

SO_GERICHTE VSBES.2015.276 vom 27. Juni 2016

SO Obergericht, 2016-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.276

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.276 du 27 juin 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.276 del 27 giugno 2016

Regeste

§ 64bis Abs. 2 SG: § 64bis Abs. 2 SG schreibt vor, dass das Departement, nachdem es vom Versicherer über die Einleitung der Betreuung oder die Stellung des Fortsetzungsbegehrens orientiert wurde, «prüft und verfügt, ob die Daten der versicherten Person elektronisch in einer Liste zu erfassen [] sind». Aus dieser Formulierung wird deutlich, dass die Information über die Betreuung bzw. das Fortsetzungsbegehren nicht zwingend zur Aufnahme in die Liste und zur Leistungssperre führen muss. Das Departement hat vielmehr im Einzelfall zu prüfen, ob die betroffene Person in die Liste aufzunehmen ist. Dieser ist Gelegenheit zu bieten, darzulegen, warum sie die Prämien nicht bezahlen konnte.

Erwägungen

E. 2

4 KVG). Die übrigen 15 % werden vom Krankenversicherer übernommen. Der Versicherer muss für die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen die Betreuung anheben; der Kanton kann verlangen, dass ihm die betriebenen Schuldnerinnen und Schuldner gemeldet werden (Art. 64a Abs. 2 und 3 KVG). Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub sowie dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen (Art. 64a Abs. 7 KVG).

E. 2.3

hiervor). Diese Bestimmung basiert auf der folgenden Entstehungsgeschichte:

E. 4

Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe nun keine offenen Rechnungen mehr bei der Krankenkasse, und auch für die offenen Verlustscheine seien Abzahlungsvereinbarungen getroffen worden (Beschwerdebeilagen 7). Die Beschwerdegegnerin hält dem in ihrer Beschwerdeantwort entgegen, es bestünden noch Ausstände für das Jahr 2014 und nicht bezahlte Kostenbeteiligungen für das Jahr 2015. Sie legt diesbezüglich den Kontoauszug der B. per 31. Dezember 2015 vor. Aufgrund der eingereichten Zahlungsbelege und des Kontoauszuges ist davon auszugehen, dass noch Prämienausstände von Juli 2013 – September 2014 bestehen (siehe auch E-Mail der B., Akten des Departements 1). Jedoch ist zugunsten des Beschwerdeführers festzuhalten, dass ausstehende Kostenbeteiligungen gemäss dem klaren Wortlaut von Art. 64a Abs. 7 KVG nicht vom Leistungsaufschub erfasst sind (in diesem Sinn auch Gebhard Eugster: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bd. XIV, Soziale

Sicherheit, 3. Auflage 2015, S. 803, N 1333).

E. 4.1

Gemäss Art. 64a KVG in der vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2011 gültig gewesenen Fassung hatte der Krankenversicherer Personen, die fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlten, zu mahnen. blieb die Forderung weiterhin unbezahlt, schob der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten vollständig bezahlt waren. Bei vollständiger Bezahlung der Forderungen hatte der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubs zu übernehmen (altArt. 64a Abs. 1-3 KVG). Dieses System hatte zur Folge, dass eine grosse Zahl von Personen (in der parlamentarischen Debatte war die Rede von rund 150'000 [vgl. Amtliches Bulletin Nationalrat 2009, S. 1782 ff., wo diese Zahl mehrmals genannt wurde]) von einem Leistungsaufschub betroffen waren und zahlreiche Rechnungen der Leistungserbringer unbezahlt blieben (laut einem Votum in der parlamentarischen Debatte handelte es sich allein bei den Spitälern um eine Gesamtsumme von CHF 80 Mio. [Amtliches Bulletin Nationalrat 2009 1785, Votum Hassler]).

