

Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Heim (09.3484)

Inhalt

Ausgangslage	3
1 Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers	4
1.1 Obligatorische Krankenversicherung (OKP) und spezifische Bestimmungen zur Krankenversicherung im Asylbereich.....	4
1.2 Zugang zur Krankenversicherung in der Praxis.....	6
1.2.1 Zugang von Sans Papiers zu Prämienverbilligung.....	6
1.3 Aufnahmepraxis der Krankenversicherer.....	6
1.4 Kategorien von Personen nach dem Asylgesetz und Artikel 92d KVV.....	7
1.4.1 Regelung gemäss Artikel 92d KVV.....	8
1.4.2 Kommentar zu Artikel 92d KVV.....	9
2 Beitrittskontrolle durch die Behörden	9
3 Der Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Praxis	10
3.1 Versorgung innerhalb der Regelstrukturen gemäss OKP.....	10
3.2 Spezifische Versorgungseinrichtungen.....	10
3.3. Kostenübernahme von Behandlungen nicht versicherter Sans Papiers.....	11
4 Beurteilung der Situation	12
4.1. Versicherungsschutz für Sans Papiers.....	12
4.1.1. Individuelle Versicherungspflicht der Sans Papier:.....	12
4.1.2. Aufnahmepflicht der Versicherer.....	12
4.1.3. Kontrollpflicht der Kantone.....	12
4.2. Gründe für die Umsetzungsschwierigkeiten.....	12
4.2.1 Diskrepanz zwischen Aufnahmepflicht und Aufnahmepraxis der Krankenversicherer.....	12
4.2.2. Die lückenhafte Umsetzung der Kontrollpflicht der Kantone.....	13
4.2.3. Fazit zu den kantonalen Praktiken bezüglich Krankenversicherung.....	13
4.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung.....	13
4.3.1. Zugang zu Leistungserbringern und Leistungen.....	14
4.3.2. Schlussfolgerung.....	14
4.4 Kostenübernahme.....	14
5. Analyse: Umsetzungsprobleme aufgrund von Systemdysfunktionalitäten und Zielkonflikten	15
5.1. Diskrepanz zwischen gesetzlichem Anspruch und gesellschaftlicher Realität.....	15
5.2. Konflikte zwischen staatlichen Zielen und individuellen Interessen der Sans Papiers.....	15
6. Ziele und Massnahmen des Bundesrates	15
6.1. Festhalten am Versicherungsobligatorium für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.....	16
6.2. Schlussfolgerung.....	16

Ausgangslage

Der Bundesrat wurde durch das überwiesene Postulat Heim (09.3484 – Sans Papiers, Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung) "beauftragt, in einem Bericht zur Problematik 'Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers' aufzuzeigen, ob, wie und wie verbindlich in den Kantonen eine einheitliche, rechtlich und gesundheitspolitisch korrekte Handhabung der Versicherung von Sans-Papiers geregelt worden ist und wer anfallende Kosten von nichtversicherten, nichtzahlungsfähigen Sans-Papiers zu übernehmen hat. Insbesondere ist aufzuzeigen, mit welchen Regelungen und in welcher Zeit die Problematik aus heutiger Sicht angegangen oder gelöst werden soll."

Der vorliegende Bericht des Bundesrats stützt sich auf den Schlussbericht „Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers“ des Büros Vatter AG, welcher im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erarbeitet wurde.

Da auch Sans Papiers dem in der Schweiz bestehenden Krankenversicherungspflicht unterstehen, haben auch sie Zugang zur schweizerischen Gesundheitsversorgung. Gemäss verschiedenen Erhebungen und Erfahrungsberichten verfügt aber ein Teil der Sans Papiers über keine Krankenversicherung. Dies führt dazu, dass ernsthafte Erkrankungen zu spät erkannt werden. Da nämlich Sans Papiers teilweise nicht versichert sind, gehen sie nicht oder erst zu spät zum Arzt. Dies ist sowohl in Bezug auf die betroffenen Personen wie auch in Bezug auf den Gesundheitsschutz der schweizerischen Bevölkerung von gesundheitspolitischer Bedeutung (z.B. im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten). Des Weiteren stellt sich die Frage der Kostenübernahme, wenn medizinische Leistungserbringer aufgrund der bestehenden Aufnahme- und Behandlungspflicht nicht versicherte und zahlungsunfähige Sans Papiers behandeln und Leistungen erbringen, deren Finanzierung nicht sichergestellt ist. Im Übrigen stellt sich die Frage, wie und wie verbindlich in den Kantonen die Versicherung von Sans Papiers geregelt ist. Werden diese Regelungen in der Praxis im Lichte der Bundesverfassung und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) einheitlich, rechtlich und gesundheitspolitisch korrekt umgesetzt? Wer übernimmt im konkreten Fall die anfallenden Kosten für die Versorgung von nicht versicherten, nicht zahlungsfähigen Sans Papiers? Welche möglichen Lösungsansätze bestehen innerhalb des gegebenen rechtlichen Rahmens?

Ausser dem vorliegend beantworteten Postulat Heim (09.3484) wurden im Parlament zwei weitere Vorstösse, nämlich die Interpellation Heim (09.4122; Menschenwürde für Papierlose) und die Dringliche Anfrage Goll (10.1053; Wird das Krankenversicherungspflicht ausgehöhlt?) eingereicht. Damit wurde der Bundesrat aufgefordert, die Situation zu untersuchen und die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers sicherzustellen. Die vom Parlament abgelehnte Motion Kuprecht (10.3203; Aufhebung der KVG-Grundversicherungspflicht für Sans Papiers) macht hingegen auf diverse Probleme der aktuellen Regelung aufmerksam und fordert die Aufhebung der Versicherungspflicht für diese Personengruppe.

Im Bericht des Bundesrates vom 22.10.2010 in Erfüllung des Postulats Lustenberger (07.3682; „Erleichterter Datenaustausch zwischen Bundes- und Kantonsbehörden“) hat der Bundesrat das EJPD in Zusammenarbeit mit dem EDI und dem EVD beauftragt zu prüfen, ob Asyl- und Ausländerbehörden darüber informiert werden müssen, wenn bestimmte Personen Sozialversicherungsbeiträge entrichten oder Sozialversicherungsleistungen beziehen, ohne über eine gültige Aufenthaltsbewilligung zu verfügen. Diese Prüfung wird auch im Lichte und in Koordination mit den Schlussfolgerungen des vorliegenden Berichts erfolgen.

Neben finanziellen Gründen ist die Angst vor der Entdeckung des illegalen Aufenthalts oft der Hauptgrund für die oftmals fehlende Krankenversicherung von Sans Papiers. Die Frage der Gesundheitsversorgung von Sans Papiers steht damit in einem Spannungsfeld zwischen den massgebenden Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts und den aufenthaltsrechtlichen Bundesregelungen und den massgebenden Bestimmungen zur Meldepflicht und zum Datenschutz.

Damit sind neben gesundheitspolitischen Aspekten vor allem auch Aspekte des Datenschutzes und des Informationsaustauschs zwischen den betroffenen Stellen für die aufgeworfenen Fragen von zentraler Bedeutung.

In diesem Zusammenhang stellen sich zum Beispiel die folgenden Fragen betreffend die Sicherstellung der Versicherungsdeckung, die Ausrichtung von Prämienverbilligung und die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Wie setzen die Kantone Artikel 6 KVG, nämlich die Kontrolle der Versicherungspflicht um? Erhalten Sans Papiers Prämienverbilligung und welche Angaben sind erforderlich, um Prämienverbilligung zu erhalten? Wie gehen die Behörden mit allfälligen Anfragen zum Beispiel betreffend die Klärung der Identität oder des Wohnsitzes um? Nehmen die zuständigen Behörden in Zusammenhang mit der Anspruchsabklärung nach Prämienverbilligung mit anderen Behörden oder Krankenversicherern Kontakt auf? Welche Informationen werden dabei ausgetauscht?

