

Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers

Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484)

Schlussbericht

Christian Rüefli

Eveline Huegli

Mitarbeit:

Maud Krafft (MaudKrafft Consulting), Lausanne

Bern, 23. März 2011

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Auftrag und Fragestellungen.....	6
1.1.1 Hintergrund des Auftrags.....	6
1.1.2 Detailfragen.....	8
1.2 Empirisches Vorgehen.....	10
1.2.1 Vorarbeiten, Auftragsklärung.....	10
1.2.2 Situationsanalyse.....	10
1.2.3 Suche nach Optimierungsmöglichkeiten.....	12
1.3 Aufbau des Berichts.....	13
2 Die rechtlichen und normativen Grundlagen.....	14
2.1 Sans Papiers.....	14
2.2 Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers.....	15
2.2.1 Obligatorische Krankenversicherung (OKP).....	15
2.2.2 Spezifische Bestimmungen zur Krankenversicherung im Asylbereich.....	17
2.2.3 Gesetzlich definierter Soll-Zustand bezüglich der Krankenversicherung von Sans Papiers.....	18
2.2.4 Exkurs: Auswirkungen des Sozialhilfestopps auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von ausreisepflichtigen Personen.....	19
2.2.5 Weitere gesetzliche Grundlagen auf Bundesebene.....	22
3 Der Zugang zur Krankenversicherung in der Praxis.....	24
3.1 Versicherungsstatus von Sans Papiers.....	24
3.1.1 Individuelle Versicherung von Sans Papiers.....	24
3.1.2 Kantonale Praxis der Versicherung von ausreisepflichtigen Personen mit NEE oder negativem Asylentscheid.....	26
3.1.3 Zugang von Sans Papiers zu Prämienverbilligung.....	30
3.2 Aufnahmepraxis der Krankenversicherer.....	31
3.3 Beitrittskontrolle durch die Behörden.....	34
4 Der Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Praxis.....	39
4.1 Die Gesundheitsversorgung für Sans Papiers.....	39
4.1.1 Versorgung innerhalb der Regelstrukturen gemäss OKP.....	39

4.1.2	Spezifische Versorgungseinrichtungen.....	40
4.1.3	Anlauf- und Beratungsstellen für Sans Papiers	45
4.2	Gesundheitsversorgung für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich	46
4.3	Kostenübernahme von Behandlungen nicht versicherter Sans Papiers	49
4.3.1	Kostenübernahme allgemein	49
4.3.2	Kostenübernahme bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	51
5	Beurteilung der Situation	53
5.1	Versicherungsschutz für Sans Papiers	53
5.2	Fazit zu den kantonalen Praktiken bezüglich Krankenversicherung	56
5.3	Zugang zur Gesundheitsversorgung	57
5.4	Kostenübernahme.....	58
5.5	Fazit und Diskussion	59
5.5.1	Grundsätzliche Feststellungen.....	59
5.5.2	Diskussion ambivalenter Aspekte.....	59
5.5.3	Analyse: Umsetzungsprobleme aufgrund von Systemdysfunktionalitäten und Interessendivergenzen.....	61
6	Möglichkeiten zur Optimierung der Situation	64
6.1	Handlungsbedarf und grundsätzliche Zielsetzungen.....	64
6.2	Lockerung des Versicherungsobligatoriums?	65
6.3	Anpassungen innerhalb des bestehenden Systems	67
6.3.1	Ziel 1: Erhöhung des Grads der Versicherungsdeckung von Sans Papiers.....	67
6.3.2	Ziel 2: Gleichbehandlung von Sans Papiers und anderen Versicherten durch Krankenversicherer	69
6.3.3	Ziel 3: Sicherstellung der Einhaltung der Versicherungspflicht durch Kantone....	70
6.3.4	Ziel 4: Abbau von Zugangshürden zur OKP-Grundversorgung.....	71
6.4	Empfehlungen für das weitere Vorgehen	72
6.4.1	Aktuelle Entwicklungen.....	72
6.4.2	Weiteres Vorgehen	73
	Literatur.....	75
	Anhang:.....	77
	Überblick über wissenschaftliche Literatur zum Thema.....	77
	Befragte Personen	81

Vorgespräche	81
Kantonale Behörden.....	81
Übersicht über die Kantone.....	84
Fragekatalog zur Praxis von Krankenversicherern im Umgang mit Personen ohne Aufenthaltsbewilligung	141

Abkürzungsverzeichnis

ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1)
AsylG	Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (SR 142.31)
AsylV 2	Asylverordnung 2 über Finanzierungsfragen (Asylverordnung 2, AsylV 2) vom 11. August 1999 (SR 142.312)
AuG	Bundesgesetz vom 16. Dezember 2005 über die Ausländerinnen und Ausländer (Ausländergesetz) (SR 142.20)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFM	Bundesamt für Migration
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EVZ	Empfangs- und Verfahrenszentrum
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
HMO	Health Maintenance Organization
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
NEE	Nichteintretensentscheid (Asylentscheid)
negE	Negativer Entscheid (Asylentscheid)
NEM	Décision de non-entrée en matière (décision d'asile)
NPO	Non-Profit-Organisation
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAD	Requérant d'asile débouté
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch (SR 311.0)
ZAR	Zentrales Ausländerregister
ZEMIS	Zentrales Migrationsinformationssystem
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch (SR 210)
ZUG	Bundesgesetz vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (Zuständigkeitsgesetz; SR 851.1)

1 Einleitung

1.1 Auftrag und Fragestellungen

Das Büro Vatter wurde vom BAG beauftragt, einen Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484 – Sans Papiers. Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung) zu verfassen:

Postulat Heim (09.3484):

Der Bundesrat wird 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.

(...)

Das Postulat wirft die folgenden Fragestellungen auf:

1. Kantonale Praktiken: Wie und wie verbindlich ist in den Kantonen die Versicherung von Sans Papiers geregelt? Werden diese Regelungen einheitlich, rechtlich und gesundheitspolitisch korrekt, d.h. rechtsgenügend vor den Grundsätzen der Bundesverfassung und den Zielen und Vorgaben des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gehandhabt?
2. Kostenübernahme: Wer übernimmt im konkreten Fall die anfallenden Kosten für die Versorgung von nicht versicherten, nicht zahlungsfähigen Sans Papiers?
3. Lösungsoptionen: Mit welchen Regelungen und in welcher Zeit soll die Problematik aus heutiger Sicht angegangen oder gelöst werden?

Fragen 1 und 2 zielen auf eine Bestandsaufnahme und Situationsanalyse in Bezug auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers ab und bedingen die Erhebung entsprechender Informationen, Frage 3 befasst sich mit möglichen Lösungsansätzen zur Verbesserung der Situation innerhalb des gegebenen rechtlichen Rahmens.

