fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.).
- hanno la scadenza durante la validità della sospensione delle prestazioni.
- vengono elaborate dall'assicuratore durante la validità della sospensione delle prestazioni.
- includono trattamenti eseguiti durante la validità della sospensione delle prestazioni.
- Altro
Se sì: per quali fatture?

Parte D: gruppo di persone interessate dalla sospensione delle prestazioni

Domanda 10

Per quali assicurati non procedete alla notifica della sospensione delle prestazioni all'assicuratore, dopo l'informazione dell'assicuratore in merito all'esecuzione?

Sono possibili più risposte.

- L'assicurato è un bambino
- L'assicurato beneficia di prestazioni complementari
- L'assicurato beneficia dell'assistenza sociale
- L'assicurato beneficia di una riduzione dei premi
- Non sono ammesse eccezioni, tutti gli assicurati possono essere interessati da una sospensione delle prestazioni
- Altro
Se sì: perché?

Domanda 11

Grado di dettaglio del gruppo di persone interessate

Barrare una sola risposta.

Situazione iniziale: l'esecuzione viene avviata per ogni singolo debitore. È possibile che il debitore non sia assicurato, ma sia "soltanto" colui che paga i premi. L'assicuratore notifica un'esecuzione con indicazione del debitore e dell'assicurato per il quale il debitore si è definito come "pagatore". Ci notificate una sospensione delle prestazioni. Che cosa notificate?

- Solo il debitore, in modo tale che l'assicuratore deve attivare una sospensione delle prestazioni per ciascun membro della famiglia.
- Solo l'assicurato per il quale deve essere attivata la sospensione delle prestazioni.
- Il debitore e solo gli assicurati per i quali deve essere attivata la sospensione delle prestazioni.
- Solo gli assicurati per i quali non deve essere attivata la sospensione delle prestazioni.
- Il debitore e solo gli assicurati per i quali non deve essere attivata la sospensione delle prestazioni.
- Tutti gli assicurati, indicando per ciascuno di essi se è necessario attivare una sospensione delle prestazioni o meno.
- Il debitore e tutti gli assicurati, indicando per ciascuno di essi se è necessario attivare una sospensione delle prestazioni o meno.
- Altro
Se sì: che cosa notificate?

Parte E: informazione dell'assicurato in merito alla sospensione delle prestazioni

Domanda 12

Procedete a informare l'assicurato quando incaricate il suo assicuratore di attivare una sospensione delle prestazioni?

- No
- Sì (se sì, allegare un modello di tale informazione)

Domanda 13

(Rispondere unicamente se alla domanda 14 si è risposto con un "sì".)

Chi si occupa di informare l'assicurato?

Barrare una sola risposta.

- Cantone
- Comune
- Altro
Se sì: chi?

Domanda 14

Procedete a informare l'assicurato quando chiedete al suo assicuratore di annullare la sospensione delle prestazioni o quest'ultima viene annullata dall'assicuratore (art. 64a cpv. 7 LAMa)?

- No
- Sì (se sì, allegare un modello di tale informazione)

Domanda 15

(Rispondere unicamente se alla domanda 14 si è risposto con un "sì".)

Chi si occupa di informare l'assicurato?

Barrare una sola risposta.

- Cantone
- Comune
- Altro
Se sì: chi?

Domanda 16

A chi deve rivolgersi l'assicurato se intende contestare o annullare la sospensione delle prestazioni?

Barrare una sola risposta.

- Ufficio cantonale preposto
- Assicuratore

Domanda 17

(Rispondere unicamente se alla domanda 16 si è risposto con "assicuratore".)

Che cosa deve fare l'assicuratore se l'assicurato intende contestare o annullare la sospensione delle prestazioni? (L'esecuzione è giustificata)

Barrare una sola risposta.

- Annullare la sospensione delle prestazioni senza ulteriori chiarimenti.
- Mantenere in ogni caso la sospensione delle prestazioni.
- Inoltrare la contestazione o la richiesta di annullamento dell'assicurato all'ufficio cantonale.
- Altro
Se sì: cosa?

Parte F: fornitori di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) e sospensione delle prestazioni

Domanda 18

Procedete a informare i fornitori di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) in merito all'applicazione della sospensione delle prestazioni?		
	Si	No
Informate i fornitori di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) all'interno del vostro cantone? Se sì , allegare un modello di tale informazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informate i fornitori di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) al di fuori del vostro cantone? Se sì , allegare un modello di tale informazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Domanda 19

Com'è organizzato l'accesso all'elenco degli assicurati morosi? Barrare una sola risposta.
<input type="radio"/> Richiesta orale <input type="radio"/> Accesso online <input type="radio"/> Altro Se sì: come?
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

Parte G: sospensione delle prestazioni in caso di trasferimento dell'assicurato in un altro cantone

Domanda 20

Al momento della notifica della sospensione delle prestazioni l'assicurato deve essere domiciliato nel cantone che notifica la sospensione delle prestazioni, affinché quest'ultima abbia validità?

Tra la notifica dell'esecuzione da parte dell'assicuratore al cantone e quella della sospensione delle prestazioni da parte del cantone all'assicuratore può verificarsi un cambiamento di indirizzo dell'assicurato interessato: al momento della notifica della sospensione delle prestazioni l'assicurato deve ancora essere domiciliato nel cantone che notifica la sospensione delle prestazioni, affinché quest'ultima abbia validità?

- Sì
- No

Domanda 21

Se l'assicurato ritorna nel cantone che aveva ordinato originariamente la sospensione delle prestazioni, quest'ultima deve essere riattivata?

L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni ordinato dal suo cantone. Egli lascia il cantone, nel quale rientra due anni più tardi. Durante tale periodo non cambia assicuratore. Il debito sussiste ancora. Se l'assicurato ritorna nel cantone che aveva ordinato originariamente la sospensione delle prestazioni, quest'ultima deve essere riattivata?