Betreffend die Krankenversicherer kreisen die Fragen um die Aufnahmepraxis, den Datenaustausch und den Umgang mit versicherten Sans Papiers.

Der einleitend erwähnte Bericht des Büros Vatter AG hat sich zur Klärung dieser Fragen auf verschiedene empirische Grundlagen gestützt. Es erfolgten Sondierungsgespräche mit Fachpersonen aus dem Bereich „Sans Papiers“, strukturierte Leitfadeninterviews mit den für die Umsetzung von Artikel 6 KVG zuständigen Personen (Beitrittskontrolle gemäss Artikel 6 KVG; Umsetzung des Versicherungsobligatoriums, Gesundheitsversorgung, Kostenübernahme usw.) sowie mit den Asylkoordinatorinnen und -koordinatoren (Versicherungspraxis und Gesundheitsversorgung bei ausreisepflichtigen Personen) aller 26 Kantone. Parallel dazu erfolgte eine schriftliche Befragung der 29 grössten Krankenversicherer. Aufgrund dieser empirischen Arbeiten wurde anschliessend eine Situationsanalyse erstellt.

1 Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers

1.1 Obligatorische Krankenversicherung (OKP) und spezifische Bestimmungen zur Krankenversicherung im Asylbereich

Gemäss Artikel 3 Absatz 1 KVG (i.V.m. Art. 1 Abs. 1 KVV) muss sich grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern bzw. versichert werden. Nach Artikel 1 Absatz 1 KVV unterstehen der Versicherungspflicht grundsätzlich Personen mit Wohnsitz in der Schweiz nach den Artikeln 23 – 26 des Zivilgesetzbuches (ZGB). In den Artikeln 3 f. KVG und 1 f. KVV werden die Versicherungspflicht und die Ausnahmen von der Versicherungspflicht näher umschrieben. Das Versicherungsobligatorium nach Artikel 3 f. KVG und 1 f. KVV umfasst somit auch die Sans Papiers, weil diese im Sinne von Art. 23 – 26 ZGB Wohnsitz in der Schweiz haben. Die OKP-Versicherung endet aus den Gründen, welche die Versicherungspflicht erlöschen lässt (Art. 5 Abs. 3 KVG), namentlich mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Hingegen sei besonders betont, dass sog. „Medizintouristen“ der Versicherungspflicht nicht unterstehen. In Artikel 2 Absatz 1 KVV wird nämlich ausdrücklich festgehalten, dass Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten, der Versicherungspflicht nicht unterstehen, d.h. sie haben keinen Anspruch auf einen Versicherungsabschluss.

Krankenversicherer sind verpflichtet, Versicherungsanträge dieser Personen vorbehaltlos zu akzeptieren. Das Eidgenössische Versicherungsgericht bestätigte dies in einem Urteil vom 24. Dezember 2002 (K38/01). Aus dem Versicherungsobligatorium des KVG ergibt sich gemäss dem Urteil 126 V 265 (Erw. 3b) des Bundesgerichts, dass eine versicherte Person nicht aus der Krankenversicherung ausgeschlossen werden kann. Die Kantone sind dafür zuständig, die Einhaltung

der Versicherungspflicht zu kontrollieren und können Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zuweisen (Art. 6 KVG).

Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen (Art. 65 Abs. 1 KVG). Der Anspruch auf Prämienverbilligung besteht gegenüber dem Kanton. Die kantonalen Bestimmungen über die Prämienverbilligung sind autonomes kantonales Ausführungsrecht zu Bundesrecht. Sie können insbesondere selbständig festlegen, wie der unbestimmte Rechtsbegriff der „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse“ zu definieren ist, und im Rahmen der ratio legis bestimmen, welcher Personenkreis Anspruch auf Prämienverbilligung hat. Immerhin müssen sie sich aber an den Sinn und Geist des KVG halten und dürfen den mit der Prämienverbilligung angestrebten Zweck nicht vereiteln. Sans Papiers in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen haben gemäss Artikel 65 Absatz 1 KVG auch einen Anspruch auf Prämienverbilligungen (vgl. unten folgend Ziffer 1.2.1.). In einem Teil der Kantone bedarf die Prämienverbilligung eines Antrages der Versicherten, in anderen Kantonen wird der Antrag von Amtes wegen ermittelt. Beide Antragsysteme bieten unterschiedliche Hürden für den Zugang von Sans Papiers zu Prämienverbilligung.

Für die Definition des Versicherungsobligatoriums, des versicherungspflichtigen Personenkreises und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung von krankenversicherten Personen sind einzig das KVG und die auf ihm beruhenden Verordnungen massgebend. Sans Papiers sind wie alle anderen versicherungspflichtigen Personen auch zunächst selbst für den Abschluss einer Krankenversicherung verantwortlich.

Demgegenüber traten jedoch Personen, die ein Asylverfahren durchlaufen haben, während dieses Verfahrens nicht selbst als Versicherungsnehmer auf, sondern sind - als Sachleistung - im Rahmen der Sozialhilfe durch das gemäss Asylgesetz fürsorgepflichtige Gemeinwesen krankenversichert. Diese Personenkategorien sind von den Sans Papiers getrennt zu betrachten. Die Asylgesetzgebung und die Krankenversicherungsgesetzgebung haben für diese Personen Sonderregelungen getroffen (vgl. unten folgend Ziffer 1.4). Die Gewährung des Versicherungsschutzes wird als Sachleistung im Rahmen der Sozialhilfe betrachtet (BGE 133 V 353, Erw. 4.4). Die Kosten für die Versicherungsprämie werden somit in der Regel von der öffentlichen Hand übernommen. Diese Kosten sind Teil der vom Bund ausgerichteten Globalpauschale für die Betreuung von Asylsuchenden (Art. 88 Abs. 2 AsylG). Die Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer darf jedoch keine Einschränkungen des nach KVG vorgeschriebenen Leistungsumfanges zur Folge haben. Krankenversicherte ausreisepflichtige Personen haben – in Abhängigkeit des Versicherungsmodells – Anrecht auf dieselben Leistungen zu denselben Bedingungen wie alle andere versicherte Personen mit legalem Aufenthalt. Eine Ungleichbehandlung von Personen gemäss ihrem jeweiligen Aufenthaltsstatus wäre nicht mit dem Gleichbehandlungsprinzip des KVG vereinbar. Per 1. August 2011 ist auch die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) geändert worden. Der neue Artikel 92d KVV regelt die Prämien von Nothilfeberechtigten Personen ab dem 1. August 2011 durch eine Sonderregelung (vgl. unten folgend Ziffer 1.4).

Aus dem KVG ergibt sich somit folgender Soll-Zustand: Alle versicherungspflichtigen Sans Papiers sind krankenversichert und haben denselben Zugang zu denselben Leistungserbringern und Leistungen des medizinischen Grundleistungskatalogs wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt.

Das massgebende Versicherungsobligatorium des KVG beinhaltet drei Pflichten: 1. Versicherungspflicht der Individuen (Sans Papiers sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen, sofern sie gemäss Artikel 24 – 25 ZGB zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben). 2. Aufnahmepflicht der Versicherer (Krankenversicherer sind verpflichtet, versicherungspflichtige Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) zu versichern, wenn diese einen entsprechenden Antrag stellen. Sie dürfen das Versicherungsverhältnis erst beenden, wenn die Bedingungen gemäss Artikel 7 KVV gegeben sind). 3. Kontrollpflicht der Kantone (Die Kantone sind für die Kontrolle und Durchsetzung des Versicherungsobligatoriums zuständig. Sie haben gemäss

Artikel 6 KVG Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zuzuweisen).