1.1.1 Hintergrund des Auftrags

Hintergrund des Vorstosses bildet der Umstand, dass auch Sans Papiers dem in der Schweiz bestehenden Krankenversicherungspflicht unterstehen und den damit verbundenen Zugang

zu Gesundheitsversorgung beanspruchen können (vgl. hierzu Kapitel 2), dass jedoch gemäss verschiedenen Erhebungen und Erfahrungsberichten (vgl. Gossweiler 2008; Wyssmüller/Efionayi 2011: 22) offenbar ein grosser Teil von ihnen über keine Krankenversicherung verfügt. Dies gilt zumindest für diejenigen Sans Papiers, die spezifische Versorgungseinrichtungen ausserhalb der Regelstrukturen (vgl. dazu Abschnitt 4.1.2) aufsuchen. Im Krankheitsfall kann eine fehlende Versicherungsdeckung diverse Probleme mit sich bringen. Zum einen haben die betroffenen Personen eingeschränkten Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung, was je nach Situation zu dauerhaften Gesundheitsschäden führen kann, z.B. weil ernsthafte Erkrankungen zu spät erkannt oder nicht adäquat behandelt werden. Da Sans Papiers aufgrund der Umstände ihres illegalen Aufenthalts ohnehin als gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe gelten, ist dies nicht nur aus der Optik der betroffenen Individuen, sondern auch in Bezug auf den Gesundheitsschutz der Gesamtbevölkerung – nicht zuletzt in Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten wie z.B. Tuberkulose – von gesundheitspolitischer Bedeutung. Zum anderen stellen sich wie im Postulat angetönt Fragen der Kostenübernahme, wenn medizinische Leistungserbringer aufgrund der bestehenden Aufnahme- und Behandlungspflicht nicht versicherte und zahlungsunfähige Personen behandeln und Leistungen erbringen, deren Finanzierung nicht sichergestellt ist. Neben diesen konkreten Problemen verweist diese Situation auch auf mögliche Vollzugsdefizite oder Systemdysfunktionalitäten bei der Umsetzung der KVG-Regelungen zum Versicherungsobligatorium. Nicht zuletzt stellen sich auch Fragen in Zusammenhang mit den verfassungsmässigen Grund- und Sozialrechten und dem gesundheitspolitischen Prinzip der Chancengleichheit, welche auch für Sans Papiers gelten.

Ausser dem bereits erwähnten Postulat Heim (09.3484) wurden im Parlament zwei weitere Vorstösse zu diesem Themenkomplex eingereicht (Interpellation Heim (09.4122): Menschenwürde für Papierlose und Dringliche Anfrage Goll (10.1053): Wird das Krankenversicherungsobligatorium ausgehöhlt?), welche den Bundesrat dazu auffordern, die Situation zu untersuchen und die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers sicherzustellen. Demgegenüber macht die vom Parlament abgelehnte Motion Kuprecht (10.3203; Aufhebung der KVG-Grundversicherungspflicht für Sans-Papiers) diverse Probleme der aktuellen Regelung geltend und fordert die Aufhebung der Versicherungspflicht für diese Personengruppe. Ihr Recht auf medizinische Versorgung werde dadurch nicht verletzt, weil Art. 12 BV die Hilfe in Notlagen weiterhin garantiere.

Die Frage der Gesundheitsversorgung von Sans Papiers steht in einem Spannungsfeld zwischen den krankenversicherungsrechtlichen und den aufenthaltsrechtlichen Bundesregelungen und den jeweils damit verbundenen Bestimmungen zur Meldepflicht einerseits, zum Datenschutz andererseits (vgl. hierzu auch Efionayi/Achermann 2003: 42f.). Die Angst vor der Entdeckung des illegalen Aufenthalts¹ gilt – neben finanziellen Fragen – als ein Hauptgrund für die oftmals fehlende Krankenversicherung von Sans Papiers (vgl. Efionayi/Achermann 2003: 32; 34; 87; 94; Gosswei-

¹ Wer sich ohne Bewilligung in der Schweiz aufhält, die Einreisevoraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt, oder wem eine Bewilligung verweigert oder nach bewilligtem Aufenthalt widerrufen oder nicht verlängert wird, kann von den kantonalen Behörden gewiesen werden (Art. 64 AuG).

ler 2008) bzw. als Zugangshürde zu den Regelstrukturen des Gesundheitswesens. Deshalb rücken in Zusammenhang mit dem Zugang zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung für diese Personen neben gesundheitspolitischen Aspekten auch Fragen des Datenschutzes und des Informationsaustauschs zwischen den verschiedenen involvierten gesellschaftlichen und staatlichen Einrichtungen ins Blickfeld des Interesses (vgl. dazu auch Davet 2008).²

1.1.2 Detailfragen

Aufgrund der vorgenommenen Vorarbeiten im Rahmen der Auftragskonkretisierung (vgl. Abschnitt 1.2.1) resultierten die folgenden, im Rahmen der empirischen Erhebungen zu thematisierenden Teilaspekte und Detailfragen zum Zugang zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers:

a) Kantonale Behörden (Gesundheits-, Sozial- und Migrationsbehörden)³:

Sicherstellung der Versicherungsdeckung

- Wie setzen die Kantone Art. 6 KVG (Kontrolle der Versicherungspflicht) um? Welche Schwierigkeiten treffen sie dabei an? Was unternehmen die Gesundheitsbehörden bei allfälligen Versicherungslücken? Werden Versicherer, die Anträge von Sans Papiers ablehnen, dem BAG gemeldet und sanktioniert? Ist die kantonale Praxis konform mit den gesetzlichen Grundlagen?
- Asylbereich: Wie wird die Versicherung von Personen mit NEE/negE gehandhabt? Wie lange gilt die Versicherungsdeckung bei diesen Personen und im Rahmen der Nothilfe? Ist die Praxis konform mit den gesetzlichen Grundlagen?

Ausrichtung von Prämienverbilligung

- Welche Angaben sind erforderlich, um Prämienverbilligung zu erhalten? (abh. vom kantonalen System)
- Erhalten Sans Papiers Prämienverbilligung? Welche Typen von Sans Papiers? Unter welchen Voraussetzungen? Falls nein: Weshalb nicht?

Sicherstellung der Gesundheitsversorgung

- Wie stellen die zuständigen Behörden die medizinische Versorgung von Sans Papiers (inkl. Personen aus dem Asylbereich mit NEE/negE) sicher? Welche Vorkehren werden getroffen? Welche Angebote bestehen? Welchen Umfang hat die gewährte Versorgung? Welche Ansätze sind zu beobachten?

² Vgl. zu dieser Thematik (allerdings ohne Bezug zur Krankenversicherung) Bolliger/Féraud (2010b).

³ Die Gesundheitsbehörden sind für den Vollzug und die Aufsicht im Bereich der Krankenversicherung sowie für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Kantonsbevölkerung zuständig, die Sozialbehörden - sofern nicht identisch mit Gesundheitsbehörden - für die Ausrichtung von Prämienverbilligungen und die Ausrichtung von Nothilfe gemäss Art. 12 BV (sofern dies nicht Aufgabe der Migrationsbehörden ist). Die Migrationsbehörden sind primär für den Vollzug und die Aufsicht im Bereich des Ausländerrechts (Aufenthalt und Niederlassung) und des Asylwesens zuständig.

Kostenübernahme

- Wie ist die Kostenübernahme der Behandlung von nicht versicherten Sans Papiers zwischen Kanton/Gemeinden, Leistungserbringern und Versicherern geregelt?
- Wer übernimmt die Kosten der Behandlung von nicht versicherten Sans Papiers?
- Wie/nach welchen Kriterien wird entschieden, wer für welche Leistungen finanzielle Unterstützung erhält? Gibt es ein Standardvorgehen (z.B. Abkommen zwischen Kanton, Leistungserbringern und/oder Versicherern) oder erfolgt eine Einzelfallbeurteilung?