- Sì
- No

Domanda 22

L'assicuratore deve notificare l'esecuzione e la sospensione delle prestazioni al nuovo cantone?				
L'assicurato ha premi o partecipazioni ai costi arretrati oggetto di esecuzione e già notificati al vecchio cantone. L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni.				
	Notificare l'esecuzione		Notificare la sospensione delle prestazioni	
	Si	No	Si	No
<p>Un assicurato si trasferisce da un cantone che esegue la sospensione delle prestazioni a un altro cantone che esegue anche la sospensione delle prestazioni.</p> <p>L'assicuratore deve notificare l'esecuzione e la sospensione delle prestazioni al nuovo cantone?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Un assicurato si trasferisce da un cantone che esegue la sospensione delle prestazioni a un cantone che non esegue la sospensione delle prestazioni.</p> <p>L'assicuratore deve notificare l'esecuzione e la sospensione delle prestazioni al nuovo cantone?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Domanda 23

L'assicuratore deve notificare l'esecuzione al nuovo cantone?		
L'assicurato ha premi o partecipazioni ai costi arretrati oggetto di esecuzione e già notificati al vecchio cantone. L'assicurato non è soggetto a una sospensione delle prestazioni.		
	Notificare l'esecuzione	
	Si	No
Un assicurato si trasferisce da un cantone che esegue la sospensione delle prestazioni a un altro cantone che esegue anche la sospensione delle prestazioni. L'assicuratore deve notificare l'esecuzione al nuovo cantone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un assicurato si trasferisce da un cantone che esegue la sospensione delle prestazioni a un cantone che non esegue la sospensione delle prestazioni. L'assicuratore deve notificare l'esecuzione al nuovo cantone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un assicurato si trasferisce da un cantone che non esegue la sospensione delle prestazioni a un cantone che non esegue la sospensione delle prestazioni. L'assicuratore deve notificare l'esecuzione al nuovo cantone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un assicurato si trasferisce da un cantone che non esegue la sospensione delle prestazioni a un cantone che esegue la sospensione delle prestazioni. L'assicuratore deve notificare l'esecuzione al nuovo cantone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte H: applicazione intercantonale della sospensione delle prestazioni

Domanda 24

L'assicuratore deve attuare la sospensione delle prestazioni e pertanto differire il pagamento della fattura?		
	Si	No
L'assicurato è domiciliato nel canton X . L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni del canton X . Il fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) è nel canton Y (Y fa eseguire la sospensione delle prestazioni dall'assicuratore).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assicurato è domiciliato nel canton X . L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni del canton X . Il fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) è nel canton Y (Y non fa eseguire la sospensione delle prestazioni dall'assicuratore).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assicurato è domiciliato nel canton X . L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni del canton Y . Il fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) è nel canton Y (Y fa eseguire la sospensione delle prestazioni dall'assicuratore).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assicurato è domiciliato nel canton X . L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni del canton Y . Il fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) è nel canton Z (Z fa eseguire la sospensione delle prestazioni dall'assicuratore).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assicurato è domiciliato nel canton X . L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni del canton Y . Il fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) è nel canton Z (Z non fa eseguire la sospensione delle prestazioni dall'assicuratore).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assicurato è domiciliato nel canton X . L'assicurato è soggetto a una sospensione delle prestazioni del canton X . Il fornitore di prestazioni (ospedale, medico, ecc.) è nel canton X (X fa eseguire la sospensione delle prestazioni dall'assicuratore).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte I: sospensione delle prestazioni in caso di passaggio a un altro assicuratore

Domanda 25

Il cantone deve essere informato in merito al passaggio a un altro assicuratore affinché possa notificare la sospensione delle prestazioni anche al nuovo assicuratore?

Barrare una sola risposta.

Un assicurato con premi o partecipazioni ai costi scoperti decide di passare a un altro assicuratore. Dopo il trasferimento l'assicurato è soggetto a un'esecuzione. L'esecuzione viene notificata al cantone, che a sua volta notifica una sospensione delle prestazioni.

Il cantone deve essere informato in merito al passaggio a un altro assicuratore affinché possa notificare la sospensione delle prestazioni anche al nuovo assicuratore?

- Sì
- No
- Questo caso non deve verificarsi dal momento che gli assicurati con premi o partecipazioni ai costi scoperti non possono cambiare assicuratore.

Osservazioni:

Domanda 26

Dopo una riammissione deve essere ripristinata la sospensione delle prestazioni presso l'assicuratore?

Barrare una sola risposta.

Un assicurato con premi o partecipazioni ai costi arretrati decide di passare a un altro assicuratore. Dopo il trasferimento l'assicurato è soggetto a un'esecuzione. L'esecuzione viene notificata al cantone, che a sua volta notifica una sospensione delle prestazioni. L'esecuzione porta all'emissione di un attestato di carenza di beni. Due anni più tardi l'assicurato torna dall'assicuratore precedente.

Dopo una riammissione deve essere ripristinata la sospensione delle prestazioni presso l'assicuratore?

- Sì
- No
- Questo caso non deve verificarsi dal momento che gli assicurati con premi o partecipazioni ai costi scoperti non possono cambiare assicuratore.

Osservazioni:

Parte J: debitori con più esecuzioni

Domanda 27

Desiderate poter informare i vostri cittadini su quale sia l'esecuzione che ha generato la sospensione delle prestazioni?

Un debitore può essere soggetto a più esecuzioni, dal momento che fatture successive e quindi con un'altra scadenza sono oggetto di procedure esecutive successive separate. Per tale motivo l'assicuratore notifica anche l'identificazione dell'esecuzione, oltre ai dettagli richiesti.

Il debitore è soggetto a due esecuzioni e ne paga solo una. La seconda resta ancora scoperta. Il cittadino sostiene che ha pagato l'importo dell'esecuzione e che la sospensione delle prestazioni non è più giustificata. Desiderate poter informare i vostri cittadini su quale sia l'esecuzione che ha generato la sospensione delle prestazioni al fine di evitare che debbano rivolgersi ancora all'assicuratore?

- Sì
- No

Osservazioni:

Domanda 28

Il cantone notifica nuovamente una sospensione delle prestazioni all'assicuratore, dopo che quest'ultimo notifica una nuova esecuzione del debitore?

Un debitore può essere soggetto a più esecuzioni, dal momento che fatture successive e quindi con un'altra scadenza sono oggetto di procedure esecutive successive separate. Per tale motivo l'assicuratore notifica anche l'identificazione dell'esecuzione, oltre ai dettagli richiesti.

Il cantone notifica nuovamente una sospensione delle prestazioni all'assicuratore, dopo che quest'ultimo notifica al cantone una nuova esecuzione del debitore con sospensione delle prestazioni?

- Sì
- No

Domanda 29

In quale caso desiderate ricevere una notifica da parte dell'assicuratore in merito al pagamento dei crediti arretrati ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal, se il debitore è soggetto a più esecuzioni?

Barrare una sola risposta.

Un debitore può essere soggetto a più esecuzioni, dal momento che fatture successive e quindi con un'altra scadenza sono oggetto di procedure esecutive successive separate. Per tale motivo l'assicuratore notifica anche l'identificazione dell'esecuzione, oltre ai dettagli richiesti.