1.2 Zugang zur Krankenversicherung in der Praxis

Es stellt sich in der Praxis somit die Frage, wie die drei Elemente des Versicherungsobligatoriums – nämlich die Versicherungspflicht der einzelnen Personen, die Aufnahmepflicht der Versicherer und die Kontrollpflicht der Kantone – verwirklicht sind, welche Probleme sich dabei stellen und wie sich die Abweichungen vom Soll-Zustand erklären lassen.

Die Sans Papiers sind grundsätzlich selber verantwortlich für die Einhaltung der Versicherungspflicht. Der Versicherungsstatus einer Person ohne Aufenthaltsbewilligung kann nur erfasst werden, wenn diese Person entweder einer Krankenversicherung, einem medizinischen Leistungserbringer, einer Betreuungseinrichtung (zB. Anlaufstelle) oder einer Behörde bekannt ist. Verschiedene Erhebungen und Erfahrungsberichte bei behördlich bekannten ausreisepflichtigen Personen, die ein Asylverfahren durchlaufen haben, deuten darauf hin, dass ein grosser Teil der ihnen bekannten Sans Papiers (ca. 80 – 90 %) über keine Krankenversicherung verfügt. Dieser Schätzwert kann jedoch nicht auf die Gesamtheit der Sans Papiers in der Schweiz hochgerechnet werden. Es wird aufgrund von Praxiserfahrungen davon ausgegangen, dass viele Sans Papiers erst eine Krankenversicherung abschliessen, wenn sie ernsthaft krank werden und hohe Gesundheitskosten zu erwarten sind.

Sans Papiers vermeiden Kontakte zu Institutionen, um kein Entdeckungsrisiko einzugehen. Sans Papiers haben oft ein tiefes Einkommen und überhaupt eine unsichere Einkommenssituation. Der Abschluss einer Krankenversicherung und die damit verbundene langfristige Zahlungsverpflichtung stellt deshalb für sie oftmals eine zu hohe finanzielle Belastung dar. Anlaufstellen empfehlen Sans Papiers oft, nur dann eine Krankenversicherung abzuschliessen, wenn die Person über ausreichende finanzielle Mittel verfügt. Denn die auf das Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen folgenden Inkassobemühungen durch die Krankenversicherer stellen für Sans Papiers ein Entdeckungsrisiko dar.

1.2.1 Zugang von Sans Papiers zu Prämienverbilligung

In Bezug auf die Prämienverbilligung präsentiert sich die Situation gemäss den geführten Interviews so, dass es Sans Papiers in sieben Kantonen auf Antrag möglich ist, bei der regulären Prämienverbilligung berücksichtigt zu werden. In elf Kantonen ist es aufgrund der kantonalen Bestimmungen für Personen, die über keine Aufenthaltsbewilligung verfügen und/oder über die keine Steuerdaten vorliegen, nicht möglich, Prämienverbilligung zu erhalten. Die restlichen Kantone verfügen über keine Praxis im Umgang mit der Ausrichtung von Prämienverbilligung an Sans Papiers. Die kantonale Gesetzgebung über die Ausrichtung der Prämienverbilligung verunmöglicht es in einer Vielzahl an Kantonen, dass Personen ohne Steuerdaten und/oder Wohnsitznachweis bei der Prämienverbilligung berücksichtigt werden können und steht damit im Widerspruch zum Anspruch auf Prämienverbilligung gemäss KVG (Art. 65 Abs. 1 KVG). Die Hürde, sich an eine staatliche Behörde zu wenden, dürfte für Personen, die sich unerkannt ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz aufhalten, unabhängig von der kantonalen Praxis bezüglich Ausrichtung von Prämienverbilligung hoch sein.

1.3 Aufnahmepraxis der Krankenversicherer

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Aufnahmepflicht seitens der Krankenversicherer nicht unumstritten ist. Anhand der vorliegenden Informationen kann bezüglich der Aufnahmepraxis der Krankenversicherer Folgendes festgehalten werden: Ein Versicherungsantrag beinhaltet Angaben zu Name, Vorname, Adresse und in der Regel zum Geburtsdatum, Geschlecht und zur Nationalität, die aus Sicht der Versicherer für die Bearbeitung des Antrags zwingend vorliegen müssen. Betrifft der Antrag eine Person mit ausländischer Staatsbürgerschaft, wird diese zudem in der Regel angehalten, Angaben über den Aufenthaltsstatus zu erbringen, zum Teil in Form einer Kopie der

Aufenthaltsbewilligung, die dem Versicherungsantrag beizulegen ist. Gemäss Selbstdeklaration der Versicherer werden Anträge von Personen, bei denen es sich um Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus handelt, in der Regel bearbeitet, als ob eine Aufenthaltsbewilligung vorliegen würde. Einige Versicherer geben hingegen an, dass sie keinen Kontakt mit den Behörden aufnehmen. Andere Versicherer nehmen zur Sicherstellung des Inkassos bei Prämienausständen und unbezahlten Kostenbeteiligungen bei Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus mit der Wohngemeinde Kontakt auf und versichern die Person, wenn die Gemeinde bestätigt, allfällige offene Prämien oder Kostenbeteiligungen zu übernehmen. Diese Praxis stellt für die Sans Papiers eine Hürde für den Beitritt zur Krankenversicherung dar.

Sofern sie überhaupt von Schwierigkeiten bei der Versicherung von Sans Papiers Kenntnis erhalten, können kantonale Behörden versuchen, auf die betreffende Versicherungsgesellschaft Einfluss zu nehmen. In der Regel verweisen sie den Versicherer auf die bestehende Rechtslage, meist in Bezugnahme auf das BSV-Kreisschreiben von 2002. Sie können solche Probleme dem BAG melden, welches gemäss KVG die Kompetenz hat, entsprechende Massnahmen einzuleiten.

Viele Versicherer stellen gemäss eigenen Angaben keine Besonderheiten in der Interaktion mit versicherten Sans Papiers fest. Ist eine Sans Papiers Beratungsstelle involviert, scheint dies einer unproblematischen Gestaltung der Interaktion zwischen dem Versicherer und der versicherten Person zudem besonders zuträglich zu sein. Versicherer orten jedoch ein Problem im Umstand, dass sie die Angaben auf einem Versicherungsantrag in der Regel nicht überprüfen können und daher im Zweifelsfall weder Wohn- und Aufenthaltsort noch Beginn und Ende der Versicherungspflicht (Ein- und Ausreise) der zu versichernden Person mit Sicherheit feststellen können. Die Versicherer sehen sich somit mit der Situation konfrontiert, dass sie die Person zwar versichern müssen, dass aber unter Umständen das Inkasso von allfälligen Prämienausständen und unbezahlten Kostenbeteiligungen nicht gewährleistet ist. Dies stellt für die Versicherer ein erhöhtes Inkassorisiko dar, was sie entsprechend als unbefriedigend beurteilen.

Bei der Aufnahme prüfen die Versicherer die Versicherungspflicht. Sie benötigen ferner eine Rechnungsadresse. Auch sind sie daran interessiert, im Falle von Prämienausständen, das Inkasso sicherstellen zu können. Derartige Abklärungen durch die Versicherer erhöhen jedoch das Risiko für die versicherte oder zu versichernde Person, dass ihr illegaler Aufenthalt fremdenpolizeilichen Behörden bekannt wird. Das Weiter ist der Umstand, dass sich Personen ohne Aufenthaltsbewilligung häufig erst versichern oder von der zuständigen kantonalen Stelle einem Versicherer zugewiesen werden, wenn beträchtliche Kosten für medizinische Leistungen anstehen, aus Sicht der Versicherer unattraktiv. Auch zusätzliche Umtriebe und ein schlechter Gesundheitszustand werden durch die Versicherer als Hindernisse für eine Aufnahme wahrgenommen.