Informationsflüsse und Datenaustausch

- Wie gehen die zuständigen Behörden mit allfälligen Anfragen bzw. Informationen in Zusammenhang mit der Krankenversicherung von Sans Papiers (z.B. Klärung der Identität oder des Wohnsitzes) um? Haben solche Anfragen Konsequenzen für die Sans Papiers? Ist die Informationspraxis rechtmässig?
- Nehmen die zuständigen Behörden in Zusammenhang mit der Anspruchsabklärung nach Prämienverbilligung mit anderen Behörden oder den Krankenversicherern Kontakt auf? Bei welchem Anlass? Erfolgt die Kontaktaufnahme routinemässig oder fallweise? Welche Informationen werden ausgetauscht?
- Welche Rolle spielen die zuständigen kantonalen Behörden beim Entscheid über Form, Umfang und Kostenübernahme der Behandlung von nicht versicherten Sans Papiers?
- Nehmen die zuständigen Behörden in Zusammenhang mit der Abklärung der Kostenübernahme mit anderen Behörden oder den Krankenversicherern Kontakt auf? Erfolgt die Kontaktaufnahme routinemässig oder fallweise? Welche Informationen werden ausgetauscht?
- Wie gehen die zuständigen Behörden mit allfälligen Anfragen bzw. Informationen in Zusammenhang mit der Kostendeckung der Behandlung von Sans Papiers um? Haben solche Anfragen Konsequenzen für die Sans Papiers? Ist die Praxis rechtmässig?

b) Krankenversicherer:

Aufnahmekriterien und -praxis

- Wie gestalten sich die konkreten Aufnahmebedingungen und Anmeldeverfahren? Welche Angaben sind für die Antrag stellenden Personen Pflicht (z.B. Nachweis von Identität, Aufenthaltsstatus und Wohnsitz)?
- Ist für Krankenversicherer ersichtlich, wenn es sich bei einer Antrag stellenden Person um eine Person mit illegalem Aufenthalt handelt?
- Akzeptieren die Versicherer Versicherungsanträge von Sans Papiers? Falls nein, Weshalb nicht? Ist die Praxis konform mit den gesetzlichen Grundlagen?

Informationsflüsse und Datenaustausch

- Nehmen die Versicherer beim Abschluss eines Versicherungsverhältnisses mit Behörden Kontakt auf (z.B. zur Verifizierung von Identität, Aufenthaltsstatus und Wohnsitz oder zur Kontrolle der Versicherungspflicht)? Bei welchem Anlass? Erfolgt die Kontaktaufnahme routinemässig oder fallweise? Welche Informationen werden ausgetauscht? Sind diese Informationsflüsse rechtmässig?

Interaktion/Umgang mit versicherten Sans Papiers

- Stellen sich bei der Interaktion (Korrespondenz, Prämieninkasso, Umsetzung einer allfälligen Sistierung der Kostenübernahme gemäss Art. 64a KVG) mit versicherten Sans Papiers spezifische Probleme (im Vergleich mit anderen Personen)?
- Was passiert, wenn eine versicherte Person mit illegalem Aufenthalt die Versicherungsprämie nicht mehr bezahlt? Was unternehmen die Versicherer in solchen Fällen? Kommt Art. 64a KVG zum Tragen oder ein anderes Vorgehen?

1.2 Empirisches Vorgehen

Der vorliegende Bericht wurde in drei Phasen erarbeitet und stützt sich auf verschiedene empirische Grundlagen:

1.2.1 Vorarbeiten, Auftragsklärung

Die erste Phase beinhaltete umfassende Vorarbeiten zur Konkretisierung des Auftrags, zur Definition der zu untersuchenden Fragestellungen und zur Festlegung des Vorgehens. Dabei stand die Recherche und Sichtung der bestehenden Literatur zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers im Vordergrund, ergänzt durch eine Internetrecherche zu den relevanten Rechtsgrundlagen und damit zusammenhängenden Diskussionspunkten. Ein kurzer zusammenfassender Überblick über die ermittelte wissenschaftliche Fachliteratur zu den hier relevanten Fragen findet sich im Anhang dieses Berichts. Die Ergebnisse von Phase 1 wurden in einem Arbeitsbericht festgehalten, der eine umfassende systematische Auslegeordnung der zu untersuchenden Thematik und der potenziell zu thematisierenden Fragestellungen vornahm. Auf der Basis dieses Arbeitsberichts wurden gemeinsam mit den Auftraggebenden die konkreten Fragestellungen festgelegt und Vorgehensfragen diskutiert.

1.2.2 Situationsanalyse

Die empirischen Arbeiten zur Erstellung der Situationsanalyse bildeten die zweite Phase der Arbeiten. Die Situationsanalyse hatte zum Ziel, die zur Beantwortung der Hauptfragen 1 und 2 nötigen Informationen zu erheben. Wie die Vorabklärungen zeigten, konnte zur Beantwortung der Detailfragen teilweise auf bestehende Literatur und Datenbestände zu-

rückgegriffen werden (vgl. Tabelle 1). Entsprechend wurde auf die Durchführung von Primärerhebungen zu diesen Themen verzichtet.

Tabelle 1: Übersicht über die bestehende Informations- und Datenlage

	Abschluss einer Krankenversicherung	Prämienverbilligung	Gesundheitsversorgung	Kostendeckung bei fehlender Versicherung
Sans Papiers	ü*	ü*	ü*	ü*
Krankenversicherer	~	nicht involviert	nicht involviert	nicht involviert
Anlaufstellen für Sans Papiers	üü*	üü*	üü*	üü*
Spezifische Versorgung	~	nicht involviert	üü*	üü*
Regelversorgung	nicht involviert	nicht involviert	~	~
Zuständige Kantonale Behörden	o	ü**	ü***	o

Legende: o kaum/nicht dokumentiert
 ~ punktuelle Informationen oder anekdotische Evidenz vorhanden
 ü systematisch erfasste Grundlageninformationen (zu Teilbereichen) vorhanden
 üü gut dokumentiert

* Informationen v.a. via Beschreibung der spezifischen Gesundheitsversorgung (Wyssmüller/Efionayi 2011), keine Informationen zur Regelversorgung.

** Allgemeine Informationen zu den kantonalen Prämienverbilligungssystemen (GDK 2009)

*** Informationen zur Nothilfe (Trummer 2008; Bolliger/Féraud 2010a; Sozialhilfe-Monitoring BFM)

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass vor allem zwei Themenbereiche von der bisher vorhandenen Literatur schlecht dokumentiert sind und diesbezüglich Informationslücken bestehen:

- Praxis der verschiedenen kantonalen Behörden und der Krankenversicherer (Kontrolle der Versicherungspflicht, Gewährung von Prämienverbilligung, Sicherstellung der Versorgung, Informationsaustausch)
- Situation und Praxis (Finanzierung bei nicht gedeckter Inanspruchnahme) in der Regelversorgung

Entsprechend standen bei der Situationsanalyse die effektive Praxis der kantonalen Behörden und der Krankenversicherer im Vordergrund des Interesses. Ergänzend wurde auch die Praxis seitens der Leistungserbringer thematisiert, allerdings aus Ressourcengründen nicht systematisch untersucht.