E. 4.2

Da die geschilderte Situation als unbefriedigend angesehen wurde, arbeitete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates eine parlamentarische Initiative (09.425) aus, welche sie dem Rat am 28. August 2009 unterbreitete (BBI 2009 6617 ff.). Der Vorstoss sah vor, Art. 64a KVG in dem Sinne abzuändern, dass der Versicherer die versicherte Person für unbezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen zu mahnen und zu betreiben hat. Sobald für eine Forderung ein Verlustschein (oder ein gleichwertiger Rechtstitel) bestehe, sei dies der zuständigen kantonalen Behörde zu melden. Der Kanton übernehme in der Folge 85 % des Gesamtbetrags der Forderungen (Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen), welche zur Ausstellung eines Verlustscheins geführt haben. Wenn die Ausstände in der Folge bezahlt würden, erstatte der Versicherer dem Kanton 50 % dieser Zahlungen. Ein Leistungsaufschub war im vorgeschlagenen Gesetzestext nicht mehr vorgesehen.

E. 4.3

In der Beratung im Nationalrat stellte Nationalrat Bortoluzzi den Antrag, den von der Kommission vorgeschlagenen Text durch einen Abs. 6b zu ergänzen. Dieser sollte wie folgt lauten (Amtliches Bulletin Nationalrat 2009 1787): «Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Mahnung und Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, den Gemeinden und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer erstatten der zuständigen kantonalen Stelle Meldung über einen allfälligen Leistungsaufschub und dessen Aufhebung.» Zur Begründung führte der Antragsteller aus, er strebe an, dass ein Leistungsaufschub für säumige Prämienzahler weiterhin ermöglicht werde. Der Kanton Thurgau habe eine solche Lösung eingeführt, die sich bewährt habe. Es werde beantragt, den Kantonen mindestens die Möglichkeit zu geben, einen Leistungsaufschub zu verlangen, mit einer besonderen Massnahme und mit einem besonderen System. Der Vorschlag der Kommission schütze einseitig die säumigen Prämienzahler. Man solle diejenigen schützen, die ihrem Auftrag und ihrer Aufgabe nachkommen, aber nicht diejenigen, die das System im Rahmen des Obligatoriums in der Krankenversicherung missbrauchen. Der Antrag enthalte keine neue Forderung, sondern es

gehe um eine Fortsetzung der bestehenden Möglichkeiten. Seitens der Kommission wurde unter anderem eingewendet, der Kanton Thurgau habe ein solches Modell bereits heute eingeführt, eine zusätzliche gesetzliche Grundlage sei nicht notwendig (Kommissionssprecher Rossini, Amtliches Bulletin Nationalrat 2009 1788). Der Nationalrat stimmte dem Antrag Bortoluzzi mit 109 : 58 Stimmen zu (Amtliches Bulletin Nationalrat 2009 1788). Die vorberatende Kommission des Ständerates schlug vor, den vom Nationalrat entsprechend dem Antrag Bortoluzzi eingefügten Abs. 6b zu übernehmen, aber umzuformulieren. Die von der ständerätlichen Kommission vorgeschlagene Fassung (Amtliches Bulletin 2009 1239 f.), entspricht dem nun geltenden Art. 64a Abs. 7 KVG (vgl. E. II. 2.2 am Ende hiervor). Sie wurde vom Ständerat angenommen, ohne dass ein Gegenantrag gestellt worden wäre (Amtliches Bulletin Ständerat 2009 1241). In der Diskussion betonte Ständerat Schwaller, der Kanton allein entscheide, wer auf eine solche Liste komme. Es liege allein in der Kompetenz der Kantone, welche Schuldner sie tatsächlich auf die Liste nehmen wollten und welche Namen dann auch den Versicherern weitergegeben würden (Amtliches Bulletin Ständerat 2009 1240). Der Nationalrat schloss sich nach längerer, kontroverser Diskussion mit 107 : 68 Stimmen dem Entwurf des Ständerats an (Amtliches Bulletin Nationalrat 2010 49). In der Debatte wurde durch die Befürworter mehrmals betont, anvisiert würden nicht zahlungsunfähige, sondern zahlungsunwillige Versicherte (vgl. Votum Bortoluzzi, Amtliches Bulletin Nationalrat 2009 47; Votum Cassis, a.a.O., 48; Votum Humbel, a.a.O., 49).