1.4 Kategorien von Personen nach dem Asylgesetz und Artikel 92d KVV

Von den Sans Papiers getrennt zu behandeln sind Personen, die nach dem Asylgesetz erfasst sind und Personen für die im Rahmen des neuen vorgeschlagenen Artikels 92 d KVV eine Speziallösung erarbeitet wurde abgewiesene Asylsuchende und Asylsuchende mit einem rechtskräftigen Nichteintretensentscheid (nothilfeberechtigte Personen). Seit dem 1. Januar 2008 gilt der Sozialhilfestopp nicht nur für Personen, auf deren Asylgesuch nicht eingetreten, sondern auch für Personen, deren Asylgesuch abgelehnt worden ist. Diese Personen werden nach Eintritt der Rechtskraft ihrer Wegweisungsverfügung und nach Ablauf ihrer Ausreisefrist vom Sozialhilfesystem des Asylgesetzes ausgeschlossen.

Es hat sich herausgestellt, dass einige dieser Personen trotz Wegweisungsentscheid in der Schweiz bleiben; ihre Zahl lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen. Da oft ungewiss ist, ob sich diese Personen tatsächlich noch in der Schweiz aufhalten und wo sie sich allenfalls befinden, stellt sich die Frage der Weiterführung der Versicherung und der Zahlung der Prämien. Solange Asylsuchende in der Schweiz Wohnsitz haben, unterstehen sie obligatorisch dem KVG. Die Versicherungspflicht endet mit der Ausreise aus der Schweiz. Abgewiesene Asylsuchende und Asylsuchende mit einem

rechtskräftigen Nichteintretensentscheid (nothilfeberechtigte Personen), die die Schweiz nicht verlassen, bleiben somit bis zu ihrer Ausreise aus der Schweiz der obligatorischen Krankenversicherung unterstellt.

1.4.1 Regelung gemäss Artikel 92d KVV

Artikel 92d KVV regelt die Prämien von nothilfeberechtigten Personen nach Artikel 82 des Asylgesetzes vom 26. Juni 1998 (AsylG; SR 142.31). Auf nothilfeberechtigte Personen nach Artikel 82 AsylG sind die Artikel 82a AsylG und 105a KVG sinngemäss anwendbar. Dies bedeutet, dass Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid nach Artikel 82a AsylG versichert und vom Risikoausgleich ausgenommen (Art. 105a KVG) werden, um den Zugang zu den Leistungen zu gewährleisten und einen angemessenen Prämienbetrag beizubehalten. Artikel 82a AsylG ermöglicht den Kantonen, die Wahl des Leistungserbringers einzuschränken und somit mit dem Versicherer eine Versicherungsform zu vereinbaren, die auf diese Personenkategorie abgestimmt ist (Spezialisierung, Sprache usw.). Im Übrigen gelten die Grundsätze des KVG: Die KVG-Leistungen und der Zugang zu diesen sind gewährleistet (Art. 82a Abs. 2 und 4 AsylG in Verbindung mit Art. 41 Abs. 4 KVG). Dies bedeutet insbesondere, dass Personen mit Wegweisungsentscheid uneingeschränkt Anrecht auf die gleichen Leistungen haben wie Asylsuchende im Asylverfahren oder wie alle anderen Versicherten, die eine besondere Versicherungsform (Hausarztmodell, HMO usw.) im Sinne des KVG abgeschlossen haben.

Die Fälligkeit der Prämien einer nothilfeberechtigten Person wird auf Verlangen des Kantons auf den von diesem angegebenen Zeitpunkt sistiert. Dies bedeutet, dass auf den Zeitpunkt, auf den der Kanton dies vom Versicherer verlangt, die Fälligkeit der Prämie bei nothilfeberechtigten Personen sistiert wird; damit wird die Prämie nicht geschuldet. Wird keine Sistierung verlangt, sind die Prämie und die Versicherungsleistung nach den üblichen Modalitäten geschuldet.

Wird dem Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme gestellt und übernimmt der Kanton nicht selbst die Kosten der Leistungen, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, so sind die Prämien, deren Fälligkeit sistiert wurde, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung geschuldet. Sie werden um einen Aufschlag von 25 Prozent erhöht, wobei dieser Aufschlag für höchstens zwölf Monatsprämien zu leisten ist. D.h.: Grundsätzlich wird das Kostenübernahmegesuch für KVG-Leistungen dem Versicherer von der versicherten Person, von einem Kanton (analog wie bei den Asylsuchenden) oder von einem Leistungserbringer eingereicht. In diesem Fall sind die Prämien rückwirkend ab Sistierungsbeginn bis zum Zeitpunkt des Kostenübernahmegesuchs geschuldet, sofern der Kanton die Kosten der Leistungen nicht selbst bezahlt. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass der Versicherer das Risiko eines Gewinnausfalls trägt und dass er leistet, wenn das Risiko eintritt, wird die rückwirkend geschuldete Prämie um 25% erhöht.

Sobald die Prämien und der Aufschlag bezahlt sind, übernimmt der Versicherer die Kosten für sämtliche Leistungen, die während der Sistierungsperiode erbracht wurden. Auf Verlangen des Kantons wird nach Bezahlung der Prämien, der Kostenbeteiligung und des Aufschlags die Fälligkeit von späteren Prämien erneut sistiert. Die versicherte Person kann den Versicherer nicht wechseln, solange die Prämien, die Kostenbeteiligung und der Aufschlag nicht bezahlt sind. Artikel 7 Absatz 4 KVG bleibt vorbehalten.

Ab dem ersten Tag des Monats, in dem eine versicherte Person a. nach Artikel 83 AsylG provisorisch aufgenommen wird, b. nach Artikel 66 f. AsylG als schutzbedürftige Person oder nach Artikel 3 AsylG als Flüchtling anerkannt wird oder c. eine Aufenthaltsbewilligung erhält, wird die Sistierung der Fälligkeit der Prämien ohne rückwirkende Bezahlung der vorherigen Prämien aufgehoben; die Bezahlung der vorherigen Prämien ist jedoch geschuldet, wenn während der Sistierungsperiode Leistungen bezogen wurden. Sind diese Prämien beglichen, so darf die versicherte Person den Versicherer unter den Voraussetzungen von Artikel 7 KVG wechseln.

Die Versicherung endet fünf Jahre nach dem Zeitpunkt der Rechtskraft des Wegweisungsentscheids, sofern diese Personen die Schweiz wahrscheinlich verlassen haben. Erhält ein Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme von einer nothilfeberechtigten Person, deren Asylentscheid vor dem

Inkrafttreten dieser Bestimmung rechtskräftig wurde, sind die Prämien und der Aufschlag gemäss Artikel 92d KVV rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Artikels geschuldet.

1.4.2 Kommentar zu Artikel 92d KVV

Die Regelung nach Artikel 92d KVV stellt auf die Kompetenz des Bundesrates ab, die Sistierung der Prämienzahlung vorzusehen. Sie verhindert insbesondere, dass den Versicherern Prämien für Personen überwiesen werden, die sich wahrscheinlich nicht mehr in der Schweiz aufhalten. Die oben erwähnten Grundsätze des Versicherungsschutzes werden nicht tangiert. Diese Regelung stärkt jedoch die Prinzipien der Versicherungspflicht und des Zugangs zu allen vom KVG vorgesehenen Krankenpflegeleistungen für die nothilfeberechtigten Personen, die sich in der Schweiz aufhalten. Die Versicherer ihrerseits werden von administrativem Aufwand entlastet, vor allem, weil sie keine unnötigen Betreibungen gegen Personen mehr einleiten müssen, die sich wahrscheinlich nicht mehr in der Schweiz aufhalten.