Zur Vorbereitung der Situationsanalyse erfolgten sechs teilstrukturierte Sondierungsgespräche mit Fachpersonen, meistens mit VertreterInnen von Non-Profit-Organisationen (NPOs), die sich mit der Sans Papiers-Thematik auseinandersetzen und über Informationen zur Praxis von Behörden, Versicherern und Leistungserbringern im Umgang mit Sans Papiers verfügen (vgl. Liste im Anhang). Diese Gespräche dienten dazu, erste Einblicke in die konkrete Praxis und Hinweise auf die damit verbundenen Probleme und Fragestellungen zu gewinnen und ermöglichen die Konkretisierung einiger Detailfragen (Abschnitt 1.1.2).

Den zentralen Erhebungsschritt bildeten strukturierte Leitfadeninterviews mit den für die Umsetzung von Art. 6 KVG (Beitrittskontrolle) zuständigen Personen aus den Gesundheits- bzw. Sozialbehörden (Umsetzung des Versicherungsobligatoriums, Gesundheitsversorgung, Kostenübernahme etc.) sowie mit den Asylkoordinatorinnen und -koordinatoren (Versicherungspraxis und Gesundheitsversorgung bei ausreisepflichtigen Personen) aller 26 Kantone. Insgesamt wurden mit 73 Personen⁴ Gespräche geführt, zumeist persönlich (face-to-face), in Einzelfällen telefonisch (Liste im Anhang). Zusätzlich wurden vereinzelt gewisse Informationen schriftlich eingeholt. Die Interviews beruhten jeweils auf einem standardisierten Gesprächsleitfaden mit verschiedenen Fragen zu den beiden Themenfeldern. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und mittels standardisierter Auswertungstabellen protokolliert. Die daraus resultierenden Kantonsporträts wurden allen in einem Kanton befragten Personen zum Gegenlesen unterbreitet.

Parallel dazu erfolgte eine schriftliche Befragung der 29 grössten Krankenversicherer (alle Versicherer mit mehr als 50'000 Versicherten gemäss den OKP-Aufsichtsdaten des BAG). Die Befragung erfolgte anhand eines Schreibens mit sieben offenen Fragen an die Geschäftsstelle bzw. den Hauptsitz der Versicherungsgesellschaft (vgl. Anhang). Es liegen Rückmeldungen von 11 Versicherungsgesellschaften vor, was 20 der 29 angeschriebenen Krankenversicherer entspricht.⁵ Diese decken 60,9% des gesamten Versichertenbestandes ab. Von den zehn grössten Versicherern in der Schweiz antworteten drei nicht.

1.2.3 Suche nach Optimierungsmöglichkeiten

Die dritte Phase beinhaltete die Identifikation von Optimierungsmöglichkeiten der bestehenden Situation. In einem ersten Schritt nahmen die Verfasser des vorliegenden Berichts eine systematische Auslegeordnung von möglichen Stossrichtungen auf der Grundlage der wesentlichen Befunde der Situationsanalyse und unter Einbezug der gesichteten Literatur vor. Diese schriftlich dokumentierte Auslegeordnung wurde in zwei Arbeitssitzungen mit Vertreterinnen der Generalsekretariate der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) (Sitzung 1) sowie mit den zuständigen Personen im BAG (Sitzung 2) erörtert und diskutiert. Un-

⁴ In mehreren Kantonen erfolgten die Gespräche im Rahmen eines gemeinsamen Termins mit den verschiedenen Befragten.

⁵ Diverse Versicherungsgesellschaften führen mehrere Krankenversicherer unter eigenem Namen. Diese wurden einzeln angeschrieben, antworteten aber in jeweils in einem einzigen Schreiben der Dachgesellschaft.

ter Einbezug dieser Diskussionen entwickelten die Berichtsauforen schliesslich Massnahmenvorschläge und Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht gliedert sich wie folgt: In Kapitel 2 werden die wesentlichen für die nachfolgende Analyse notwendigen rechtlichen und normativen Grundlagen zur Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers erläutert und der diesbezügliche Soll-Zustand hergeleitet. In Kapitel 3 wird anhand der erhobenen Informationen dargelegt, wie sich der Zugang zur Krankenversicherung für Sans Papiers in der Praxis gestaltet und welche Probleme dabei bestehen. Mit den verschiedenen Formen der Gesundheitsversorgung von Sans Papiers und der damit verbundenen Kostenübernahme befassen sich die Ausführungen in Kapitel 4. In Kapitel 5 erfolgen eine Gegenüberstellung des vorgefundenen Ist-Zustands und des bundesrechtlich vorgegebenen Soll-Zustands und eine Diskussion der vorgefundenen Diskrepanzen. Kapitel 6 schliesslich enthält Überlegungen und Vorschläge für die Optimierung der bestehenden Situation in der Form von möglichen Stossrichtungen. Der umfangreiche Anhang enthält eine kommentierte Literaturübersicht, detaillierte Angaben zu den empirischen Grundlagen dieser Studie sowie 26 Kantonsporträts, in denen die erhobenen Praktiken aller Kantone hinsichtlich der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers in standardisierter Form beschrieben werden, um einen systematischen Vergleich zu ermöglichen.

2 Die rechtlichen und normativen Grundlagen

Das vorliegende Kapitel beschreibt die auf Bundesebene bestehenden rechtlichen und normativen Grundlagen in Bezug auf die Krankenversicherung und den Zugang zu Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Der diesbezüglich auf gesetzlicher Ebene angestrebte Soll-Zustand wird hergeleitet und definiert. Die Ausführungen beschränken sich auf die Bereiche der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung; eine Auslegeordnung der allgemeinen rechtlichen Grundlagen und anderer Aspekte der Sans-Papiers-Thematik findet sich z.B. in Röthlisberger (2006) oder Efionayi et al. (2010). Vor der Herleitung des für die vorliegende Studie relevanten Soll-Zustands erfolgt eine kurze Definition der im Fokus stehenden Personengruppen.

2.1 Sans Papiers

Als Sans Papiers gelten Menschen, die sich ohne gültige Aufenthaltspapiere in der Schweiz aufhalten (vgl. Efionayi et al. 2010: 11; Röthlisberger 2006: 21).⁶ Der Begriff *Sans Papiers* bezieht sich nicht auf das Fehlen von Identitätspapieren – die meisten Sans Papiers verfügen über solche –, sondern auf den fehlenden ausländerrechtlich anerkannten Aufenthaltsstatus (Efionayi et al. 2010: 11). Dabei handelt es sich um Personen, die illegal in die Schweiz einreisen und deren Aufenthalt nie legalisiert wurde, um Personen, die einmal im Besitz einer Aufenthaltsbewilligung oder eines Visums für die Schweiz waren und nach deren Nichtverlängerung oder Verlust (z.B. infolge eines Statuswechsels, Verlust der Arbeitsbewilligung, Änderung des Zivilstands etc.) nicht ausreisen (so genannte *overstayers*), oder um ausreisepflichtige Personen des Asylbereichs. Bei letzteren handelt es sich um Personen, die in der Schweiz ein Asylgesuch einreichten, das jedoch abgewiesen wurde (negE) oder auf das nicht eingetreten wurde (NEE), und deren Wegweisungsverfügung rechtskräftig ist. Eine vertiefte systematische Auslegeordnung über die verschiedenen Hintergründe des illegalen Aufenthalts findet sich bei Röthlisberger (2006: 20ff.) und Efionayi et al. (2010: 20ff.).

