

SO_GERICHTE VSBES.2017.206 vom 17. Juli 2017

SO Obergericht, 2017-07-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.206

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.206 du 17 juillet 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.206 del 17 luglio 2017

Erwägungen

E. 26

Januar 2018 (A.S. 23 ff.). 6. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 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 Betreuung 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 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). 2.3 Der Kanton Solothurn hat von dieser Möglichkeit, eine Liste betreffend Leistungssperren zu führen, in § 64 bis des Sozialgesetzes (SG; BGS 831.1) Gebrauch gemacht. Danach hat ein Versicherer, der bei Zahlungsverzug der versicherten Person die Betreuung einleitet oder das Fortsetzungsbegehren stellt, dies unter Angabe der notwendigen Daten gleichzeitig dem Departement des Innern (vgl. § 64 Abs. 3 SG) mitzuteilen (§ 64 bis 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). 3. 3.1 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 Betreuung 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. 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 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 § 64 bis Abs. 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, er könne sich die Prämie nicht leisten. Er verdiene mittlerweile nur noch CHF 3'500.00. Er bezahle davon bereits die Kassenprämien seines Sohnes und seiner Frau. Es bleibe schlicht zu wenig zum Leben übrig. Seine monatlichen Fixkosten seien: Krankenkasse Frau CHF 400.00, Krankenkasse Sohn CHF 200.00, Wohnungsmiete CHF 1'500.00, diverse andere Auslagen ca. CHF 500.00. Es sei nicht so, dass er seine Krankenkasse nicht bezahlen wolle. Ihm fehle schlicht das Geld dazu. Er habe bei der Sozialregion bereits angefragt, was es brauche für eine Prämienreduktion. Er sei auf das Internet verwiesen worden. Leider habe er nicht immer Internet zur Verfügung. Zudem mache er bei so vielen Formularen und Zahlen wieder dicht. Die Ämter würden Sachen von ihm verlangen, von welchen er keine Ahnung habe, was er tun solle. Auch lasse er Briefe oft ungeöffnet liegen. Formulare ausfüllen könne er nicht. Aus diesem Grund habe er auch die Steuererklärung nicht machen können. Da er diese nicht habe vorweisen können, sei er vom Sozialamt bei seiner Anfrage wegen Prämienreduktion wieder weggeschickt worden. 4.2 Mit diesen Ausführungen vermag der Beschwerdeführer jedoch nicht nachzuweisen, dass die Prämien ausstände 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. 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. Er leide seit Jahren an einer Krankheit. Dieses Handicap habe leider auch Einfluss in der Arbeitswelt. Dank dem Psychologen komme er aber einigermaßen über die Runden. Er brauche diverse Medikamente und sei in einer Therapie. Er bitte deshalb, ihn nicht auf die Liste der säumigen Prämienzahler zu setzen. Dies hätte weitreichende Konsequenzen für seine Familie. Er brauche die psychologische Betreuung und die Medikamente. 5.2 Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer ein Schreiben seines behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.____, vom 3. Oktober 2017 (A.S. 15) ein, worin dieser ausführte, der Beschwerdeführer sei seit acht Jahren bei ihm in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Der Beschwerdeführer leide unter einer immer wieder auftretenden psychiatrischen Krankheit. Aktuell sei die Erkrankung wieder akut. Eine Behandlung sei dringend notwendig. Auch ein stationärer Aufenthalt sei eine Option, welche abgeklärt werde. 5.3 In dem vom Versicherungsgericht eingeholten Bericht von Dr. med. B.____ vom 26. Januar 2018 (A.S. 23 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: 1. rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10, F33.1) 2. V.a. auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) DD emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.30) DD Asperger-Syndrom (E84.5), Diagnose ca. 1978 DD eine Kombination dieser Störungen 3. Spezifische Phobie (Ärztphobie) (F40.2) 4. Somatische

Diagnosen wie Tinnitus (H93) und Asthma Weiter führte Dr. med. B.____ aus, aktuell finde eine wöchentliche bis 14-tägliche Einzelpsychotherapie, kombiniert mit Paartherapiesitzungen, statt. Der Beschwerdeführer erhalte folgende Medikamente: BRINTELLIX Tropfen 20 mg/ml 15 ml 20 Trpf., VITAMIN D3 Streuli 4000 IE/ml zur Therapie 30 ml 1/2 ml täglich, VENTOLIN Dosieraeros 100 mcg 200 Dos bei Bedarf, RITALIN Tabl 10 mg 30 Stk 1 x 1, TEMESTA Tabl 1 mg 20 Stk bB max 1 x 1. Der Beschwerdeführer sei seit dem 22. September 2015 aufgrund des gegenwärtigen Krankheitsbildes bei ihm in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Neben der medikamentösen Therapie und einer vertieften diagnostischen Abklärung würden psychotherapeutische Gespräche geführt, in welchen Lösungen für die vielfältigen Probleme und Belastungen des Beschwerdeführers gesucht würden und deren Umsetzung unterstützt werde. So sei es dem Beschwerdeführer z.B. erstmals seit Jahren gelungen, die Steuererklärung (2016) zu erstellen und abzugeben (aufgrund dieser habe er, bzw. seine Familie höchstwahrscheinlich Anspruch auf Prämienverbilligung). Insgesamt sei der Beschwerdeführer dabei, sein Leben besser zu organisieren, was ihm aber ohne die stützenden Gespräche aktuell wohl noch nicht gelingen würde. Dazu brauche er eine enge und ununterbrochene Unterstützung durch den Psychotherapeuten. Würde diese wegfallen, sei zu vermuten, dass die erreichten Fortschritte rasch verloren gehen würden und die Gefahr bestehe, dass das soziale System (insb. das Familiensystem) zusammenbrechen könnte. Bisher hätten Klinikaufenthalte vermieden werden können, welche bei einem Wegfall der ambulanten Behandlung allerdings wieder aktuell werden könnten. Dr. med. B.____ erachte es beim Beschwerdeführer als dringend notwendig, dass die Behandlung weitergeführt werden könne. Gleichzeitig sei der Beschwerdeführer in einer Abklärung hinsichtlich des ADHS. Hier sei noch erwähnt, dass der Beschwerdeführer gegenüber Autoritäten sehr misstrauisch sei und es einige Zeit gebraucht habe, sein Vertrauen für eine gute therapeutische Beziehung zu erlangen. Auch dies wäre bei einem Unterbruch gefährdet.

5.4 Die regelmässigen Therapiesitzungen und die Liste der Medikamente, bei welchen es sich vorwiegend um Medikamente gegen Depressionen handelt, lassen den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer an ernsthaften gesundheitlichen Problemen leidet. Aus dem Bericht von Dr. med. B.____ vom 21. Januar 2018 geht nachvollziehbar hervor, dass bei ausbleibender Behandlung ernsthafte gesundheitliche und soziale Folgen sowie Klinikaufenthalte zu befürchten wären. Ein medizinischer Härtefall im oben genannten Sinne ist damit ausgewiesen. Angesichts dieser Umstände sind eine Leistungssperre und das damit verbundene Hinauszögern der medizinischen Leistungen bis zu einem unmittelbaren Notfall nicht zielführend und unverhältnismässig. Deshalb ist von einer Leistungssperre abzusehen und die Beschwerde ist 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.