

SO_GERICHTE VSBES.2017.133 vom 3. April 2017

SO Obergericht, 2017-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.133

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.133 du 3 avril 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.133 del 3 aprile 2017

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 wie im vorliegenden Fall 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. Wie den Akten zu entnehmen ist, bestehen zu Lasten der Beschwerdeführerin fünf Verlustscheine wegen nicht bezahlter Prämien und Kostenbeteiligungen der Atupri. Die Beschwerdeführerin bestreitet die vom Beschwerdegegner angeführten Schulden denn auch nicht, weshalb von deren Bestand auszugehen ist. Zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdeführerin den «Entlastungsbeweis» im Sinne der vorstehenden Erwägung zu führen vermag.

4.1 Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde im Wesentlichen vor, sie habe vieles falsch gemacht in ihren jungen Jahren. Sie sei mit 20 Jahren an Depressionen und Borderline erkrankt. Nach einem sexuellen Missbrauch sei es nicht besser geworden. Dies sei nun bald 15 Jahre her und sie habe versucht, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen. Im Jahr 2011 hätten sie und ihre erste Tochter deren Vater durch Suizid verloren. Sie habe dann im Jahr 2013 ihren heutigen Mann kennengelernt, welcher ihr, nebst ihren Kindern, die nötige Kraft gebe, dies alles in den Griff zu bekommen. Es sei für sie nicht einfach, dies sei aber auch keine Entschuldigung für das Nichtbezahlen der Prämie. Das Abbezahlen der Schulden sei ihr bislang nicht möglich gewesen, da sie von Alimenten und Waisenrente lebe. Die Prämienverbilligungen seien jedes Jahr aufs Neue abgelehnt worden. Es habe lediglich geheissen, sie habe keinen Anspruch auf Prämienverbilligung, da sie verheiratet sei und sie zusammen genügend Einkommen hätten. Ihr Mann würde sie auch gerne unterstützen, wenn er nicht selbst in finanzieller Not wäre.

4.2 Mit diesen Ausführungen vermag die Beschwerdeführerin nicht nachzuweisen, dass die Prämien- und Kostenbeteiligungsausstände in einer besonderen Situation entstanden sind, welche Zahlungsschwierigkeiten als nachvollziehbar erscheinen lassen, zumal diese aus den Jahren 2015 und 2016 stammen und damit ein direkter zeitlicher Bezug zu den von ihr genannten und zweifellos erschütternden Lebensereignissen nicht gegeben ist. Sie vermag denn auch nicht aufzuzeigen, weshalb es ihr nicht möglich sein sollte, die Prämien zu begleichen, zumal die Beschwerdeführerin angesichts der schwierigen finanziellen Verhältnisse sich auch um Sozialhilfebezug hätte bemühen können. Unter diesem Aspekt lässt sich die Leistungssperre daher nicht beanstanden.

4.3 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, sie beginne im September 2017 eine Ausbildung als Dipl. Pflegefachfrau HF. Diese dauere 3 Jahre und würde ihr somit die Chance geben, ihre Schulden abbezahlen zu können. Es stimme, dass sie im Jahr 2016 ■ wie im Einspracheentscheid in Ziff. 2.2.1 festgehalten worden sei ■ keine Prämien bezahlt habe. Nun habe sie aber in diesem Jahr angefangen, eine Regelmässigkeit in die Zahlungen reinzubringen. Diese würden nun per Dauerauftrag jeweils am 6. jedes Monats aufgeführt. Deshalb bitte sie darum, dass man sie nicht auf die Liste betreffend Leistungssperre setze.

Wie jedoch aus der Beschwerdeantwort des Beschwerdegegners (bzw. der Anfrage bei der Atupri) sowie der Akten hervorgeht, hat die Beschwerdeführerin die Prämienzahlungen im Jahr 2017 ebenfalls nicht regelmässig geleistet. So sind für das Jahr 2017 am 24. Januar 2017 lediglich zwei Zahlungen à CHF 25.50 sowie am 6. März 2017 zwei Zahlungen à CHF 274.25 verzeichnet. Zudem hat die Beschwerdeführerin eine Dauerauftragsbestätigung mit dem 6. Mai 2017 als Ausführungsdatum eingereicht, womit eine regelmässige Bezahlung im Jahr 2017 nicht nachgewiesen ist. Die Leistungssperre lässt sich damit auch im Lichte dessen nicht beanstanden.

5. Des Weiteren stellt die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde verschiedene Fragen zur Definition der Notfallbehandlung sowie des Begriffs des medizinischen Härtefalls. Dazu kann das Versicherungsgericht keine abschliessende Antwort geben. So obliegt es der Krankenversicherung, im konkreten Einzelfall darüber zu entscheiden, ob es sich bei der um Vergütung ersuchten Behandlung um eine Notfallbehandlung handelt. Ein allfälliger ablehnender Entscheid der Krankenversicherung könnte dann mit den entsprechenden Rechtsmitteln angefochten werden. Sodann kann auch bezüglich des Begriffs des medizinischen Härtefalls keine abschliessende Definition vorgenommen werden. Ein medizinischer Härtefall wäre im Einzelfall durch das Departement zu beurteilen bzw. bei diesem geltend zu machen. Ein allenfalls diesbezüglich ablehnender Entscheid wäre dann wiederum beim Versicherungsgericht anfechtbar. Ein medizinischer Härtefall wird von der Beschwerdeführerin vorliegend jedoch nicht geltend gemacht, weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, ihr Ex-Partner, Herr B.____, welcher damals noch in ihrer Familienpolice aufgeführt worden sei, sei aus der Krankenkasse entlassen worden. Jedoch seien auf seinen Namen Schulden in ihren Verlustscheinen zu finden. Sie stelle deshalb den Antrag, diesen Sachverhalt zu überprüfen. Diese Frage gehört jedoch nicht zum vorliegenden Streitgegenstand, zumal die zuständige Krankenkasse zuerst darüber mittels Verfügung und Einspracheentscheid hätte befinden müssen. Nachdem es sich hierbei aber bereits um Verlustscheine handelt, ist davon auszugehen, dass allfällige diesbezügliche Rechtsmittelfristen längst abgelaufen wären. Auf dieses Begehren der Beschwerdeführerin ist somit nicht einzutreten.

6. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

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

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

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_556/2017 vom 19. September 2017 nicht ein.

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