Die ausreisepflichtigen Personen des Asylbereichs unterscheiden sich von den übrigen Untergruppen von Sans Papiers darin, dass sie im Rahmen des Asylverfahrens den Bestimmungen des Asylgesetzes unterstanden und zu einem bestimmten Zeitpunkt systembedingt behördlich registriert wurden. In der Regel wurden bzw. werden sie zudem von den jeweils zuständigen kantonalen oder kommunalen Behörden betreut (Sozial- oder Nothilfe gemäss Asylgesetz). Sans Papiers, die nie ein Asylgesuch eingereicht haben, sind demgegenüber den Behörden nicht automatisch bekannt und wurden/werden auch nicht automatisch behördlich betreut. Diese Unterscheidung ist für die Diskussion der kantonalen Praxis bezüglich Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers in den Kapiteln 3 und 4 von Bedeutung.

⁶ Aus sprachlichen Gründen wird im vorliegenden Bericht gelegentlich der Begriff „Personen ohne Aufenthaltsbewilligung“ als Synonym für Sans Papiers verwendet.

Es liegt auf der Hand, dass die Anzahl der insgesamt in der Schweiz lebenden Sans Papiers nicht genau beziffert, sondern nur geschätzt werden kann. Gemäss entsprechenden Untersuchungen (Piguet/Losa 2002; Efionayi/Achermann 2003: 20ff.; Longchamp et al. 2005) beträgt die Zahl zwischen 70'000 und 180'000 Personen. Unterstützerkreise von Sans Papiers gehen gar von 300'000 Personen aus (Röthlisberger 2006: 22).⁷ Wie sich die Sans Papiers auf die Kantone verteilen, ist nicht bekannt. Schätzungen und Hochrechnungen für die von Longchamp et al. (2005) untersuchten Kantone BS, GE, TG, TI, VD und ZH ergeben, dass in diesen sechs Kantonen knapp 60% der in der Schweiz anwesenden Sans Papiers leben. Für die übrigen 20 Kantone liegen keine Schätzungen vor. Es ist davon auszugehen, dass sich Sans Papiers vor allem in städtischen Regionen aufhalten (Efionayi/Achermann 2003: 23f.; Efionayi et al. 2010: 30). Mit den sozioökonomischen Merkmalen, Lebensumständen und Bewältigungsstrategien von Sans Papiers – auch bezüglich ihrer Gesundheitssituation und –versorgung – haben sich in den letzten Jahren diverse Studien (z.B. Efionayi/Achermann 2003; Röthlisberger 2006; Bezençon et al. 2008; Efionayi et al. 2010; Wyssmüller/Efionayi 2011) befasst.

2.2 Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers

Im Folgenden werden die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen des Bundesrechts kurz skizziert, welche die Gesundheitsversorgung für Sans Papiers regeln. Im Vordergrund steht dabei das Bundesgesetz über die Krankenversicherung, welches auch für diese Personen gilt (vgl. Abschnitt 2.2.1). Da ein Teil der Sans Papiers im Rahmen des Asylverfahrens krankenversichert wurde, sind auch die entsprechenden Bestimmungen des Asylgesetzes zu erörtern (Abschnitt 2.2.2). Nach der Herleitung des vom Gesetzgeber vorgesehenen Soll-Zustands in Bezug auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers (Abschnitt 2.2.3) befasst sich ein Exkurs mit dem Spannungsverhältnis zwischen diesem Soll-Zustand und dem Sozialhilfestopp im Asylwesen (Abschnitt 2.2.4).

2.2.1 Obligatorische Krankenversicherung (OKP)

Eine der wesentlichen Neuerungen des am 1.1.1996 in Kraft getretenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) stellte das Versicherungsobligatorium dar (Bundesrat 1991: 125f. und 141f.). Das Obligatorium wurde als wichtige Grundlage zur Sicherstellung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken gesehen und soll sicherstellen, dass wirtschaftlich bzw. gesundheitlich schwächere Personen gleichermassen vor den (finanziellen) Risiken von Krankheit geschützt sind, wie wirtschaftlich stärkere bzw. gesündere Personen (vgl. auch Miccoli 2006: 32). Das Obligatorium gewährleistet, dass alle versicherten Personen unbesehen von ihrem sozioökonomischen Status, ihrem Geschlecht, ihrem Alter, ihrer Herkunft, ihrem Krankheitsrisiko etc.

⁷ Vgl. für eine allgemeine Diskussion der Problematik und eine Einschätzung der Entwicklung der Anzahl Sans Papiers in der Schweiz Efionayi et al. 2010 (24ff.). Den spärlichen vorhandenen Informationen nach zu beurteilen machen die Personen aus dem Asylbereich nur eine Minderheit der Sans Papiers aus. Ihr Anteil am Total nimmt jedoch zu, da nicht alle Personen mit NEE oder negE die Schweiz effektiv verlassen.

gleichen Zugang zur vom KVG definierten Grundversorgung haben (vgl. Britt et al. 2004: 162). Dabei sind zwei Dimensionen dieser Versorgung zu unterscheiden: die Leistungserbringer und der Leistungsumfang. Die im Rahmen der OKP zugelassenen Leistungserbringer sind in Art. 35-40 KVG aufgelistet; der Grundleistungskatalog der OKP definiert sich durch Art. 24-34 KVG sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Damit ist das Versicherungsobligatorium ein wichtiges Element bei der Sicherstellung gesundheitlicher Chancengleichheit.⁸

Art. 3 KVG definiert den Kreis der versicherungspflichtigen Personen. Grundsätzlich ist jede Person versicherungspflichtig, die gemäss Art. 23-26 ZGB in der Schweiz Wohnsitz hat (Art. 1 Abs. 1 KVV; Art. 13 ATSG). Aus dem Ausland zuziehende Personen haben sich innert drei Monaten nach Wohnsitznahme zu versichern. Der Bundesrat kann einerseits Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen, andererseits die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen (vgl. hierzu Art. 1-6 KVV).

Die Versicherungspflicht gilt prinzipiell und mit spezifischen, vom Bundesrat in der KVV definierten Ausnahmen, für alle Personen, die sich länger als drei Monate in der Schweiz aufhalten, unbeschleun ihrer Nationalität oder ihres rechtlichen Aufenthaltsstatus. Auch Personen ohne Aufenthaltsbewilligung unterstehen, sofern sie die Wohnsitzdefinition gemäss Art. 23-26 ZGB⁹ erfüllen, dem Versicherungsobligatorium und sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen. Das Versicherungsobligatorium umfasst somit auch Sans Papiers, inkl. ausreisepflichtiger Personen des Asylbereichs, die der Ausreisepflicht nicht nachkommen.¹⁰ Krankenversicherer sind ihrerseits verpflichtet, Versicherungsanträge dieser Personen vorbehaltlos zu akzeptieren.¹¹ Diesen Umstand hat das damals für die Krankenversicherung zuständige Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) in einer Weisung an die Krankenversicherer (Kreisschreiben 02/10 vom 19. Dezember 2002) dargelegt und in einer Stellungnahme 2008 bestätigt.¹² Das Eidgenössische Versicherungsgericht bestätigte dies in einem Urteil vom 24. Dezember 2002 (K38/01) (vgl. ausführlich Efionayi/Achermann 2003: 33f.).

Aus dem Versicherungsobligatorium ergibt sich laut dem Bundesgericht, dass eine versicherte Person nicht aus der Krankenversicherung ausgeschlossen werden kann (BGE 126 V 265, Erw. 3b). Gemäss Art. 5 Abs. 3 KVG endet die Versicherungsdeckung, wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht. Art. 7 Abs. 3bis und Abs. 5 KVV definieren die-

⁸ Zur Ergänzung der obligatorischen Grundversicherung besteht die Möglichkeit, über den Abschluss von freiwilligen Zusatzversicherungen den Umfang der versicherten Leistungen bei Krankheit und Unfall zu erweitern (vgl. Britt et al. 2004: 166ff.).