E. 4.4

Den Materialien zu Art. 64a Abs. 7 KVG lässt sich zusammenfassend entnehmen, dass die Kantone ermächtigt werden, eine Liste von Personen zu erstellen, welche trotz Betreuung Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht bezahlt haben. Die Aufnahme auf die Liste durch den Kanton führt zu einem Aufschub der Leistungen dieser Versicherung, mit Ausnahme von Notfallbehandlungen. Anvisiert werden nicht zahlungsunfähige, sondern zahlungsunwillige Versicherte. Es wurde aber in die alleinige Kompetenz des Kantons gestellt zu entscheiden, ob er eine solche Liste führen will und welche Personen in diese Liste aufgenommen werden. Das Bundesrecht enthält zu dieser Frage einzig die Vorgabe, dass Prämien ausstehend sein müssen und trotz Betreuung nicht bezahlt werden. Weitere Einschränkungen bestehen nicht. Immerhin ist der Debatte zu entnehmen, dass die Leistungssperre in erster Linie Personen treffen sollte, welche zahlungsunwillig sind, obwohl sie zahlungsfähig wären (vgl. dazu auch Eugster, a.a.O., S. 804 N 1334). Diese Zielsetzung kann bei der Auslegung der kantonrechtlichen Bestimmungen berücksichtigt werden, soweit diese dafür Raum lassen.

E. 5

Das kantonale Recht sieht, wie bereits erwähnt, in § 64 bis SG das Führen einer Liste und die Verhängung einer Leistungssperre vor (E. II).

E. 5.1

Die Fraktion FDP. Die Liberalen reichte am 23. März 2011 im Kantonsrat einen Auftrag mit folgendem Wortlaut ein (Protokoll Kantonsratsverhandlungen 2011 S. 622 f.): «Der Regierungsrat wird aufgefordert, Massnahmen zu ergreifen, damit Personen, die ihre Krankenkassenprämie oder den Selbstbehalt für bezogene medizinische Leistungen nicht bezahlen, nur noch medizinische Nothilfe erhalten.» Zur Begründung wurde ausgeführt, mit dem Prämienverbilligungssystem und der Sozialhilfegesetzgebung habe der Kanton

Solothurn ein gutes, an die Bedürfnisse der wirtschaftlich Schwächeren angepasstes soziales Netz. Wenn trotzdem einzelne Personen den Eigenanteil an den Prämien und den Selbstbehalt aus bezogenen Leistungen nicht bezahlten, habe dies nichts mit Bedürftigkeit, sondern schlichtweg mit Schmarotzertum zu tun. Solchem Gebaren sei von Seiten des Kantons mit aller Entschlossenheit Einhalt zu gebieten. In seiner Stellungnahme zu diesem Auftrag (Protokoll Kantonsratsverhandlungen 2011 623-625) führte der Regierungsrat aus, er habe die Vor- und Nachteile des Führens einer solchen «schwarzen Liste» abklären lassen. Gegenüber der früheren Regelung bestehe aus rechtsstaatlicher Sicht ein Fortschritt, indem nicht mehr der Versicherer, sondern der Staat über den Leistungsaufschub entscheide. Der Ausschluss betroffener Personen von Leistungen der Grundversicherung sei aber nicht unproblematisch. Zudem sei der Begriff der Notfallbehandlung nicht klar definiert. Eine solche Liste solle «unter Vermeidung unangemessener Folgeerscheinungen» geführt werden. Dies habe entsprechend sorgfältig und unter ausreichenden Vorkehrungen zu erfolgen. Die Liste führe jedoch zu einer Stärkung der Selbstverantwortung und fördere die Solidarität. Der Regierungsrat beantragte daher, den Auftrag erheblich zu erklären, dies jedoch mit dem folgenden, abgeänderten Wortlaut: «Der Regierungsrat wird beauftragt, dem Kantonsrat die Einführung eines Meldesystems sowie die Einführung einer Liste nach Art. 64a Abs 2 und 7 KVG zur Beschlussfassung vorzulegen und per 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.» In der Debatte erklärte Regierungsrat Gomm, wenn man die bisherige Praxis weiterführen wolle, dann sei die Einführung der Meldepflicht die einzige Massnahme. Klar sei ebenfalls, dass der grösste Teil der davon Betroffenen Leute seien, die nicht bezahlen könnten. Wenn es einen Verlustschein gebe, sei in der Regel nichts mehr da (Protokoll Kantonsratsverhandlungen 2011 628). Der Auftrag wurde (mit dem Wortlaut gemäss der Stellungnahme des Regierungsrates) mit 65 : 24 Stimmen erheblich erklärt (KR-Beschluss vom 2. November 2011, Protokoll Kantonsratsverhandlungen 2011 628).