Il debitore è soggetto a due esecuzioni e ne paga solo una. La seconda resta ancora scoperta.

In quale caso desiderate ricevere una notifica da parte dell'assicuratore in merito al pagamento dei crediti arretrati?

- Desideriamo una notifica non appena **un'**esecuzione viene saldata.
- L'assicuratore tuttavia è autorizzato a **annullare** la sospensione delle prestazioni solo **quando tutte** le esecuzioni sono state saldate.
- Desideriamo una notifica quando **tutte** le esecuzioni sono state saldate. In tal caso l'assicuratore **annulla** la sospensione delle prestazioni.
- Altro
- Se sì: in quale caso?

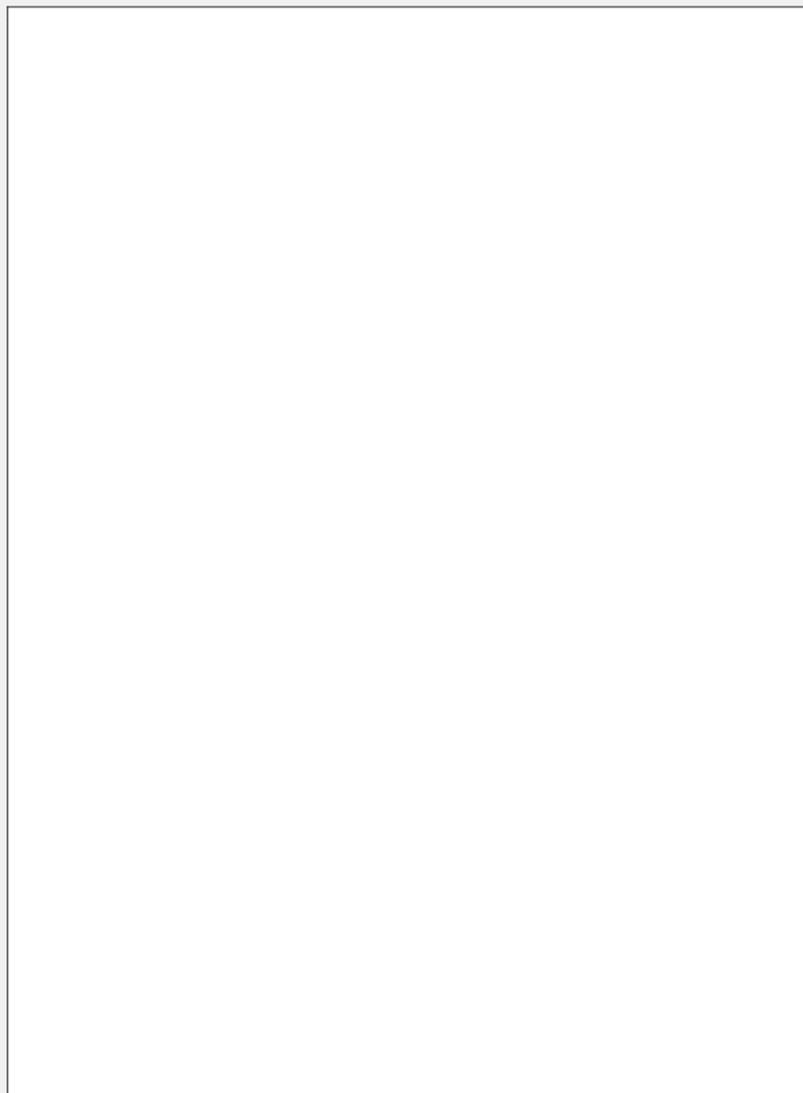
Osservazioni:

Parte K: domanda conclusiva

Domanda 30

Che cosa desiderate comunicare?

Qui potete inserire suggerimenti, desideri, commenti o critiche.



Anhang 4: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone ohne LVL (deutsch)

Max Bühler
Neuhofstrasse 1A
8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Mobil: +41 79 435 47 21

Adresse

tt. mmmm 2013

- **Basisinformationen für die Praxis und für die Masterarbeit zum Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern**
- **Befragung zur Interpretation des Art. 64a Abs. 7 KVG durch die Kantone**
- **"Liste der säumigen Prämienzahler"**
- **Kanton als massgebender Kanton**

Anrede

Gemäss der GDK-Internetseite wird die "Liste der säumigen Prämienzahler" in **Ihrem** Kanton voraussichtlich nicht realisiert. Trotzdem sind **Ihre** Antworten von zentraler Bedeutung. Dies insbesondere wegen interkantonalen Konstellationen durch Umzug von Versicherten und ausserkantonalen Behandlungen von Versicherten.

Bei der Befragung geht es darum, massgebende Parameter der Kantone zu erfassen und dadurch Grundlagen zu schaffen, den Leistungsaufschub im Interpretationsspielraum der Rechtsgrundlagen gezielt, wirkungsvoll, koordiniert und korrekt zu vollziehen. Die Fragen können grundsätzlich nicht richtig oder falsch beantwortet werden.

Gerne gebe ich folgende grundsätzliche Informationen zur Befragung:

Verantwortlicher Veranstalter der Befragung

Max Bühler ist Autor der Befragung. Sie dient als Basis zur Masterarbeit im Rahmen seiner Weiterbildung zum Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern am Kompetenzzentrum für Public Management (<http://www.kpm.unibe.ch>). Er ist Leiter der Fachführung Debitorenmanagement bei der Helsana Versicherungen AG in Dübendorf.

Ziele und Nutzen der Befragung

Es werden Fragen geklärt, deren Antworten zum Vollzug des Leistungsaufschubes nach Art. 64a Abs. 7 KVG für die Kantone und für die Versicherer massgebend sind. Die Antworten werden kantonal individuell ausgewiesen. Auch interkantonale Wechselwirkungen werden aufgezeigt.

Kanton als massgebender Kanton in der Befragung

Die Anwendung des Leistungsaufschubes ist nicht geplant. Dennoch sind die Antworten sehr wichtig. Dies insbesondere wegen interkantonaler Konstellationen durch Umzug von Versicherten und ausserkantonaler Behandlungen von Versicherten. Die Teilnahme an der Befragung ist natürlich freiwillig, macht aber einen sehr wichtigen Teil für die Aussagekraft der Studie aus. Je genauer die Angaben, desto genauer wird die Aussagekraft.