Konkret erfolgt diese Sistierung auf Verlangen des Kantons. In diesem Fall wird die Prämie aktuell nicht geschuldet. Sobald hingegen der Versicherer ein Gesuch um Kostenübernahme für eine Leistung erhält und der Kanton diese Leistung nicht bezahlt, werden die Prämien rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung geschuldet. Nachdem die Prämien, der Aufschlag und die Kostenbeteiligung bezahlt sind, muss der Versicherer seinerseits die Leistungen vergüten, die während der Sistierungsperiode bezogen wurden.

Mit dieser Änderung der KVV kann somit zum einen der besonderen Situation der nothilfeberechtigten Personen Rechnung getragen werden, indem ihre Versicherungsdeckung aufrechterhalten und ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem KVG und nach Artikel 82a Asylgesetz gewährleistet werden. Zum anderen lässt sich damit eine angemessene Finanzierung sicherstellen.

2 Beitrittskontrolle durch die Behörden

Die zuständigen kantonalen Behörden haben die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht in aller Regel an die Gemeinden delegiert. Die wichtigsten Informationen zur Praxis der einzelnen Kantone finden sich in den Kantonsporträts im Anhang des Berichts Vatter. In den meisten dieser Kantone erfolgt dies über die Einwohnerkontrollen der Gemeinden. Personen, die keinen Versicherungsnachweis erbringen und nicht um Befreiung von der Versicherungspflicht ersuchen, werden von der zuständigen kantonalen Behörde (je nach Kanton Amt für Sozialversicherungen, Gesundheitsamt, Sozialversicherungsanstalt) oder Gemeinde gemäss Artikel 6 KVG einem Krankenversicherer zugewiesen.

Auf kantonaler Ebene bestehen keine systematischen Dispositive zur aktiven Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht. Auf kommunaler Ebene gibt es einzelne Behörden, die den Versicherungsstatus von Personengruppen regelmässig überprüfen. Auch werden zum Beispiel in zahlreichen Städten neugeborene Kinder automatisch bei der Krankenversicherung angemeldet. Die behördliche Überprüfung der Einhaltung der Versicherungspflicht bedingt, dass die zu kontrollierenden Personen der zuständigen Behörde bekannt sind. Dies bedeutet im Fall der Sans Papiers, dass die kantonalen und kommunalen Behörden nicht gewährleisten können, dass sämtliche versicherungspflichtigen Personen – unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsstatus – effektiv versichert sind.

Sans Papiers ohne Versicherungsschutz, die von der behördlichen Beitrittskontrolle nicht erfasst werden, werden den zuständigen Behörden in der Regel erst zur Kenntnis gebracht, wenn sie sich in medizinische Behandlung begeben und vom behandelnden Leistungserbringer gemeldet werden, weil dieser feststellt, dass die Deckung der Behandlungskosten nicht gewährleistet ist. Nur eine Minderheit der Kantone hat gemäss eigenen Angaben Erfahrung mit Meldungen nicht versicherter Sans Papiers. Die Meldungen gelangen je nach Fall an die für die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht

zuständige Behörde, die Migrationsbehörde oder an eine Sozialbehörde, häufig in Form von Kostengutsprachege suchen oder Rechnungen medizinischer Leistungserbringer. Einzelne Kantone haben spezielle Prozesse für den Umgang mit nicht versicherten Sans Papiers definiert, die der für die Beitrittskontrolle zuständigen Behörde zur Kenntnis gebracht werden. Im Anschluss an eine Meldung einer nicht versicherten Person klären die Behörden in der Regel den Aufenthaltsstatus und die Versicherungspflicht der betreffenden Person ab. In einzelnen Kantonen werden dabei Anlaufstellen involviert, die allenfalls den Abschluss der Krankenversicherung vornehmen oder die zur Wahrung der Anonymität der Sans Papiers als Empfängerin der Zuweisungsverfügung dienen. Gemäss den Aussagen der Kantone unterschieden sich die Verfahren zwischen den Kantonen insbesondere hinsichtlich der Praxis des Informationsaustauschs und dessen Konsequenzen: So gibt es Kantone, in denen die für die Kontrolle der Versicherungspflicht zuständige Behörde keine anderen Behörden, insbesondere nicht die Migrationsbehörde, kontaktiert, während sie in anderen Kantonen zwar Auskünfte bei den Migrationsbehörden einholen, dies aber keine fremdenpolizeilichen Folgen für die betreffende Person hat.

In einer zweiten Gruppe von Kantonen wird im Rahmen des behördlichen Informationsaustausches überprüft, ob der illegale Aufenthalt einer Person allenfalls in einen rechtmässigen Aufenthaltsstatus überführt werden kann oder ob eine Wegweisung zu erfolgen hat. Dies setzt jedoch voraus, dass der Verbleib der Person bekannt ist, beispielsweise infolge Spitalaufenthalt. Wendet sich ein medizinischer Leistungserbringer direkt an die Migrationsbehörde, dürfte dies für die gemeldete Person in der Regel ein Wegweisungsverfahren nach sich ziehen, sofern sie festgehalten werden kann.

Über die Mehrheit der Kantone können keine Aussagen über den Informationsaustausch in solchen Fällen und mögliche Folgen für den Aufenthalt der Person gemacht werden.

3 Der Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Praxis

3.1 Versorgung innerhalb der Regelstrukturen gemäss OKP

Verfügen Sans Papiers über eine Krankenversicherung, steht ihnen die Versorgung durch die Leistungserbringer gemäss KVG (Ärzte, Spitäler, Apotheken usw.) offen. Die Regelversorgung können sie auch als Selbstzahler ausserhalb der OKP-Finanzierung in Anspruch nehmen. Die Befürchtung vieler Sans Papiers, dass ihr illegaler Aufenthalt entdeckt und den Behörden gemeldet wird, wenn sie sich in medizinische Behandlung begeben, stellt für sie jedoch eine indirekte Zugangshürde zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der Regelstrukturen dar. Das Ausmass der Inanspruchnahme von Regelversorgung (OKP oder Selbstzahler) durch Personen ohne Aufenthaltsbewilligung ist kaum bezifferbar, weil die betreffenden Personen von den Leistungserbringern vermutlich nicht als Sans Papiers identifiziert bzw. erfasst werden und die gängigen Versorgungsstatistiken somit keine Informationen dazu liefern. Damit können kaum Aussagen über die Bedeutung der Regelstrukturen für die Gesundheitsversorgung von Sans Papiers gemacht werden.

3.2 Spezifische Versorgungseinrichtungen

Um angesichts der bestehenden Zugangshürden zu den Regelstrukturen auf die Versorgungsbedürfnisse von Sans Papiers eingehen zu können, haben sich im Laufe der Zeit verschiedene spezifische Versorgungseinrichtungen gebildet, die explizit an Sans Papiers (aber auch Obdachlose usw.) gerichtete Dienstleistungen erbringen und die Regelstrukturen gezielt ergänzen. Die spezifische Versorgung erfolgt in der Regel ausserhalb des OKP-Systems und weist andere Finanzierungsmechanismen bzw. Tarifsysteme auf. In den meisten dieser Einrichtungen erfolgt die Versorgung auf anonymer Basis, weshalb der Aufenthaltsstatus der betreuten Person nicht immer bekannt ist (soziales bzw. humanitäres Engagement, teilweise von der öffentlichen Hand unterstützt).

