

SO_GERICHTE VSBES.2016.209 vom 12. Juli 2016

SO Obergericht, 2016-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.209

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.209 du 12 juillet 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.209 del 12 luglio 2016

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern (dazu auch Art. 1 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, KVV, SR 832.102). Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen (Art. 90 KVV).

2.2 Gemäss dem in geänderter Fassung auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten Art. 64a KVG soll der Kanton 85 % der Forderungen übernehmen, welche eine versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung innert der gesetzten Frist und nach Anhebung der Betreibung nicht beglichen hat und die während des berücksichtigten Zeitraums zur Ausstellung eines Verlustscheins oder eines gleichwertigen Rechtstitels (dazu: Art. 105i KVV) geführt haben (Art. 64a Abs. 2 - 4 KVG). Die übrigen 15 % werden vom Krankenversicherer übernommen. Der Versicherer muss für die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen die Betreibung 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 Betreibung 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).

2.3 Der Kanton Solothurn hat von dieser Möglichkeit, eine Liste betreffend Leistungssperren zu führen, in § 64bis des Sozialgesetzes (SG; BGS 831.1) Gebrauch gemacht. Danach hat ein Versicherer, der bei Zahlungsverzug der versicherten Person die Betreibung einleitet oder das Fortsetzungsbegehren stellt, dies unter Angabe der notwendigen Daten gleichzeitig dem Departement des Innern (vgl. § 64 Abs. 3 SG) mitzuteilen (§ 64bis Abs. 1 SG). Die gleiche Mitteilung hat er zu machen, wenn eine versicherte Person, welche dem Departement bereits gemeldet wurde oder für welche eine Leistungssperre gilt, ihre Schuld beglichen hat. Das Departement prüft und verfügt, ob die Daten der versicherten Person elektronisch in einer Liste zu erfassen oder aus dieser zu entfernen sind. Nach Rechtskraft der Verfügung erfolgt eine Meldung an den jeweiligen Versicherer, welcher daraufhin die Leistungen aufzuschieben oder wieder auszurichten hat (Abs. 2). Die Liste steht den Leistungserbringern nach KVG, den Einwohnergemeinden sowie den Steuerbehörden des Kantons Solothurn zur Einsicht offen (Abs. 3).

E. 3

3.1 Wie sich der Debatte im National- und Ständerat entnehmen lässt, sollte den Kantonen mit Art. 64a Abs.

E. 7

(damals noch Abs. 6bis) 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 § 64bisSG und insbesondere nach Abs. 2 dieser Bestimmung.

Die Auslegung einer Gesetzesbestimmung hat von deren Wortlaut auszugehen. § 64bisAbs. 2 SG schreibt vor, dass das Departement, nachdem es vom Versicherer über die Einleitung der Betreibung 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 Betreibung 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 § 64bisAbs. 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.

Bei der Einführung und Formulierung von § 64bisAbs. 2 SG war das Ziel massgebend, Missbräuche zu verhindern. 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 (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.276 vom 27. Juni 2016, E. 6.3).

3.2 Wie im Einspracheentscheid festgehalten wird, gehören Personen, welche Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen, grundsätzlich nicht auf die Liste, da sie in aller Regel nicht in der Lage sind, Prämienausstände abzutragen und hier schwerlich von einem Missbrauch gesprochen werden kann. Dasselbe gilt für die medizinischen Härtefälle. 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 (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.276 vom 27. Juni 2016, E. 6.3).

4. Die Akten enthalten keine Unterlagen über aktuell bestehende Prämien schulden. Der Beschwerdeführer bestreitet die vom Beschwerdegegner angeführten Prämien schulden jedoch nicht, weshalb von deren Bestand auszugehen ist. Zu prüfen ist zunächst, ob der Beschwerdeführer den «Entlastungsbeweis» im Sinne der vorstehenden Erwägung zu führen vermag.