Zugang zu den Ergebnissen

Die Ergebnisse der Studie sind öffentlich und werden der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Santésuisse als Informationsquelle für die Weiterentwicklung der bisher realisierten Austauschmodellen gratis zur Verfügung gestellt.

Termin und Rücksendung

Aufgrund des Abgabetermins der Masterarbeit und der geplanten Aufbereitungszeit bitte ich um Antwort bis am **9. September 2013**. Die Rücksendung kann per Post mit dem beigelegten frankierten und adressierten Umschlag erfolgen oder per E-Mail. Die Teilnahme ist freiwillig.

Ansprechpartner für Rückfragen

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Mobiltelefon +41 79 435 47 21

Es würde mich freuen, wenn ich **Ihre** Antworten in meiner Masterarbeit berücksichtigen könnte und bedanke mich im Voraus für die Teilnahme an der Befragung.

Mit besten Grüssen

Max Bühler
Autor der Masterarbeit

Beilage

- Fragebogen
- Frankierter Antwortumschlag

Befragung zum neuen Art. 64a KVG aus Sicht der Kantone

Zeitaufwand für die Bearbeitung des Fragebogens

Rund 10 Minuten gemäss Fragebogentests.

Termin und Rücksendung

Aufgrund des Abgabetermins der Masterarbeit und der geplanten Aufbereitungszeit bitte ich um Antwort bis am **9. September 2013**. Die Rücksendung kann per Post mit dem beigelegten frankierten und adressierten Umschlag erfolgen oder per E-Mail. Die Teilnahme ist freiwillig.

Ansprechpartner für Rückfragen

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Mobiltelefon +41 79 435 47 21

Ziele und Nutzen der Befragung

Es werden Fragen geklärt, deren Antworten zum Vollzug des Leistungsaufschubes nach Art. 64a Abs. 7 KVG für die Kantone und für die Versicherer massgebend sind. Die Antworten werden kantonal individuell ausgewiesen. Auch interkantonale Wechselwirkungen werden aufgezeigt.

Verantwortlicher Veranstalter der Befragung

Max Bühler ist Autor der Befragung. Sie dient als Basis zur Masterarbeit im Rahmen seiner Weiterbildung zum Executive Master of Public Administration (MPA) der Universität Bern am Kompetenzzentrum für Public Management (<http://www.kpm.unibe.ch>). Er ist Leiter der Fachführung Debitorenmanagement bei der Helsana Versicherungen AG in Dübendorf. Santésuisse begrüsst gemäss beigelegtem Brief, dass diese Fragen geklärt werden.

Worauf ist beim Ausfüllen zu achten

Je genauer die Angaben, desto genauer wird die Aussagekraft der Studie. Pro Frage ist jeweils angegeben, ob nur eine oder sogar mehrere Antworten gegeben werden können oder ob diese Frage in Abhängigkeit der Beantwortung einer anderen Frage überhaupt beantwortet werden muss. Bei einzelnen Fragen besteht die Möglichkeit, nebst aus vorgegebenen Antworten auszuwählen, auch individuelle Antworten zu geben.

Zugang zu den Ergebnissen

Die Ergebnisse der Studie sind öffentlich und werden der Santésuisse und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) als Informationsquelle für die Weiterentwicklung der bisher realisierten Austauschmodellen gratis zur Verfügung gestellt.

Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!

Teil A: Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) und Leistungsaufschub

Frage 1

Informieren Sie die Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) über die Anwendung des Leistungsaufschubs?

- nein
- ja

Teil B: Leistungsaufschub beim Kantonswechsel des Versicherten

Frage 2

Muss der Versicherer die Betreuung bzw. den Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?

Der Versicherte hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligung, welche in Betreuung sind und dem bisherigen Kanton bereits gemeldet wurden. Der Versicherte hat **einen** Leistungsaufschub.

	Betreibung melden		Leistungsaufschub melden	
	ja	nein	ja	nein
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss der Versicherer die Betreuung bzw. der Leistungsaufschub dem neuen Kanton melden?				

Frage 3

Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?		
Der Versicherte hat unbezahlte Prämien oder Kostenbeteiligungen, welche in Betreuung sind und dem bisherigen Kanton bereits gemeldet wurden. Der Versicherte hat keinen Leistungsaufschub.		
	Betreibung melden	
	ja	nein
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub ebenfalls durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Versicherter zieht von einem Kanton, der den Leistungsaufschub nicht durchführt , in einen Kanton, der den Leistungsaufschub durchführt . Muss der Versicherer die Betreuung dem neuen Kanton melden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil C: Interkantonale Anwendung des Leistungsaufschubs