E. 5.2

Eine Woche später behandelte der Kantonsrat die Botschaft und den Entwurf des Regierungsrates vom 28. Juni 2011 (RRB Nr. 2011/1496; RG 110/2011) zu einer Änderung des Sozialgesetzes (Vollzug der revidierten Art. 64a und 65 KVG). Der Entwurf des Regierungsrat beantragte, das Sozialgesetz (BGS 831.1) um einen § 64 bis mit dem Titel «Zahlungsverzug und Leistungsaufschub» zu ergänzen. Der vorgeschlagene Text entsprach (mit einer unwesentlichen sprachlichen Anpassung) der heute geltenden Fassung (vgl. E. II. 2.3 hier vor). In der Botschaft des Regierungsrats vom 28. Juni 2011, S. 8, Ziffer 1.3.2 wurde dazu ausgeführt: «Weiter ist die Möglichkeit, auf Kantonebene eine Liste der säumigen Zahler zu führen, wahrzunehmen. Für diejenigen Personen, welche trotz Betreuung ihrer Zahlungspflicht nicht nachkommen, hat dies zur Folge, dass unter bestimmten und in der Sozialverordnung noch näher zu definierenden Voraussetzungen eine Aufnahme auf die «schwarze Liste» verfügt wird, in folgedessen ein Leistungsaufschub in Kraft tritt und die vermerkten Personen nur noch im Notfall behandelt werden müssen.» An anderer Stelle (S. 9 Ziffer 1.5) wurde dargelegt, das Departement des Innern habe diverse fachliche Abklärungen über den Nutzen eines Meldeverfahrens und der Einführung einer «schwarzen Liste» getroffen. Das Ergebnis habe zum Schluss geführt, mit einer Änderung des Sozialgesetzes auch diejenigen Anpassungen vorzunehmen, welche im Rahmen der Umsetzungsaufgaben [im Zusammenhang mit den am 1. Januar 2012 in Kraft tretenden Änderungen von Art. 64a und 65 KVG] zwar nicht zwingend notwendig seien, aber allfälligem Missbrauch im Gesundheitswesen entgegenwirken könnten. In der Erläuterungen zu § 64 bis Abs. 2 SG, der die Grundlage für die «schwarze Liste» bildet,

fürhte der Regierungsrat weiter aus, die Prüfung ob die Daten einer Person auf der «schwarzen Liste» zu erfassen seien und die Person infolgedessen mit einer Leistungssperre belegt werde, habe nach festgelegten Kriterien zu erfolgen. Ebenso, wann die Daten einer Person wieder von dieser Liste zu streichen seien. Diese Kriterien seien statt im Sozialgesetz in der Sozialverordnung näher zu konkretisieren, um allfällige notwendige Anpassungen rascher umsetzen zu können. Die Delegation an den Regierungsrat, die hier notwendigen Ausführungsbestimmungen zu erlassen, sei durch die Generalklausel in § 173 SG abgedeckt (a.a.O., S. 11 f.).