4.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, mit seiner halben IV-Rente und dem Lohn seiner Frau als Verkäuferin (CHF 2652.20 netto) sei es sehr schwierig, den Lebensunterhalt zu bestreiten. Vom Sozialamt habe er bisher keine Hilfe beantragt. Mit seiner Rente und dem Lohn seiner Frau sei es nicht möglich, die Krankenkassenprämien und den Selbstbehalt zu bezahlen. Der Antrag für individuelle Prämienverbilligung habe nicht gestellt werden können, weil er den Termin verpasst und 2015 auch keine Steuererklärung eingereicht und somit das Anrecht auf Prämienverbilligung verwirkt habe. Mit dem Guthaben aus einer anstehenden Erbschaft wäre er sofort bereit, die Ausstände zu begleichen, nur sei die Erbschaft noch nicht abgeschlossen und noch keine Auszahlung erfolgt. Des Weiteren wäre es ihm möglich, die Prämien und Kostenbeteiligungen zu bezahlen, wenn der Antrag für Ergänzungsleistungen gutgeheissen worden wäre. Dieser sei jedoch abgelehnt worden.

4.2 Mit diesen Ausführungen vermag der Beschwerdeführer jedoch nicht nachzuweisen, dass die Prämienausstände in einer besonderen Situation entstanden sind, welche Zahlungsschwierigkeiten als nachvollziehbar erscheinen lassen, zumal er offenbar weder die aktuellen Prämien bezahlt noch versucht, die Ausstände abzutragen. Er vermag denn auch nicht aufzuzeigen, weshalb es ihm nicht möglich sein sollte, die Prämien zu begleichen, zumal sich der Beschwerdeführer, wie vom Beschwerdegegner dargelegt, trotz der finanziell schwierigen Lage nicht um eine individuelle Prämienverbilligung bemüht bzw. (u.a. durch das Einreichen einer Steuererklärung) die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen hat. Wie der Beschwerdegegner diesbezüglich zu Recht anführt, dürfte dies von einer Person in dieser Situation aber erwartet werden. Unter diesem Aspekt lässt sich die Leistungssperre daher nicht beanstanden.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer macht weiter sinngemäss geltend, bei ihm bestehe ein medizinischer Härtefall, weshalb von einer Leistungssperre abzusehen sei. 2011 habe er ein Burnout erlitten, welches eine Depression zur Folge gehabt habe. Trotz Eingliederungsmassnahmen durch die IV sei bisher keine Rückkehr in die Arbeitswelt möglich gewesen. 2014 sei ein mehrmonatiger stationärer Aufenthalt in der C.____ notwendig gewesen, da sich seine Depression weiter verstärkt habe. Dank Therapien und einer gezielten Medikation habe er die Depression in den Griff bekommen und aus der

Klinik austreten können. Ebenfalls zu Ostern 2014 habe er eine Netzhautablösung am rechten Auge erlitten, die trotz Operation eine starke Sehbehinderung zur Folge gehabt habe. Diese führe zu erheblichen, vielfältigen Einschränkungen (Autofahren, Lesen, Fernsehen, Computerarbeit, Fotografieren). Es sei ihm daher nicht mehr möglich zu arbeiten. Er habe deshalb bereits im Frühling 2015 eine IV-Rente beantragt. Darüber sei aber noch nicht entschieden worden. Diese Situation habe zu einer erneuten Depression geführt, die wiederum einen mehrmonatigen Aufenthalt in der C.____ zur Folge gehabt habe. Dort sei er wiederum therapiert worden und habe neue Psychopharmaka bekommen, die ihn ziemlich stabilisiert hätten. Diese Medikamente müsse er regelmässig und ohne Unterbruch einnehmen, da sich sonst die gesundheitliche Situation innert Tagen massiv verschlimmere. Zudem sei bei ihm vor rund 20 Jahren Diabetes II festgestellt worden. Seither nehme er regelmässig Medikamente dagegen ein. Der zurzeit relativ stabile gesundheitliche Zustand sei nur wegen der Medikamente gewährleistet. Würden die Medikamente abgesetzt, würde sich der Zustand innert kurzer Zeit massiv verschlechtern und es würde zum Notfall kommen. Sowohl die Medikamente gegen den Diabetes wie auch gegen die Depressionen seien absolut überlebenswichtig. Die erforderlichen Medikamente auf eigene Kosten zu beziehen sei ihm leider nicht möglich.