Frage 4

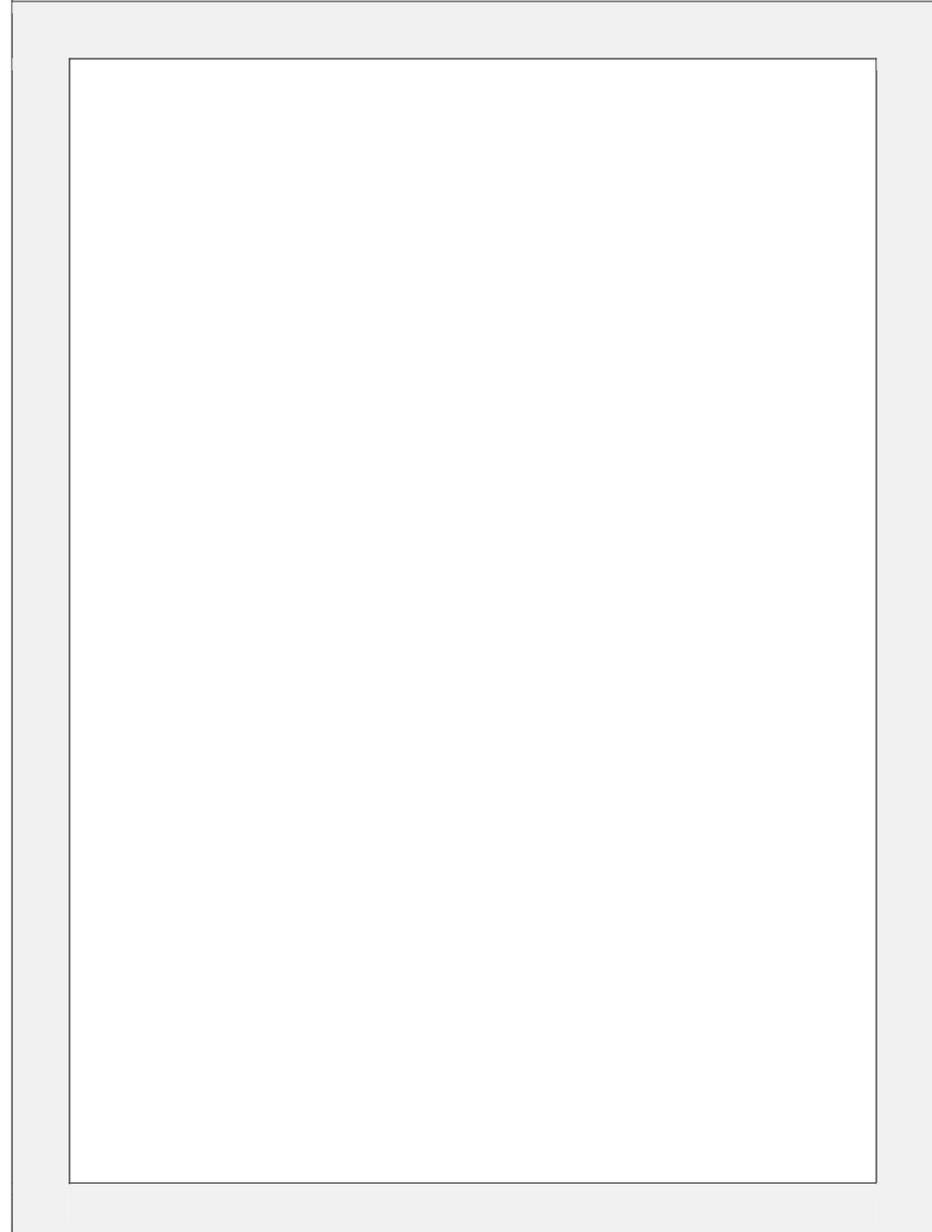
Muss der Versicherer den Leistungsaufschub vollziehen und somit die Bezahlung der Rechnung aufschieben?		
	ja	nein
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern keinen Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Y (Y lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Z (Z lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton Y Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton Z (Z lässt bei den Versicherern keinen Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Versicherte wohnt im Kanton X Der Versicherte hat einen Leistungsaufschub vom Kanton X Der Leistungserbringer (Spital, Arzt usw.) ist im Kanton X (X lässt bei den Versicherern den Leistungsaufschub vollziehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil D: Schlussfrage

Frage 5

Was möchten Sie noch mitteilen?

Hier finden Sie Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.



Anhang 5: Begleitbrief und Fragebogen für Kantone ohne LVL (français)

Max Bühler
Neuhofstrasse 1A
8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Portable: +41 79 435 47 21

Adresse

jj mmmm 2013

- **Informations de base pour la pratique et le mémoire de maîtrise pour l'Executive Master of Public Administration (MPA) de l'Université de Berne**
- **Enquête sur l'interprétation de l'art. 64a, al. 7 LAMal par les cantons**
- **«Liste des assurés en défaut de paiement»**
- **Canton en tant que canton déterminant**

Civilité,

D'après les informations disponibles sur le site Internet de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), la «liste des assurés en défaut de paiement» ne devrait pas être dressée dans **votre** canton. **Vos** réponses sont néanmoins essentielles, notamment en raison des configurations intercantionales induites par les déménagements éventuels et traitements prodigués hors du canton de domicile.

L'enquête vise à enregistrer les paramètres cantonaux déterminants et à créer ainsi les bases pour mettre en œuvre la suspension des prestations de manière ciblée, efficace, coordonnée et correcte dans les limites de la marge d'interprétation des bases légales. Il n'y a en principe pas de bonne, ni de mauvaise réponse aux questions.

Les informations de base suivantes concernant l'enquête vous intéresseront certainement.

Organisateur responsable de l'enquête

Max Bühler est l'auteur de l'enquête. Elle sert de base à un mémoire de maîtrise dans le cadre d'une formation continue pour l'obtention d'un Executive Master of Public Administration (MPA) auprès de l'Université de Berne au sein du Kompetenzzentrum für Public Management (www.kpm.unibe.ch). Max Bühler dirige le Service spécialisé de la direction Gestion des débiteurs d'Helsana Assurances SA à Dübendorf.

Objectifs et intérêt de l'enquête

Ces quelques questions devraient fournir des réponses déterminantes pour les cantons et les assureurs en matière d'exécution de la suspension des prestations visée à l'art. 64a, al. 7 LAMal. Les réponses seront présentées séparément pour chaque canton, mais les interactions cantonales ne seront pas négligées pour autant.

Canton en tant que canton déterminant dans l'enquête

Il n'est pas prévu d'appliquer la suspension des prestations. Les réponses sont toutefois très importantes, notamment en raison des configurations intercantionales induites par les déménagements éventuels et traitements prodigués hors du canton de domicile. La participation à l'enquête est évidemment facultative, mais revêt une importance élevée pour la pertinence de l'étude. Plus les réponses sont précises, plus le résultat sera pertinent.

Accès aux résultats

Les résultats de l'étude seront publics et mis gratuitement à la disposition de la CDS et de SantéSuisse en guise de source d'information pour le développement des modèles d'échange réalisés jusqu'à présent.

Échéance et renvoi

Eu égard à la date de remise du mémoire de maîtrise et au temps de traitement nécessaire, je vous prie de me retourner votre réponse d'ici le **9 septembre 2013**. Le renvoi est possible par courrier dans l'enveloppe préaffranchie et adressée jointe ou par courriel. La participation est facultative.

Interlocuteur pour tout renseignement complémentaire

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Téléphone portable +41 79 435 47 21

Je serais heureux de pouvoir tenir compte de vos réponses dans mon mémoire de maîtrise et vous remercie par avance pour votre participation à cette enquête.

Veuillez agréer, **civilité**, mes salutations distinguées.

Max Bühler
Auteur du mémoire de maîtrise

Annexes:

- Questionnaire
- Enveloppe-réponse affranchie

Enquête à propos du nouvel art. 64a LAMal dans la perspective des cantons

Temps requis pour répondre au questionnaire

Environ 10 minutes selon les tests effectués au préalable.

Échéance et renvoi

Eu égard à la date de remise du mémoire de maîtrise et au temps de traitement nécessaire, je vous prie de me retourner votre réponse d'ici le **9 septembre 2013**. Le renvoi est possible par courrier dans l'enveloppe préaffranchie jointe ou par courriel. La participation est facultative.