⁹ Gemäss Art. 24 ZGB gilt der Aufenthaltsort als Wohnsitz, wenn ein früher begründeter Wohnsitz nicht nachweisbar ist, ein im Ausland begründeter Wohnsitz aufgegeben und in der Schweiz kein neuer begründet worden ist.

¹⁰ Sans Papiers können sich zudem auf verschiedene verfassungsmässig abgestützte Grundrechte berufen, welche das Recht auf Gesundheitsversorgung beinhalten und unbeschleun des rechtlichen Aufenthaltsstatus gelten (vgl. z.B. Kiener/von Büren 2007 für einen Überblick).

¹¹ Art. 4 Abs. 2 KVG: Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.

¹² http://redcross.ch/data/dossier/24/redcross_dossier_24_18_de.pdf

sen Zeitpunkt – je nach Status der Person¹³ – mit dem Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, dem Tag der tatsächlichen bzw. nachweislichen Ausreise aus der Schweiz oder mit dem Tod der Versicherten.

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). Sie sind zudem gehalten, die Bevölkerung periodisch über die Versicherungspflicht zu informieren (Art. 10 Abs. 1 KVV). Neben dieser behördlichen Information und Kontrolle dienen zwei weitere Bestimmungen im KVG dazu, die Versicherungsdeckung sicherzustellen. So ist ein verspäteter Versicherungseintritt mit finanziellen Sanktionen (Prämienzuschlag) für die versicherte Person verbunden (Art. 5 Abs. 2 KVG). Art. 7 Abs. 5 KVG sieht zudem vor, dass ein bestehendes Versicherungsverhältnis nur beendet werden kann, wenn die Weiterversicherung bei einem anderen Versicherer nachgewiesen wird.

„Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen“ haben gemäss Art. 65 Abs. 1 KVG Anspruch auf Prämienverbilligungen. Dies kann auch auf Sans Papiers zutreffen. Die Definition der Anspruchsvoraussetzungen sowie die Ausrichtung der Prämienverbilligung fallen in die Zuständigkeit der Kantone (Efionayi/Achermann 2003: 34).

2.2.2 Spezifische Bestimmungen zur Krankenversicherung im Asylbereich

Für die Definition des Versicherungsobligatoriums, des versicherungspflichtigen Personenkreises und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung von krankenversicherten Personen sind einzig das KVG und die auf ihm beruhenden Verordnungen massgebend. Weil eine spezifische Gruppe der Sans Papiers, die ausreisepflichtigen Personen des Asylbereichs, während des Asylverfahrens allenfalls krankenversichert waren (Art. 1 Abs. 2 Bst. c KVV; Miccoli 2006) und weil sich die kantonale Praxis in Bezug auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung dieser Personen am Asylgesetz (AsylG; SR 142.31) ausrichtet, sind die darin enthaltenen spezifischen Regelungen zur Krankenversicherung von Asylsuchenden im vorliegenden Kontext von Bedeutung. Sie werden deshalb hier kurz erläutert.

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 waren im Rahmen der Sozialhilfe durch das gemäss AsylG fürsorgepflichtige Gemeinwesen krankenversichert.¹⁴ Die Gewährung des Versicherungsschutzes wird

¹³ Art. 7 Abs. 3bis KVV: „Bei den im Absatz 2bis bezeichneten Personen [Personen ohne Niederlassungs-, Kurzaufenthalts oder Aufenthaltsbewilligung] endet die Versicherung am Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz, spätestens aber am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz, oder mit dem Tod der Versicherten.“

Art. 7 Abs. 5 KVV (Asylsuchende, Schutzbedürftige und vorläufig Aufgenommene): „Die Versicherung (...)endet am Tag, an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.“

¹⁴ Die Versicherung wird in der Regel erst abgeschlossen (rückwirkend auf das Datum des Asylgesuchs), wenn eine Person, deren Verfahren noch läuft, einem Kanton zugewiesen wird. Personen, die bereits in einem Empfangs-

als Sachleistung im Rahmen der Sozialhilfe betrachtet (BGE 133 V 353, Erw. 4.4). Für die Ausrichtung von Sozialhilfeleistungen und Nothilfe gilt kantonales Recht (Art. 82 Abs. 1 AsylG). Die Kosten für die Versicherungsprämie werden somit in der Regel von der öffentlichen Hand übernommen.¹⁵ Diese Kosten sind Teil der vom Bund ausgerichteten Globalpauschale für die Betreuung von Asylsuchenden (Art. 88 Abs.2 AsylG). Die Modalitäten der administrativen Abwicklung der Versicherung von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung können in Rahmenverträgen zwischen Kantonen und Versicherern vereinbart werden (Bundesrat 2002: 6918ff.).

Die Krankenversicherung ist grundsätzlich gemäss den Bestimmungen des KVG auszugestalten, wobei allerdings gewisse Einschränkungen möglich sind (vgl. Art. 82a AsylG): Die Kantone können sowohl die freie Wahl des Versicherers als auch des Leistungserbringers einschränken und somit den Zugang der Versicherten zum Gesundheitssystem entweder über ein HMO-Modell eines Versicherers oder über ein vom Kanton etabliertes Gatekeeping-System gezielt steuern. Ziel dieser Zugangssteuerung ist es, auf die von der öffentlichen Hand getragenen Kosten für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden Einfluss nehmen zu können. (Bundesrat 2002: 6918ff.) Die Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer darf jedoch keine Einschränkungen des nach KVG vorgeschriebenen Leistungsumfangs zur Folge haben. Krankenversicherte ausreisepflichtige Personen haben – in Abhängigkeit des Versicherungsmodells – Anrecht auf dieselben Leistungen zu denselben Bedingungen wie Asylsuchende im Asylverfahren (BAG 2009: 2). Eine Ungleichbehandlung von Personen gemäss ihrem jeweiligen Aufenthaltsstatus wäre nicht mit dem Gleichbehandlungsprinzip des KVG vereinbar (Arbeitsgruppe „Finanzierung Asylwesen“ 2000: 24).

Solange Asylsuchende und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung ganz oder teilweise Sozialhilfe beziehen, haben sie keinen Anspruch auf Prämienverbilligung. Beziehen sie keine Sozialhilfe mehr, können sie diesen Anspruch geltend machen (Art. 82a Abs. 7 KVG).

2.2.3 Gesetzlich definierter Soll-Zustand bezüglich der Krankenversicherung von Sans Papiers

Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich aus dem KVG der folgende anzustrebende Soll-Zustand in Bezug auf die Krankenversicherung von Sans Papiers. Dieser Soll-Zustand dient in Kapitel 5 als Massstab zur Beurteilung des in der Situationsanalyse effektiv vorgefundenen Ist-Zustandes in den Kantonen.

zentrum des Bundes einen Nichteintretensentscheid erhalten und einem Kanton zum Vollzug der Wegweisung und Ausrichtung der Nothilfe zugewiesen werden, haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe und sind entsprechend nicht automatisch krankenversichert.