E. 5.3

Die Beratung im Kantonsrat (Protokoll Kantonsratsverhandlungen 2011, 715 ff., Geschäft RG 110/2011) verlief kontrovers. Der Antrag des Regierungsrats wurde schliesslich – mit einer inhaltlich unwesentlichen Änderung der Redaktionskommission – mit 66 : 24 Stimmen angenommen. In der Debatte wurde betont, die Liste und der Leistungsaufschub seien notwendig, um Missbrauch zu verhindern (vgl. Votum von Sury, Protokoll Kantonsratsverhandlungen 2011 716). Gegner der Vorlage machten geltend, bei der Aufnahme in die Liste könnten die Zahlungsfähigkeit der betroffenen Person und die Gründe des Nichtbezahls nicht untersucht werden, da dies einen zu grossen Aufwand verursachen würde (Votum Urech, a.a.O., 717). Seitens der Befürworter wurde entgegnet, den Leistungsaufschub gebe es schon, man erfinde das Rad nicht neu (Votum Studer, a.a.O., 717). Regierungsrat Gomm führte aus, mit dem neuen System werde das alte weitergeführt, nur sei es nicht mehr so, dass die Leistungserbringer und die Kassen darüber bestimmten oder die Spielregeln festlegten, wann jemand keine Leistungen mehr beziehen kann. Dies liege neu beim Kanton. Falsch sei es zu sagen, der Kanton könne unterscheiden zwischen denjenigen, die Missbrauch betreiben, und denjenigen, die nicht zahlen können. Das sei nicht möglich. Die schwarze Liste mache diese Unterscheidung nicht. Es werde so sein, dass in der Handhabung die eine oder andere Frage auftauchen könnte und zu lösen wäre (a.a.O., 718).

E. 5.4

Zusammenfassend ergeben die Voten in der kantonsrätlichen Debatte kein einheitliches Bild: Seitens der Befürworter wurde (wie bereits im Bundesparlament) die Missbrauchsbekämpfung in den Vordergrund gerückt. Die Gegner gingen davon aus, auf eine solche Liste würden auch Personen aufgenommen, die nicht zahlungsfähig seien und bei denen deshalb nicht von Missbrauch gesprochen werden könne. Das zuständige Mitglied des Regierungsrats erklärte, bei der Erstellung der Liste werde keine Unterscheidung gemacht zwischen Personen, die zahlungsunwillig und solchen, die zahlungsunfähig sind. In der Botschaft führte der Regierungsrat aus, die Aufnahme in die Liste habe nach festgelegten Kriterien zu erfolgen, welche – wie gleich an zwei Stellen der Botschaft betont wird – in der Sozialverordnung näher zu konkretisieren seien. Die Sozialverordnung enthält allerdings bis heute keine derartige Regelung. 6.1 Wie sich der Debatte im National- und Ständerat entnehmen lässt, sollte den Kantonen mit Art. 64a Abs. 7 (damals noch Abs. 6 bis) KVG die Möglichkeit geboten werden, Personen, welche die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung trotz Betreibung nicht bezahlen, in eine Liste aufzunehmen und einen Leistungsaufschub zu veranlassen, der sich auf alle Leistungen der Grundversicherung mit Ausnahme der Notfallbehandlungen erstreckt. Ziel war die Bekämpfung des Missbrauchs. Das Bundesrecht überlässt jedoch den Entscheid, ob eine solche Liste geführt und wer gegebenenfalls in diese aufgenommen werden soll,