5.2 Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer ein Schreiben der C.____ vom 10. August 2016 ein, worin festgehalten wurde, dass die am 18. Juni 2015 verordnete Austrittsmedikation zum aktuellen Zeitpunkt immer noch gültig und für den Beschwerdeführer äusserst wichtig sei, insbesondere auch die psychopharmakologische Medikation, da sonst die Gefahr einer psychischen Dekompensation drohe. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an einem Diabetes mellitus, der ebenfalls medikamentös behandelt werden müsse. Als Austrittsmedikation wurde angegeben: Brinerdin, Duodart, Metfin, Patnoprozol, Glutril, Venlafaxin, Simvasin, Relaxan, Trittico, Lamotrigin.

5.3 Der Beschwerdegegner hält diesbezüglich im Wesentlichen dagegen, es fänden sich keine Dokumente, welche die medizinische Situation belegen und die Notwendigkeit von konkreten Behandlungen und Medikamenten aufzeigen würden.

5.4 Nach Lage der Akten hatte der Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren keine Arztberichte eingereicht. Die entsprechende Feststellung des Beschwerdegegners trifft somit grundsätzlich zu. Der Beschwerdeführer, der eine halbe IV-Rente bezieht, hatte jedoch bereits in der Einsprache vom 12. Oktober 2015 auf ein im Jahr 2011 erlittenes Burnout, einen längeren Klinikaufenthalt, eine Netzhautablösung, damit verbundene Einschränkungen sowie ein noch hängiges Gesuch um Erhöhung der IV-Rente hingewiesen. Mit diesen Angaben war zwar, wie im Einspracheentscheid zutreffend festgehalten wird, ein medizinischer Härtefall nicht nachgewiesen. Im vorliegenden Verfahren gilt jedoch der Untersuchungsgrundsatz. Diesem kommt im vorliegenden Kontext, wo der Zugang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Diskussion steht, besondere Bedeutung zu. In der gegebenen Situation hätte er verlangt, dem Beschwerdeführer vor der Fällung des Einspracheentscheids Gelegenheit zu bieten, einen allenfalls bestehenden dringenden Behandlungsbedarf mit geeigneten Dokumenten nachzuweisen. Im Beschwerdeverfahren wird nunmehr der Klinikbericht vom 10. August 2016 aufgelegt und geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei dauerhaft auf eine umfangreiche Medikation angewiesen. Aufgrund dieser Angaben besteht Anlass, einen medizinischen Härtefall zu prüfen. Diese Prüfung hat sinnvollerweise zunächst durch den Beschwerdegegner zu erfolgen. Das Departement wird daher nochmals zu prüfen haben, ob

ein medizinischer Härtefall vorliegt. Im neu zu fällenden Entscheid wird auch darzulegen sein, ob eine Praxis zur Definition des medizinischen Härtefalls besteht und wie diese gegebenenfalls aussieht. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.

6.1 Da der Beschwerdeführer weder anwaltlich noch anderweitig fachlich vertreten war, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

6.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid des Departements des Innern vom 12. Juli 2016 aufgehoben und die Sache an dieses zurückgewiesen wird, damit es im Sinne der Erwägungen verfähre und hiernach neu entscheide.

2. Es werden weder eine Parteientschädigung zugesprochen noch Verfahrenskosten erhoben.

3. Das vom Beschwerdeführer eingereichte Schreiben der C. ___ vom 10. August 2016 geht zur Kenntnisnahme an das Departement des Innern.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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