Die Versorgungssituation solcher spezifischer Einrichtungen ist aber besser dokumentiert als die Situation in der Regelversorgung. Viele Sans Papiers wenden sich auch bei bestehender Versicherung und entsprechendem Zugang zur Regelversorgung bei gesundheitlichen Problemen zunächst an eine spezifische Versorgungseinrichtung. Es gibt drei Typen solcher spezifischer Einrichtungen:

1. Einzelne öffentliche Spitäler haben spezifische Einheiten geschaffen. Solche Einheiten sind z.T. auch vom Kanton mit der Ausrichtung der medizinischen Versorgung im Rahmen des Asylwesens betraut.
2. Von NPOs betriebene Versorgungseinrichtungen oder Anlaufstellen übernehmen selber gewisse Versorgungsleistungen und/oder arbeiten dafür mit einem Netzwerk assoziierter Leistungserbringer oder den bestehenden Regelstrukturen zusammen.
3. Öffentlich (mit)finanzierte Anlauf-/ Beratungsstellen mit (risiko-)spezifischen Zielgruppen (z.B. Suchthilfe) werden teilweise auch von Sans Papiers frequentiert.

3.3. Kostenübernahme von Behandlungen nicht versicherter Sans Papiers

Weil sich das Fehlen einer Krankenversicherung einer Person in der Regel (zumindest in Notfällen) erst nach erfolgter Behandlung herausstellt, besteht für die Leistungserbringer das Risiko, die entstandenen Behandlungskosten nicht zurückerstattet zu erhalten. Über die Anzahl Fälle behandelter Sans Papiers ohne Versicherungsdeckung oder über die Höhe der dadurch verursachten Kosten liegen keine gesamtschweizerischen Informationen vor.

Die Frage, wer die Kosten für die Behandlung nicht versicherter Sans Papiers übernimmt, lässt sich nicht allgemeingültig beantworten, sondern jeweils nur für den konkreten Einzelfall. Die Antwort hängt einerseits davon ab, ob die behandelte Person im Rahmen eines Asylverfahrens einem fürsorgepflichtigen Gemeinwesen (Kanton oder Gemeinde) zugewiesen wurde, oder ob es sich um eine anderweitige Person ohne Aufenthaltsbewilligung handelt, andererseits, ob die behandelnde Versorgungseinrichtung öffentlich subventioniert oder privat bzw. über die OKP finanziert ist: Öffentlich subventionierte Einrichtungen haben andere Möglichkeiten, uneinbringliche Debitoren zu verrechnen, als privat finanzierte. Grundsätzlich bestehen verschiedene Möglichkeiten, wie Leistungserbringer die Kosten für die Behandlung nicht versicherter Personen decken können:

1. Übernahme der Kosten durch den Kanton oder die Gemeinde (z.B. Sozialhilfe oder die Nothilfe);
2. Übernahme der Kosten oder Organisation der Kostengutsprache durch den Leistungserbringer. Teilweise existieren für solche Fälle spezielle Fonds, wie z.B. Sozialdienst eines Spitals, kantonales Budget für uneinbringliche Debitoren;
3. Übernahme der Kosten durch die Betroffenen selbst;
4. Rückwirkender Beitritt der behandelten Person bei einer Krankenversicherung gemäss Artikel 5 Absatz 2 KVG und Artikel 8 KVV (Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt).

Gemäss den vorliegenden Informationen übernehmen zwei Kantone grundsätzlich keine Behandlungskosten für nicht versicherte zahlungsunfähige Sans Papiers. Zahlreiche Kantone übernehmen hingegen die uneinbringlichen Kosten medizinischer Leistungserbringer, die nicht versicherte, nicht zahlungskräftige Sans Papiers behandelt haben, in mehreren Kantonen kann dies allerdings für die behandelte Person allenfalls ausländerrechtliche Folgen haben; aufgrund der erhobenen Informationen lassen sich folgende Praktiken unterscheiden:

1. Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen, die Personen betreffen, die nicht versichert und zahlungsunfähig sind, mit Verweis auf das ZUG (SR 851.1);
2. Der Kanton übernimmt nur uneinbringliche Kosten für unerlässliche medizinische Leistungen (z.B. Unfall, chronische Krankheiten);
3. Der Kanton übernimmt die Behandlungskosten nur bei gravierenden medizinischen Fällen, sofern das betreffende Spital einen Rückerstattungsplan für einen Teil der Kosten erbringen kann;
4. Der Kanton übernimmt uneinbringliche Kosten von Spitälern, die diese als Debitorenverluste verbucht haben;

5. Die zuständige Aufenthalts- oder Wohnsitzgemeinde im entsprechenden Kanton übernimmt entstandene Behandlungskosten bei diesen Personen subsidiär.

4 Beurteilung der Situation

4.1. Versicherungsschutz für Sans Papiers

Das Versicherungsobligatorium, welches den Versicherungsschutz gemäss KVG gewährleisten soll, beruht auf drei Pflichten:

4.1.1. Individuelle Versicherungspflicht der Sans Papiers:

Soll: Sans Papiers (inkl. Ausreisepflichtige Personen) sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen, sofern sie gemäss Artikel 24-25 ZGB zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben.

Ist: Gemäss den vorliegenden Informationen ist nur ein geringer – aufgrund fehlender Daten nicht näher bezifferbarer – Anteil der in der Schweiz lebenden Sans Papiers krankenversichert. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass gesamthaft betrachtet Sans Papiers bedeutend schlechter vom Versicherungsschutz durch das KVG erfasst sind als Personen mit legalem Aufenthalt in der Schweiz. Sie vermeiden nach Möglichkeit den direkten oder indirekten Kontakt zu Behörden und damit oft auch den Versicherungsabschluss.

4.1.2. Aufnahmepflicht der Versicherer

Soll: Krankenversicherer sind verpflichtet, versicherungspflichtige Sans Papiers zu versichern, wenn diese einen entsprechenden Antrag stellen. Sie dürfen das Versicherungsverhältnis erst beenden, wenn die Bedingungen gemäss Artikel 7 KVV gegeben sind.

Ist: Gemäss den vorliegenden Informationen werden Sans Papiers in der Regel versichert, wenn sie einen entsprechenden Antrag stellen. Es liegen allerdings Hinweise vor, dass einzelne Versicherer im Einzelfall der Aufnahmepflicht nicht immer nachkommen. Konkrete und überprüfbare Beschwerden sind aber der Aufsichtsbehörde bislang nicht zugetragen worden.

4.1.3. Kontrollpflicht der Kantone

Soll: Die Kantone sind für die Kontrolle und Durchsetzung des Versicherungsobligatoriums zuständig. Sie haben Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zuzuweisen (Art. 6 KVG).

Ist: Den für die Beitrittskontrolle zuständigen Behörden ist es faktisch unmöglich, die Einhaltung der Versicherungspflicht von Sans Papiers zu kontrollieren, wenn die betreffenden Personen der Behörde (meistens der kommunalen Einwohnerkontrolle) nicht bekannt sind. Die Kantone können daher aus systeminhärenten Gründen ihrer Kontrollpflicht nicht lückenlos nachkommen.

4.2. Gründe für die Umsetzungsschwierigkeiten

4.2.1 Diskrepanz zwischen Aufnahmepflicht und Aufnahmepraxis der Krankenversicherer

Dass Sans Papiers ihrer Versicherungspflicht grösstenteils nicht nachkommen, hängt in bedeutsamer Masse mit ihren aufenthaltsrechtlichen und materiellen Lebensbedingungen zusammen (fehlende finanzielle Mittel, fehlende Kenntnisse über das System; ausländerrechtliche Folgen). Hinzu kommt, dass bei allfälliger Zahlungsunfähigkeit aufgrund des Versicherungsobligatoriums kein Systemaustritt möglich ist und ein besonderes Entdeckungsrisiko besteht, weil Versicherer in einem solchen Fall

Inkassobemühungen unternehmen oder eine Betreuung einleiten. Die Möglichkeit, auf Antrag bei der Prämienverbilligung berücksichtigt zu werden, besteht nicht in allen Kantonen explizit und ist den Sans Papiers oft nicht bekannt.