vollumfänglich den Kantonen. Die Voraussetzungen der Aufnahme in die Liste bestimmen sich somit nach kantonalem Recht, konkret nach § 64 bis SG und insbesondere nach Abs. 2 dieser Bestimmung. 6.2 Die Auslegung einer Gesetzesbestimmung hat von deren Wortlaut auszugehen. § 64 bis Abs. 2 SG schreibt vor, dass das Departement, nachdem es vom Versicherer über die Einleitung der Betreuung oder die Stellung des Fortsetzungsbegehrens orientiert wurde, « prüft und verfügt, ob die Daten der versicherten Person elektronisch in einer Liste zu erfassen [...] sind ». Aus dieser Formulierung wird deutlich, dass die Information über die Betreuung bzw. das Fortsetzungsbegehren nicht zwingend zur Aufnahme in die Liste und zur Leistungssperre führen muss. Das Departement hat vielmehr im Einzelfall zu prüfen, ob die betroffene Person in die Liste aufzunehmen ist. Über die Kriterien, welche für diesen Entscheid wegweisend sein sollen, schweigt sich das Gesetz aus. Mit Blick auf die Gebote der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit ist jedoch zu fordern, dass sich der Entscheid in den verschiedenen Einzelfällen an im Voraus festgelegten, einheitlichen Kriterien orientiert. Diese Kriterien wären grundsätzlich in einem Rechtssatz festzulegen. Dem Regierungsrat war dies bewusst. Er sah denn auch in seiner Botschaft, wie bereits erwähnt, vor, die massgebenden Kriterien seien in der Sozialverordnung näher zu konkretisieren. Die Sozialverordnung enthält jedoch bis heute, viereinhalb Jahre nach Inkrafttreten von § 64bis Abs. 2 SG, keine Regelung, welcher sich die für die erwähnte Prüfung massgebenden Kriterien entnehmen liessen. Der Grund hierfür ist unbekannt. Da sich die durch das Departement vorzunehmende Prüfung aus rechtsstaatlichen Gründen zwingend an einheitlichen Kriterien orientieren muss, liegt eine Regelungslücke vor, indem Gesetz und Verordnung eine sich unvermeidlich stellende Frage nicht geregelt haben. Diese Regelungslücke ist durch das Gericht auszufüllen, soweit dies für den Entscheid im vorliegenden Fall erforderlich ist. 6.3 Bei der Einführung und Formulierung von § 64bis Abs. 2 SG war das Ziel massgebend, Missbräuche zu verhindern. Zudem bestand das Bestreben, die frühere Regelung fortzusetzen. Überdies wurde in der parlamentarischen Beratung deutlich, dass sich die Intensität einer individuellen Prüfung in gewissen Grenzen halten muss, damit der administrative Aufwand nicht unverhältnismässig gross wird. Die Beschwerdegegnerin führt im Einspracheentscheid aus, eine Aufhebung der Leistungssperre sei lediglich beim Bezug von Sozialhilfe oder von Ergänzungsleistungen sowie bei medizinischen Härtefällen vorgesehen. Auf welchen Grundlagen diese Aussage beruht, bleibt unklar. Sie geht aber jedenfalls insofern an der Sache vorbei, als es vorliegend nicht um die Aufhebung einer Leistungssperre, sondern um die Aufnahme in die entsprechende Liste geht. Dennoch können die erwähnten Konstellationen den Ausgangspunkt für die Umschreibung derjenigen Sachverhalte bilden, in welchen sich eine Leistungssperre trotz der vom Versicherer gemeldeten Betreuung nicht rechtfertigt. Es leuchtet ein, dass Personen, welche Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen, grundsätzlich nicht auf die Liste gehören, da sie in aller Regel nicht in der Lage sind, Prämienausstände abzutragen. Dasselbe gilt für die medizinischen Härtefälle, da hier schwerlich von einem Missbrauch gesprochen werden kann. Trifft keiner dieser Sachverhalte zu, kann im Sinne einer Vermutung davon ausgegangen werden, dass es der betroffenen Person möglich gewesen wäre, die Prämien zu bezahlen, zumal Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen von Prämienverbilligungen profitieren können. Es muss aber im Einzelfall möglich sein, den Beweis des Gegenteils zu erbringen. Von einer Leistungssperre ist abzusehen, wenn die betroffene Person nachzuweisen vermag, dass die Prämienausstände in einer besonderen Situation entstanden, welche Zahlungsschwierigkeiten als nachvollziehbar erscheinen lässt, sowie dass die aktuellen