¹⁵ Die Kantone und die Versicherer können eine Aufhebung der Kostenbeteiligung im Fall einer Behandlung (Franchise, Selbstbehalt) vereinbaren (Art. 82a Abs. 6 KVG).

Alle versicherungspflichtigen Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) sind krankenversichert und haben denselben Zugang zu denselben Leistungserbringern¹⁶ und Leistungen des medizinischen Grundleistungskatalogs wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt.

Hauptinstrument zur Erreichung dieses Zustands ist das Versicherungsobligatorium. Dieses beinhaltet drei Elemente bzw. Pflichten:

- Versicherungspflicht der Individuen: Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen, sofern sie gemäss Art. 24-25 ZGB zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben.
- 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 Art. 7 KVV gegeben sind.
- Kontrollpflicht der Kantone: Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass versicherungspflichtige Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) versichert sind. Sie haben Personen, die ihrer Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, einem Versicherer zuzuweisen (Art. 6 KVG).

Ergänzend kann die Prämienverbilligung als zusätzliches Instrument betrachtet werden, das die finanzielle Belastung versicherungspflichtiger Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen teilweise lindert.

2.2.4 Exkurs: Auswirkungen des Sozialhilfestopps auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von ausreisepflichtigen Personen

In Zusammenhang mit der kantonalen Praxis in Bezug auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von ausreisepflichtigen Asylsuchenden, die im vorliegenden Bericht zu untersuchen ist, ist der so genannte Sozialhilfestopp für Personen mit NEE oder negE von Bedeutung. Der folgende Exkurs erläutert den Kontext dieser Massnahme und ihren Einfluss auf die Realisierung des soeben hergeleiteten Soll-Zustands.

Am 1. April 2004 wurde der so genannte Sozialhilfestopp für Personen mit einem rechtskräftigen Nichteintretensentscheid (NEE) eingeführt. Mit Inkrafttreten des revidierten Asylgesetzes wurde diese Massnahme per 1. Januar 2008 auf Personen mit einem rechtskräftigen negativen Asylentscheid ausgedehnt. Gestützt auf Art. 82 Abs. 1 AsylG können diese Personen aus dem Sozialhilfesystem des Asylwesens ausgeschlossen werden. Sie haben lediglich Anrecht auf Nothilfe, welche ihnen die Kantone auf Antrag gewähren müssen, sofern die Person nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen. Der Minimalumfang der Nothilfe orientiert sich an Art. 12 BV. Gestützt auf die-

¹⁶ Die Wahl der Leistungserbringer kann entweder im Rahmen eines von den Versicherten gewählten besonderen Versicherungsmodells (HMO/Managed Care) gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG oder bei Personen des Asylbereichs vom zuständigen Kanton gestützt auf Art. 82a Abs. 4 AsylG eingeschränkt werden.

sen Artikel hat „wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind“. Es handelt sich dabei um ein direkt einklagbares Sozialrecht, das unabhängig von der aufenthaltsrechtlichen Stellung für alle Personen gilt, die sich in der Schweiz aufhalten, somit auch für illegal Anwesende. Die Ausgestaltung der Nothilfe richtet sich nach kantonalem Gesetz, wobei Art. 82 AsylG gewisse Grundsätze festlegt. Die Kantone verfügen somit in zweifacher Hinsicht über Ermessensspielraum (vgl. Trummer 2008: 1): zum einen *können* sie ausreisepflichtige Personen von der Sozialhilfe ausschliessen (Art. 82 Abs. 1 AsylG), müssen dies aber nicht, zum anderen haben sie die Möglichkeit, bei der Ausgestaltung der Nothilfe über die Minimalanforderungen gemäss Art. 12 BV hinauszugehen und weitere Leistungen vorzusehen.¹⁷

Der Sozialhilfestopp ist eine finanzpolitisch motivierte Massnahme der Asylpolitik.¹⁸ Er zielt darauf ab, den Aufenthalt in der Schweiz für die betroffenen Personen möglichst unattraktiv zu machen und so ihre Bereitschaft zur selbstständigen Ausreise zu erhöhen. Indem ihnen nur noch auf Antrag hin Hilfe in Notlagen gemäss Art. 12 BV gewährt wird, steht der Sozialhilfestopp in einem Spannungsverhältnis mit dem gesundheitspolitisch motivierten Solidaritätsprinzip des KVG, welches über das Versicherungsobligatorium eine umfassende gesundheitliche Grundversorgung für alle versicherungspflichtigen Personen – und damit auch für Nothilfe beziehende Personen – vorsieht. Dieses Spannungsverhältnis äussert sich konkret auf zwei Ebenen. Zum einen wirft der Sozialhilfestopp die Frage auf, ob die Kantone, welche die Krankenversicherung von Asylsuchenden während des Asylverfahrens sicherstellen (vgl. Abschnitt 2.2.2), dies auch für Personen zu tun haben, die von der Sozialhilfe gemäss Asylgesetz ausgeschlossen wurden. Zum anderen stellt sich die Frage des Umfangs der Gesundheitsversorgung, welche diesen Personen gewährt wird.

Auf gesetzlich-normativer Ebene hat der Sozialhilfestopp keinen Einfluss auf den aus dem KVG abgeleiteten Soll-Zustand. Die betroffenen Personen unterstehen nach wie vor dem Versicherungsobligatorium und haben entsprechend – sofern sie effektiv versichert sind – uneingeschränkten Anspruch auf die im OKP-Grundleistungskatalog vorgesehene Gesundheitsversorgung. Die drei oben skizzierten Elemente des Versicherungsobligatoriums gelten auch für Personen, die von der Sozialhilfe gemäss Asylgesetz ausgeschlossen wurden, solange sie sich in der Schweiz aufhalten: Sie sind versicherungspflichtig, Krankenversicherer haben sie zu versichern und die Kantone haben für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen.

Der Sozialhilfestopp wirkt sich hingegen auf der Umsetzungsebene auf die konkrete Praxis der Kantone, Krankenversicherer und Leistungserbringer in Bezug auf die Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von ausreisepflichtigen Personen aus.

¹⁷ Die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren, welchen die Betreuung von Asylsuchenden obliegt, hat im Mai 2007 in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gemeindeverband, dem Schweizerischen Städteverband und im Einvernehmen mit der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) Empfehlungen zur Ausgestaltung der Nothilfe für Ausreisepflichtige erlassen (SODK 2007). Die konkrete Umsetzung durch die Kantone wurde u.a. von Trummer (2008) und Bolliger/Féraud (2010a) untersucht.

Die Widersprüche zwischen Krankenversicherungs- und Asylpolitik manifestieren sich beispielsweise in den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) zur Ausgestaltung der Nothilfe für ausreisepflichtige Personen. Diese Empfehlungen äussern sich wie folgt zur Frage der Krankenversicherung (SODK 2007: 6):

„Ausreisepflichtige sind in der Regel nicht ins schweizerische Sozialversicherungssystem aufzunehmen. Dies gilt besonders dann, wenn davon auszugehen ist, dass sie in absehbarer Zeit ausreisen können bzw. ihre Rückführung vollzogen werden kann.

Beträgt die Verweildauer in der Schweiz trotzdem mehr als 3 Monate, ist die Aufnahme in die Grundversicherung einer Krankenkasse zu prüfen, sofern die Person nicht ausreisen kann. So oder so hat der Kanton die Gesundheitskosten zu tragen, sei es in Form der effektiven Krankheitskosten, sei es als Prämie, Franchise und Selbstbehalt.