4.2.2. Die lückenhafte Umsetzung der Kontrollpflicht der Kantone

Diese begründet sich zum einen mit systeminhärenten Hindernissen: Die Einhaltung der Versicherungspflicht kann nur bei Personen kontrolliert werden, die der damit betrauten Behörde bekannt sind. Weil dies bei Sans Papiers in der Regel nicht der Fall ist, werden sie von den bestehenden Kontrolldispositiven entsprechend nicht erfasst. Zum andern hat die in allen Kantonen bestehende institutionelle Trennung zwischen der Zuständigkeit für die Beitrittskontrolle (Umsetzung von Art. 6 KVG) und der asyl- bzw. ausländerrechtlichen Zuständigkeit für ausreisepflichtige Personen (Nothilfe, Wegweisung, Krankenversicherung usw.) zur Folge, dass in aller Regel zwischen diesen kantonalen Behörden kein Informationsaustausch über den Versichertenstatus erfolgt (es sind i.d.R. keine solchen Informationsflüsse vorgesehen).

4.2.3. Fazit zu den kantonalen Praktiken bezüglich Krankenversicherung

Die Krankenversicherung von Sans Papiers ist in den allermeisten Kantonen nicht speziell geregelt. Die Sicherstellung der Versicherungspflicht erfolgt in den meisten Kantonen über eine passive Überprüfung des Versicherungsstatus bei Personen, die neu in eine Gemeinde ziehen und sich bei der kommunalen Einwohnerkontrolle anmelden. Von Personen ohne Versicherungsdeckung erfahren die für die Beitrittskontrolle zuständigen kantonalen Behörden oft erst, wenn sie von einem med. Leistungserbringer kontaktiert werden, der die betreffende Person behandelt hat und festgestellt hat, dass die verursachten Kosten nicht gedeckt sind. In gewissen Kantonen erfolgt eine Zuweisung an einen Krankenversicherer ohne weitere Massnahmen; in anderen wird die Migrationsbehörde informiert, und diese Meldung kann eine Wegweisung zur Folge haben. In einzelnen Kantonen (z.B. Freiburg und Waadt) finden sich Regelungen, die explizit und systematisch die Sicherstellung der Versicherungsdeckung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers zum Inhalt haben. In diversen weiteren Kantonen bestehen weniger klar fassbare (informelle, unverbindlich, personenabhängig) Arrangements, um im Einzelfall und auf Anfrage Sans Papiers beim Zugang zur Krankenversicherung (und Prämienverbilligung) zu unterstützen.

Die kantonalen Praktiken stehen oft in einem Spannungsfeld zwischen Ausländerrecht und Versicherungspflicht, welche je nach politischen Gegebenheiten und Häufigkeit der Problematik verschieden angegangen werden. Sans Papiers wollen zudem oft aus ausländerrechtlichen Gründen jeglichen Kontakt mit den Behörden vermeiden. Diese Konstellation stellt den hauptsächlichen Grund dar, weshalb die Versicherungspflicht nach KVG vermutlich beim einem grossen Teil der Sans Papiers nicht durchgesetzt werden kann.

4.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung

Das Versicherungsobligatorium im KVG sieht vor, dass alle versicherungspflichtigen Personen unabhängig ihres Aufenthaltsstatus uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung im Rahmen des OKP-Grundleistungskatalogs haben. Damit soll das Prinzip des chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung verwirklicht werden. So sieht auch Artikel 41 Bst. b Bundesverfassung vor, dass Bund und Kantone sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür einsetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Zudem ist auch zu beachten, dass Sans Papiers, die nicht versichert sind, sehr hohe soziale Kosten verursachen können. Diese Kosten müssten ohne Versicherung primär die Leistungserbringer und anschliessend oft letztlich die öffentliche Hand in Form unbezahlter Rechnungen tragen. Bei Verschleppung der Krankheiten würden die Kosten im Übrigen höher ausfallen und es würden allenfalls zudem auch Krankheiten in die Schweiz importiert und hier verbreitet. Hingegen unterstehen Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz aufhalten (sog. „Medizintouristen“) der Versicherungspflicht nicht, d.h. sie haben keinen Anspruch auf einen Versicherungsabschluss.

4.3.1. Zugang zu Leistungserbringern und Leistungen

Soll: Sans Papiers haben Wohnsitz in der Schweiz. Deshalb haben sie auch Zugang zu Leistungserbringern und Leistungen wie Personen mit legalem Aufenthalt

Ist: Sind Sans Papiers versichert, haben sie den gleichen Zugang zu denselben Leistungserbringern und Leistungen wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt. Ein Grossteil der Sans Papiers verfügt jedoch über keine Krankenversicherung und hat allenfalls als Selbstzahler Zugang zur Regelversorgung. Einige Kantone (z.B. Freiburg und Waadt) versuchen durch ergänzende rechtliche Grundlagen bzw. politische Vorkehrungen die Versorgung von Sans Papiers unabhängig ihres Versicherungsstatus sicherzustellen. In den Kantonen Genf und Waadt verfügen öffentliche Spitäler über spezifische Einheiten, zu denen auch nicht versicherte Personen Zugang haben. Zusätzlich bestehen in einzelnen Kantonen durch NPOs geführte spezifische Anlaufstellen, die Behandlungen zu Spezialtarifen oder über andere Finanzierungsmodelle anbieten.

4.3.2. Fazit zum Zugang zur Gesundheitsversorgung

Der Grundsatz des gleichen Leistungszugangs für alle versicherungspflichtigen Personen unbesehen ihres rechtlichen Status ist in verschiedener Hinsicht nicht gewährleistet. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten der Regelversorgung ist zunächst eine bestehende Krankenversicherung oder ausreichende finanzielle Mittel als Selbstzahler. Die kantonalen Praktiken unterscheiden sich hinsichtlich der betroffenen Personengruppen, des Zugangs zu verschiedenen Leistungserbringern (Grund- und Spezialversorgung) und hinsichtlich des Umfangs der gewährten Leistungen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht sind bestehende und durch Sans Papiers als solche wahrgenommene Zugangshürden sowie restriktive Praktiken der Zugangssteuerung zur Gesundheitsversorgung zu hinterfragen. Indem Arztbesuche aufgeschoben werden, bis ein solcher aufgrund gravierender gesundheitlicher Beschwerden unumgänglich ist, sind häufiger aufwändige Behandlungen notwendig. Gleichzeitig ist ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die hohen Prävalenzraten psychischer Störungen insb. posttraumatischer Belastungsstörungen und der Zunahme von Suchtverhalten problematisch.

In der Folge sind die Kosten oft höher, als wenn eine Behandlung rasch erfolgen würde. Auch können sich dadurch Krankheiten verbreiten.

4.4 Kostenübernahme

Die Praktiken zur Übernahme von Kosten medizinischer Leistungen, die nicht versicherte, nicht zahlungsfähige Sans Papiers betreffen, unterscheiden sich beträchtlich zwischen den Kantonen. Die grossen Unterschiede bergen für nicht versicherte oder nicht zahlungsfähige Sans Papiers unterschiedliche Risiken, dass durch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der illegale Aufenthalt der zuständigen Behörde zur Kenntnis gebracht wird.