Prämien bezahlt werden und sie auch versucht, die Ausstände abzutragen, falls und soweit ihr dies möglich ist. Das Departement ist nicht gehalten, zu diesen Fragen aufwändige Detailabklärungen zu treffen, sondern es kann von der betroffenen Person verlangen, dass sie die entsprechenden Umstände nachweist. 7.1 Laut den durch das Gericht beigezogenen Akten des Betreibungsamtes wurden für die Prämien vom 1. Juli 2011 bis 31. August 2011 (A.S. 17), vom 1. September 2011 bis 31. Dezember 2011 (A.S. 23), vom 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2013 (A.S. 36), vom 1. Juli 2013 bis 30. September 2013 (A.S. 38), vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 (A.S. 40), vom 1. Januar 2014 bis 31. März 2014 (A.S. 42), vom 1. April 2014 bis 30. Juni 2014 (A.S. 44) sowie vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 (A.S. 46), jeweils zuzüglich Folgekosten, Verlustscheine gemäss Art. 149 oder 115 SchKG ausgestellt. Weitere Verlustscheine betreffen Kostenbeteiligungen. 7.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei aufgrund eines Konkurses seiner Firma in eine finanzielle Notlage geraten. Aktenkundig ist, dass über ihn am 11. Oktober 2011 der Konkurs eröffnet wurde. Das Verfahren musste am 14. Februar 2012 mangels Aktiven wieder eingestellt werden. Die laufenden Prämien seit Oktober 2014 werden nach Lage der Akten bezahlt. Ab März 2014 liefen zeitweise Lohnpfändungen. Anfang November 2015 (also nach Erlass der hier angefochtenen Einspracheentscheids) wurden Abzahlungsvereinbarungen über Ausstände von CHF 1'585.45 und CHF 6'074.35 abgeschlossen. Die vereinbarten monatlichen Raten von je CHF 50.00 versprechen eine kontinuierliche Reduktion der Ausstände, wobei deren vollständige Tilgung allerdings erst in relativ ferner Zukunft erreicht sein wird. 7.3 Der Beschwerdeführer vermag darzutun, dass er sich in einer finanziellen Notlage befand, welche zu Prämienausständen führte. Im Einspracheentscheid wird denn auch ausdrücklich eingeräumt, es sei dem Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt nur schwer möglich gewesen, die Ausstände zu begleichen. Von einem Missbrauch oder einer damals bestehenden Zahlungsunwilligkeit kann in Bezug auf die Prämien schulden, welche in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem im Oktober 2011 eröffneten Konkurs anfielen, nicht gesprochen werden. Demgegenüber werden die weiteren Ausstände, welche die Zeit vom 1. Januar 2013 bis 30. September 2014 betreffen, durch den Konkurs, der mehr als ein Jahr zuvor ausgesprochen worden war, nicht erklärt. Es fällt auch auf, dass während der ab März 2014 laufenden Lohnpfändung, bei welcher in der Existenzminimums-Berechnung die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung berücksichtigt werden, soweit der Schuldner sie bezahlt, weitere Ausstände anfielen und trotz Betreuung unbezahlt blieben. Unter diesen Umständen kann der Nachweis dafür, dass die ausstehenden Prämien aufgrund eines finanziellen Engpasses unbezahlt blieben, nicht als erbracht gelten. Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf die entsprechende Liste gesetzt und mit einer befristeten Leistungssperre belegt hat. Die Beschwerde ist abzuweisen. Versicherungsgericht, Urteil vom 27. Juni 2016 (VSBES.2015.276)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.