Interlocuteur pour tout renseignement complémentaire

Max Bühler, Neuhofstrasse 1A, 8315 Lindau
max.buehler@students.unibe.ch
Téléphone portable +41 79 435 47 21

Objectifs et intérêt de l'enquête

Ces quelques questions devraient fournir des réponses déterminantes pour les cantons et les assureurs en matière d'exécution de la suspension des prestations visée à l'art. 64a, al. 7 LAMal. Les réponses seront présentées séparément pour chaque canton, mais les interactions cantonales ne seront pas négligées pour autant.

Organisateur responsable de l'enquête

Max Bühler est l'auteur de l'enquête. Elle sert de base à un mémoire de maîtrise dans le cadre d'une formation continue pour l'obtention d'un Executive Master of Public Administration (MPA) auprès de l'Université de Berne au sein du Kompetenzzentrum für Public Management (www.kpm.unibe.ch). Max Bühler dirige le Service spécialisé de la direction Gestion des débiteurs d'Helsana Assurances SA à Dübendorf.

Aspects à prendre en compte lors de la réponse aux questions

Plus les réponses sont précises, plus le résultat de l'étude sera pertinent. Il est mentionné pour chaque question s'il ne faut donner qu'une seule réponse, si plusieurs réponses sont possibles ou s'il faut répondre à cette question en fonction de la réponse donnée à une autre question. Pour certaines questions, il est possible de choisir parmi des réponses prédéfinies, mais aussi de donner des réponses individuelles.

Accès aux résultats

Les résultats de l'étude seront publics et mis gratuitement à la disposition de SantéSuisse et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en guise de source d'information pour le développement des modèles d'échange réalisés jusqu'à présent.

Merci de participer à l'enquête!

Partie A: Fournisseurs de prestations (hôpital, médecin, etc.) et suspension des prestations

Question 1

Informez-vous les fournisseurs de prestations (hôpital, médecin, etc.) de l'application de la suspension des prestations?

- non
- oui

Partie B: Suspension des prestations lors d'un changement de canton de l'assuré

Question 2

L'assureur doit-il déclarer la poursuite ou la suspension des prestations au nouveau canton?				
L'assuré a des primes ou une participation aux coûts impayés qui font l'objet de poursuites et qui ont déjà été déclarées au canton précédent. L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations.				
	Déclarer la poursuite		Déclarer la suspension des prestations	
	oui	non	oui	non
Un assuré déménage d'un canton qui applique la suspension des prestations dans un canton qui n'applique pas la suspension des prestations.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assureur doit-il déclarer la poursuite ou la suspension des prestations au nouveau canton?				

Question 3

L'assureur doit-il déclarer la poursuite au nouveau canton?		
L'assuré a des primes ou des participations aux coûts impayées qui font l'objet de poursuites et qui ont déjà été déclarées au canton précédent. L'assuré ne fait pas l'objet d'une suspension des prestations.	Déclarer la poursuite	
	oui	non
Un assuré déménage d'un canton qui applique la suspension des prestations dans un canton qui applique également la suspension des prestations. L'assureur doit-il déclarer la poursuite au nouveau canton?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un assuré déménage d'un canton qui applique la suspension des prestations dans un canton qui n'applique pas la suspension des prestations. L'assureur doit-il déclarer la poursuite au nouveau canton?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un assuré déménage d'un canton qui n'applique pas la suspension des prestations dans un canton qui n'applique pas non plus la suspension des prestations. L'assureur doit-il déclarer la poursuite au nouveau canton?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un assuré déménage d'un canton qui n'applique pas la suspension des prestations dans un canton qui applique la suspension des prestations. L'assureur doit-il déclarer la poursuite au nouveau canton?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie C: Application intercantonale de la suspension des prestations

Question 4

L'assureur doit-il mettre en œuvre la suspension des prestations et ainsi reporter le paiement de la facture?		
	oui	non
L'assuré vit dans le canton X L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations du canton X Le fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.) est dans le canton Y (Y autorise l'application de la suspension des prestations par les assureurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assuré vit dans le canton X L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations du canton X Le fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.) est dans le canton Y (Y n'autorise pas l'application de la suspension des prestations par les assureurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assuré vit dans le canton X L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations du canton Y Le fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.) est dans le canton Y (Y autorise l'application de la suspension des prestations par les assureurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assuré vit dans le canton X L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations du canton Y Le fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.) est dans le canton Z (Z autorise l'application de la suspension des prestations par les assureurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assuré vit dans le canton X L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations du canton Y Le fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.) est dans le canton Z (Z n'autorise pas l'application de la suspension des prestations par les assureurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assuré vit dans le canton X L'assuré fait l'objet d'une suspension des prestations du canton X Le fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.) est dans le canton X (X autorise l'application de la suspension des prestations par les assureurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie D: Question finale

Question 5

Quelles remarques aimeriez-vous encore formuler?

Vous disposez ici d'un espace pour des suggestions, des souhaits, des commentaires ou des critiques.

Anhang 6: Information an Versicherten (LAUF setzen im Kanton Luzern)

Tel.-Direktwahl: 041 375 09 00

AHV-Nr.: 756.0000.0000.00

STAPUK Luzern, Würzenbachstrasse 8, Postfach 15136, 6000 Luzern 15

Herr
Hans Muster
Musterstrasse 6
6666 Musterhausen

Luzern, 21.08.2013 / wa

Aufnahme auf die Liste säumiger Prämienzahler nach Art. 64a KVG

Sehr geehrter Herr Muster

Gemäss Mitteilung Ihres Krankenversicherers wurden Ihre Prämien und Kostenbeteiligungen nicht beglichen. Aufgrund der in Betreuung gesetzten Ausstände werden Sie gemäss Art. 64a, Abs. 7 KVG, auf die Liste säumiger Prämienzahler aufgenommen.

Leistungserbringer wie zum Beispiel Ärzte und Krankenhäuser haben Zugriff auf die Liste und sind, abgesehen von Notfällen, nicht mehr verpflichtet Sie zu behandeln. Um den Leistungsaufschub aufzuheben, müssen sämtliche Ausstände bei Ihrem Krankenversicherer beglichen werden.

Sollten Sie inzwischen sämtliche ausstehenden Beträge bei Ihrer Krankenversicherung beglichen haben, benötigen wir eine entsprechende Bestätigung. Bitte setzen Sie sich diesbezüglich direkt mit Ihrer Krankenversicherung in Verbindung.