Wie schon erwähnt ist aber auch nochmals darauf hinzuweisen, dass Sans Papiers, die nicht versichert sind, sehr hohe soziale Kosten verursachen können und dass diese Kosten ohne Versicherung primär die Leistungserbringer und anschliessend oft letztlich die öffentliche Hand in Form unbezahlter Rechnungen tragen müssten.

5. Analyse: Umsetzungsprobleme aufgrund von Systemdysfunktionalitäten und Interessendivergenzen

Hinsichtlich der Konzeption des Versicherungsobligatoriums sind keine Regelungslücken auszumachen. In der Praxis ist die Umsetzung bzw. Einhaltung der drei Elemente des Versicherungsobligatoriums nicht per se gewährleistet. Der Verwirklichung des Soll-Zustands gemäss KVG stehen einerseits verschiedene praktische, teilweise systembedingte Hindernisse entgegen, die sich aus der Illegalität des Aufenthalts von Sans Papiers ergeben. Wie schon erwähnt ist als wichtigster Faktor das Bestreben der Sans Papiers auszumachen, aus ausländerrechtlichen Gründen jeglichen direkten oder indirekten Kontakt mit den Behörden zu vermeiden. Die kantonalen und kommunalen Praktiken ihrerseits stehen oft im Spannungsfeld zwischen Ausländerrecht und Versicherungspflicht, welche je nach politischen Gegebenheiten und Häufigkeit der Problematik teilweise mit informellen Lösungsansätzen überbrückt werden. Diese dürften jedoch nicht hinreichend Gewähr bieten, dass die Versicherungspflicht durchgesetzt werden kann.

5.1. Diskrepanz zwischen gesetzlichem Anspruch und gesellschaftlicher Realität

Die Illegalität des Aufenthalts von Sans Papiers bringt verschiedene Hemmnisse mit sich, die die Umsetzung des Versicherungsobligatoriums erschweren. So kann die behördliche Beitrittskontrolle gemäss Artikel 6 KVG nicht greifen, wenn die zu kontrollierenden Personen den Behörden nicht bekannt sind, was auf die meisten Sans Papiers zutreffen dürfte.

Den Sans Papiers fehlen oft die finanziellen Mittel, um ihre Versicherungspflicht wahrzunehmen. Sie können somit den gesetzlichen Anforderungen nicht nachkommen, selbst wenn sie dies wollten. Auch das gesetzlich vorgesehene Instrument der Prämienverbilligung vermag in der Praxis diese Zugangshürde kaum zu senken. Auch eine Abweisung eines Versicherungsantrags können sie selber nicht auf dem Rechtsweg geltend machen. Das damit verbundene Entdeckungsrisiko, fehlende finanzielle Mittel, mangelnde Information über ihre Rechte und fehlende Kenntnis von Unterstützungsangeboten sind in diesem Zusammenhang wichtige Aspekte.

5.2. Konflikte zwischen staatlichen Zielen und individuellen Interessen der Sans Papiers

Ein erschwerender Umstand für die Verwirklichung des Soll-Zustands ist, dass mehrdimensionale Interessendivergenzen vorliegen. Zum einen sind die gesundheitspolitischen und migrationspolitischen Interessen des Staates nicht deckungsgleich, zum andern bestehen gewisse Widersprüche zwischen staatlichen und individuellen Interessen (Versicherungspflicht und Gesundheitsversorgung des KVG gegen asyl- bzw. ausländerrechtliche Zielsetzungen).

Auch zwischen staatlichen und individuellen Interessen bestehen Widersprüche: Die Sans Papiers wollen grundsätzlich möglichst unerkannt bleiben und nicht mit den Regelstrukturen in Kontakt kommen. Würde die im KVG verankerte Versicherungspflicht streng durchgesetzt, wäre das für die Sans Papiers zwar in Bezug auf ihre gesundheitliche Situation von Vorteil, dafür aber in anderer Hinsicht kontraproduktiv (Erhöhung der finanziellen Belastung mit Betreibungsrisiko; Erhöhung des Risikos entdeckt zu werden). Es besteht somit für sie tendenziell kein Anreiz, mit Behörden und Versicherern in Kontakt zu kommen.

6. Ziele und Massnahmen des Bundesrates

Der Bundesrat hat vom Schlussbericht „Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers“ des Büros Vatter AG Kenntnis genommen. Dieser Bericht stellt sowohl die rechtliche Ausgangslage als auch den Ist- und Sollzustand in der Praxis umfassend dar.

Der Schlussbericht formuliert einige Ziele und Massnahmen. Der Bundesrat unterstützt die Ziele des Schlussberichts, namentlich:

1. **der Grad der Versicherungsdeckung von Sans Papiers soll erhöht werden;**
2. **Sans Papiers und andere Versicherte sollen durch die Krankenversicherer gleichbehandelt werden;**
3. **die Einhaltung der Versicherungspflicht soll durch die Kantone sichergestellt werden;**
4. **die in der Praxis bestehenden Zugangshürden zur OKP-Grundversicherung sollen abgebaut werden.**

Um die Ziele 1 bis 4 zu erreichen, bekräftigt der Bundesrat den Grundsatz des Versicherungsobligatoriums für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, d.h. auch für Sans Papiers.

Im Bericht des Bundesrates vom 22.10.2010 in Erfüllung des Postulats Lustenberger (07.3682; „Erleichterter Datenaustausch zwischen Bundes- und Kantonsbehörden“) hat der Bundesrat das EJPD in Zusammenarbeit mit dem EDI und dem EVD beauftragt, zu prüfen, ob Asyl- und Ausländerbehörden darüber informiert werden müssen, wenn bestimmte Personen Sozialversicherungsbeiträge entrichten oder Sozialversicherungsleistungen beziehen, ohne über eine gültige Aufenthaltsbewilligung zu verfügen. Die vorliegende Schlussfolgerung im Zusammenhang mit der Krankenversicherung tangiert diese laufende Prüfung nicht.

6.1. Festhalten am Versicherungsobligatorium für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz

Der Grundsatz des an den zivilrechtlichen Wohnsitz geknüpften Versicherungsobligatoriums bildet das Kerninstrument zur Sicherstellung des Zugangs zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung für Sans Papiers.

Es wurde auch schon verschiedentlich angeregt, das Versicherungsobligatorium für Sans Papiers zu lockern bzw. aufzuheben und deren Gesundheitsversorgung anderweitig sicherzustellen. Würde hingegen der Versicherungsschutz für Sans Papiers wegfallen, würde dies eine Bevölkerungsgruppe treffen, die aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität in besonderem Masse auf diesen Schutz angewiesen ist. Zudem ist davon auszugehen, dass die sozialen Kosten höher ausfallen, wenn die Sans Papiers nicht versichert sind als wenn sie versichert sind. Zudem werden viele Krankheiten von nicht versicherten Sans Papiers zu spät erkannt und breiten sich dadurch vermehrt aus.

Die Frage, wer für die Kosten medizinischer Behandlungen aufkommt, wenn die betreffende Person diese nicht selbst bestreiten kann, bliebe ohne Versicherungsobligatorium ungeklärt. Der Bundesrat hat denn auch in diversen Stellungnahmen seine Position bekräftigt, dass am bestehenden System der allgemeinen Versicherungspflicht gemäss KVG festgehalten und keine Sonderregelungen im Bezug auf die Versicherungspflicht für Sans Papiers geschaffen werden sollen (Antworten auf Interpellation Parmelin 07.3090, Motion Kuprecht 10.3203, Dringliche Anfrage Goll 10.1053).

6.2. Schlussfolgerung

Der Bundesrat erachtet die gesetzliche Ausgangslage gemäss dem Krankenversicherungsgesetz als klar und grundsätzlich ausreichend. Eine Revision des KVG ist deshalb nicht erforderlich.

Beilage: Schlussbericht „Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers“ des Büros Vatter AG