Wünschen Sie eine beschwerdefähige Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung, stellen wir Ihnen diese auf Anfrage hin gerne zu. Ein Intervenieren hat keine aufschiebende Wirkung zur Folge.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**STELLE FÜR AUSSTEHENDE PRÄMIEN UND
KOSTENBETEILIGUNGEN LUZERN**

Anhang 7: Information an Versicherten (LAUF setzen im Kanton Solothurn)**Departement des Innern**

Ambassadorshof
4509 Solothurn
Telefon 032 627 23 11
Telefax 032 627 76 81
aso@ddi.so.ch
www.aso.so.ch

IIIIII KANTON **solothurn**

Entscheid vom 9. September 2013**Leistungssperre gemäss KVG; Name Vorname, Geb. Datum, in Wohnort****1. Feststellungen**

Die Krankenkasse Krankenkasse meldete dem Departement, dass Name Vorname seiner Pflicht zur Zahlung von KVG-Prämien / Kostenbeteiligungen in der Zeit vom Datum Betreffnisjahr nicht nachgekommen und im Betreibungsverfahren ein Verlustschein ausgestellt worden sei.

2. Erwägungen**2.1 Formelles**

Nach Art. 64a Abs. 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; KVG) können die Kantone Personen, welche ihrer Pflicht zur Bezahlung der Prämie trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen. Im Kanton Solothurn nimmt das Departement die nach der Gesetzgebung des Bundes dem Kanton übertragenen Aufgaben im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung wahr, soweit diese nicht den Gemeinden übertragen sind (§ 64 Abs. 3 des Sozialgesetzes [BGS 831.1; SG]). Das Departement prüft und verfügt, ob die Daten einer Person in einer Liste zu erfassen sind (§ 64^{bis} Abs. 2 SG).

Das Departement des Innern ist somit für den vorliegenden Entscheid zuständig.

2.2 Inhaltliches**2.2.1 Unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen**

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern lassen, wobei der Bundesrat von dieser Versicherungspflicht Ausnahmen vorsehen kann (Art. 3 Abs. 1 und 2 KVG). Aufgrund des Versicherungsobligatoriums haben die Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligung zu gewähren (vgl. Art. 65 KVG).

Seit dem 1. Januar 2012 können die Kantone in ihren gesetzlichen Bestimmungen vorsehen, dass Personen, welche ihrer Pflicht zur Bezahlung der KVG-Prämien, Kostenbeteiligungen und Betreuungskosten nicht nachkommen, vom Kanton mit einer Leistungssperre belegt und auf einer Liste erfasst werden (vgl. Art. 64a Abs. 7 KVG). Der Kanton Solothurn hat von dieser Möglichkeit in § 64^{bis} Abs. 2 SG Gebrauch gemacht. Im Kanton Solothurn können dementsprechend säumige Zahler mit einer Leistungssperre belegt und auf einer elektronischen Liste erfasst werden. Die betroffenen Personen haben einzig noch im Notfall Anspruch auf medizinische Hilfe.

Personen, welche Sozialhilfe- oder Ergänzungsleistungen beziehen sowie minderjährige Personen werden in der Regel nicht auf der Liste erfasst, da bei diesen Personen davon ausgegangen werden kann, dass sie aus eigener Kraft die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen nicht begleichen können.

verfuegung_leistungssperre_verlustschein_m.docx

Im vorliegenden Fall hat der Krankenversicherer gegen Name Vorname ein Betreibungsverfahren durchgeführt und dem Departement mitgeteilt, dass gegen Name Vorname ein Verlustschein ausgestellt worden sei. Name Vorname bezieht weder Sozialhilfe- noch Ergänzungsleistungen und ist nicht minderjährig.

Aufgrund der versäumten Zahlungspflicht wird gegenüber Name Vorname eine Leistungssperre verfügt und nach Rechtskraft dieses Entscheides auf der elektronischen Liste der säumigen Prämienzahler erfasst. Ab Erfassung auf der Liste hat er einzig noch Anspruch auf medizinische Leistungen im Notfall. Deshalb kann diese Liste von Ärzten, Spitälern, Apotheken und anderen Leistungserbringern eingesehen werden.

2.2.2 Streichung von der Liste bei Nachzahlung der unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen und Befristung der Leistungssperre

Sollte Name Vorname die offenen Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Betreuungskosten seinem Krankenversicherer nachträglich bezahlen und reicht Name Vorname eine Bestätigung der Krankenversicherung ein, dass die Forderungen vollständig getilgt wurden und keine Betreibungen mehr hängig sind, kann die Leistungssperre vom Departement wieder aufgehoben und Name Vorname von der Liste der säumigen Prämienzahler entfernt werden. In diesem Fall hätte Name Vorname wieder Anspruch auf die medizinischen Leistungen gemäss KVG.

Nach Ablauf einer gewissen Zeitspanne ist der Sachverhalt neu zu beurteilen und zu prüfen, ob die Aufrechterhaltung der Leistungssperre im konkreten Fall gerechtfertigt ist. Die Leistungssperre wird deshalb auf drei Jahre befristet.

3. Verfahrenskosten

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4. Unterschriftenregelung

Nach § 4 Abs. 1 lit. i Ziffer 2 der Verordnung über die Delegation der Unterschriftenberechtigung in den Departementen vom 25. Mai 2004 (BG5 122.218) werden vom Leiter oder von der Leiterin der Abteilung Sozialleistungen und Existenzsicherung Verfügungen und Anordnungen nach der Gesetzgebung über Krankenversicherung unterzeichnet.

5. Entscheid

Gestützt auf Art. 64a Abs. 7 KVG, §§ 64, 64^{bis} sowie 159 SG wird entschieden:

- 5.1 Gegenüber Name Vorname, Geb. Datum, Wohnort, wird eine Leistungssperre verfügt.
- 5.2 Ab Rechtskraft dieses Entscheids hat Name Vorname einzig noch Anspruch auf medizinische Leistungen im Notfall.
- 5.3 Ab Rechtskraft dieses Entscheids werden seine Daten auf der Liste der säumigen Prämienzahler erfasst, welche den Leistungserbringern, Einwohnergemeinden und dem Steueramt zur Einsicht offen steht.
- 5.4 Legt Name Vorname eine Bestätigung seines Krankenversicherers vor, dass er die offenen Forderungen beglichen hat und keine weiteren Betreibungen hängig sind, kann die Leistungssperre aufgehoben werden.
- 5.5 Die Leistungssperre ist auf drei Jahre ab Rechtskraft dieser Verfügung befristet. Danach erfolgt eine Neu beurteilung.
- 5.6 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

6. Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Eröffnung beim Departement des Innern, Amt für soziale Sicherheit, Ambassadorshof, 4509 Solothurn, schriftlich Einsprache erhoben werden. Die Einsprache ist mit einem Antrag zu versehen und zu begründen. Die Frist kann nicht erstreckt werden. Wird innert Frist keine Einsprache erhoben, wird der Entscheid rechtskräftig. Eingaben per Fax oder E-Mail können nicht entgegen genommen werden.

Im Namen des Departementes des Innern



Dr. iur. Claudia Hänzi
Leiterin Sozialleistungen und Existenzsicherung

Verteiler:

- Amt für soziale Sicherheit, Abteilung Sozialleistungen und Existenzsicherung (2)
- Name Vorname, Strasse, Wohnort **(R)**
- Helsana Versicherungen AG, Debitorenmanagement, Herr S. Kübli / Inkasso 2, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf, (nach Eintritt der Rechtskraft; A-Post)

Anhang 8: Information an Versicherten (LAUF setzen im Kanton Zug)

Durchführungsstelle
Krankenversicherungs-Ausstände

**EINSCHREIBEN**

An

Von

Charlotte Kaufmann
Sachbearbeiterin
Zeughausgasse 9
Postfach 1258
6301 Zug
Telefon +41 41 728 21 49
Telefax +41 41 728 23 84
charlotte.kaufmann@stadtzug.ch

Zug, 28. August 2013

Leistungsstopp gemäss Art. 64a Abs. 7 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse, Dossier-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Kanton Zug führt seit 1. Januar 2012 die Liste säumiger Prämienzahler für Versicherte, die ihrer Zahlungspflicht trotz Betreibung nicht nachkommen.

Mit Beschluss der Einwohnergemeinde vom wurde Name, Vorname auf die Liste der Versicherten mit Leistungsaufschub aufgenommen. Mit Schreiben vom informiert uns die Einwohnergemeinde, dass gegen den erwähnten Beschluss innert der gesetzlichen Frist kein Rechtsmittel ergriffen wurde und dieser in Rechtskraft erwachsen ist. Wir bitten Sie, ab sofort für den Versicherten die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen aufzuschieben.

Sobald die versicherte Person die Schuld vollständig beglichen hat, bitten wir um sofortige Mitteilung, damit wir die betreffende Person von der Liste säumiger Prämienzahler streichen können. **Wir bitten Sie, uns den Leistungsaufschub schriftlich zu bestätigen.**

Freundliche Grüsse
Charlotte Kaufmann, Sachbearbeiterin

Beilage: Kopie rechtskräftige Verfügung

Kopie an:

- Schuldner und Versicherte
- Einwohnergemeinde

Anhang 9: Information an Versicherten (LAUF aufheben im Kanton Luzern)

Tel.-Direktwahl: 041 375 09 00

AHV-Nr.: 756.0000.0000.00

STAPUK Luzern, Würzenbachstrasse 8, Postfach 15136, 6000 Luzern 15

Herr
Hans Muster
Musterstrasse 6
6666 Musterhausen

Luzern, 21.08.2013 / wa

Löschung von der Liste säumiger Prämienzahler nach Art. 64a KVG

Sehr geehrter Muster

Gemäss Mitteilung der involvierten Stelle erfüllen Sie neu die Ausschlusskriterien nach Art. 5a, Abs. 1, lit. a EGKVG. Wir haben Sie deshalb von der Liste säumiger Prämienzahler gelöscht.

Die Aufhebung des Leistungsaufschubs wird durch Ihre Krankenversicherung vorgenommen, welche wir über die Löschung informiert haben.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**STELLE FÜR AUSSTEHENDE PRÄMIEN UND
KOSTENBETEILIGUNGEN LUZERN**

Anhang 10: Information an Versicherten (LAUF aufheben im Kanton Solothurn)

Amt für soziale Sicherheit
Sozialleistungen und Existenzsicherung

Ambassadorshof
4509 Solothurn
Telefon 032 627 23 11
Telefax 032 627 76 81
aso@ddi.so.ch
www.aso.so.ch

Ramsija Bajrami
Sachbearbeiterin
Telefon 032 627 23 18
Telefax 032 627 22 77
ramsija.bajrami@ddi.so.ch

IIIIII KANTON **solothurn**

Empfänger

26. Februar 2013 baj

Aufhebung der Leistungssperre gemäss KVG

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Das Departement des Innern verfügte am (Datum), dass gegenüber (Name, Vorname, geb.) aufgrund unbezahlter Prämien eine Leistungssperre gemäss KVG verhängt werde.

Die (Name der Krankenkasse) Krankenkasse meldete dem Departement mit Schreiben vom Datum, dass Sie ihre offenen Rechnungen beglichen haben und keine weiteren Betreibungen hängig seien, somit ist unser Entscheid vom (Datum) hinfällig. Diesbezüglich verfällt die Verfügung und Sie werden nicht auf die Liste der säumigen Prämienzahler erfasst.

Für allfällige Fragen können Sie mich gerne kontaktieren.

Freundliche Grüsse

Ramsija Bajrami
Sachbearbeiterin

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Masterarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Masterarbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Bern, 14. Oktober 2013

Max Bühler

Über den Autor



Max Bühler, geb. am 29.03.1967, ist verheiratet, wohnt in Lindau/ZH und ist Vater einer Tochter.

Er ist Leiter der Fachführung Debitorenmanagement und Mitglied der Direktion bei der Helsana Versicherungen AG in Zürich.

Nach der Ausbildung zum Kaufmann des Detailhandels an der Fachschule für Detailhandel in Zürich studierte er Betriebswirtschaft mit der Fachrichtung Marketing an der Höheren Wirtschafts- und Verwaltungsschule (HWV) in St. Gallen. Während Aufenthalten in England, Frankreich und Russland eignete er sich Sprachkenntnisse des jeweiligen Landes an.

Der Autor verfügt über viele Jahre praktische Erfahrung in Mitarbeiter- und Fachführung, im Projekt- und Change-Management auf strategischer und operativer Ebene sowie Erfahrung in der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichen Verwaltungen und Versicherungen.

Er ist Mitbegründer des einheitlichen Datenaustausches der Prämienverbilligung nach Art. 65 Abs. 2 KVG, Co-Autor des Prämienverbilligung-Konzeptes und Mitglied des Lenkungsausschusses im nationalen Projekt, welches die strategischen, organisatorischen und technischen Vorgaben für den Vollzug des elektronischen Datenaustauschs nach Art. 106d Abs. 2 KVV ermöglichen.

Adresse:
Neuhofstrasse 1A
8315 Lindau