Krankenversicherte Ausreisepflichtige sind erst dann abzumelden, wenn die Ausreise erfolgt ist oder wenn davon auszugehen ist, dass die Person ausgereist ist.“

Die Empfehlung der SODK, Ausreisepflichtige „in der Regel nicht ins schweizerische Sozialversicherungssystem aufzunehmen“ steht in offensichtlichem Widerspruch zu den rechtlichen Vorgaben zur Versicherungspflicht dieser Personen und zur Aufgabe der Kantone, das Versicherungsobligatorium auch bei ausreisepflichtigen Personen durchzusetzen (Art. 6 KVG).¹⁹

Dieser Widerspruch zum KVG ergibt sich aus der asylrechtlichen Verankerung des Sozialhilfestopps. Weil die Sicherstellung der Krankenversicherung während des Asylverfahrens im Rahmen der Sozialhilfe gemäss AsylG durch das fürsorgepflichtige Gemeinwesen (Kanton oder Gemeinde) erfolgt, kann der Ausschluss aus der Sozialhilfe aus asylrechtlicher Perspektive so interpretiert werden, dass das Gemeinwesen auch nicht mehr für die Sicherstellung der Krankenversicherung der betreffenden Personen zuständig sei. Diese Interpretation wird durch den Umstand begünstigt, dass der Bund nicht mehr für die Finanzierung der Versicherungsprämie aufkommt, sobald der Nichteintretens- oder der negative Asyl- und Wegweisungsentscheid rechtskräftig wird. Die entsprechende Pauschale entfällt ab diesem dem Zeitpunkt (Art. 20 AsylV 2).

Eine konkrete Auswirkung des Sozialhilfestopps auf die Umsetzung des Versicherungsobligatoriums ist, dass er die Frage aufwirft, ob das fürsorgepflichtige Gemeinwesen verpflichtet ist, die bestehende Krankenversicherung einer Person weiterzuführen, die einen rechtskräftigen Wegweisungsentscheid erhalten hat und von der Sozialhilfe gemäss Asylgesetz ausgeschlossen wurde. Die Rechtslage präsentiert sich so, dass die Versicherungspflicht für diese Personen gilt, so lange sie sich in der Schweiz aufhalten (vgl. Abschnitt 2.2.1), und dass eine versicherte Person nicht aus dem Versicherungssystem ausgeschlossen werden kann, auch wenn sie ihrer Prämienzahlungspflicht nicht nachkommt (BGE 126 V 265, Erw. 3).

¹⁸ Der Sozialhilfestopp wurde vom Bundesparlament im Rahmen des Entlastungsprogramms 2003 beschlossen.

¹⁹ Der erste Abschnitt der SODK-Empfehlung kann als primär rhetorische Formulierung betrachtet werden, da die meisten vom Sozialhilfestopp betroffenen Personen im Rahmen des Asylverfahrens bereits ins Krankenversicherungssystem aufgenommen wurden. Es stellt sich somit weniger die Frage der *Aufnahme* dieser Personen ins System als die ihres *Ausschlusses* aus dem System, der gemäss SODK erst vorzunehmen ist, wenn die Bedingungen gemäss Art. 7 KVG gegeben sind (Ausreise) bzw. davon auszugehen ist, dass dies der Fall ist.

Hier manifestiert sich das Spannungsverhältnis zwischen Gesundheits- und Asylpolitik, dem die Kantone als Vollzugsbeauftragte des Bundesrechts ausgesetzt sind: Einerseits sind sie gemäss KVG dafür zuständig, die Versicherungsdeckung ausreisepflichtiger Personen sicherzustellen, andererseits sind sie beauftragt, bei denselben Personen das Asylrecht (Sozialhilfestopp) und das Ausländerrecht (Durchsetzung der Wegweisung illegal anwesender Personen) umzusetzen und wird ihnen dabei von der SODK empfohlen, dieselben Personen vorerst nicht ins Versicherungssystem aufzunehmen. Dieses Spannungsfeld auf der Zielebene wird durch die institutionellen Gegebenheiten bei der Umsetzung perpetuiert: In den meisten Kantonen sind unterschiedliche Behörden für die Kontrolle der Versicherungspflicht und für die Betreuung von asylsuchenden bzw. ausreisepflichtigen Personen zuständig. Die konkrete Praxis der Kantone in dieser Frage wird in Abschnitt 3.1.2 beschrieben.

Auch hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung ergeben sich gewisse Interpretationsfragen, die auf ein potenzielles Spannungsverhältnis zwischen dem Sozialhilfestopp und dem KVG hinweisen: Gemäss KVG haben versicherte Personen uneingeschränkten Zugang zum OKP-Grundleistungskatalog. Demgegenüber impliziert der Sozialhilfestopp, die medizinische Versorgung von Nothilfe beziehenden Personen auf die Hilfe in Notlagen gemäss Art. 12 BV zu beschränken. Ein Bundesgerichtsentscheid von 1995 (BGE 121 I 367) hat festgehalten, dass die Hilfe in Notlage auch die entsprechende medizinische Versorgung im Notfall umfasst.²⁰ Zur Frage des Umfangs des Anspruchs auf medizinische Versorgung im Rahmen von Art. 12 BV bestehen allerdings unterschiedliche Interpretationen (vgl. dazu Efionayi/Achermann 2003: 32; Kienner/von Büren 2007 und Spöndlin 2006).

Weil die Ausgestaltung der Nothilfe in die Kompetenz der Kantone fällt, verfügen diese über einen gewissen Ermessensspielraum bei der Gewährung medizinischer Versorgung an ausreisepflichtige Personen. Die SODK empfiehlt, Versorgung auf die Behandlung im Notfall zu beschränken. Bei der Ausrichtung von Nothilfe soll jedoch generell – und somit auch in Bezug auf die medizinische Versorgung – gelten, dass „[d]en Bedürfnissen von Familien, teilweise auch allein stehenden Frauen, unbegleiteten Minderjährigen sowie von gebrechlichen und/oder kranken Personen (...) in angepasster Weise Rechnung zu tragen“ ist (SODK 2007: 5).

2.2.5 Weitere gesetzliche Grundlagen auf Bundesebene

Neben dem KVG und dem in Art. 12 BV verankerten Grundrecht auf Hilfe in Notlagen, welche die im vorliegenden Kontext zentralen gesetzlichen Grundlagen darstellen, ist ergänzend auf weitere Bestimmungen hinzuweisen, an denen sich Bund und Kantone in Bezug auf die Gesund-

²⁰ Medizinische Leistungserbringer sind strafrechtlich und ethisch verpflichtet, Personen in Notsituationen zu behandeln. So stellt Art. 128 StGB die Unterlassung der Nothilfe unter Strafe: „Wer einem Menschen, den er verletzt hat, oder einem Menschen, der in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, nicht hilft, obwohl es ihm den Umständen nach zugemutet werden könnte, wer andere davon abhält, Nothilfe zu leisten, oder sie dabei behindert, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.“ Im Zusammenhang mit dem Sozialhilfestopp hat die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in einem einstimmigen Votum festgehalten, dass Medizinalpersonen unbesehen des Aufenthaltsstatus eines Menschen die Pflicht haben, diese in Notlagen zu behandeln (NEK 2005: 1443).

heitsversorgung von Sans Papiers zu orientieren haben (vgl. auch Efionayi/Achermann 2003: 32). So sieht z.B. *Art. 41 Bst. b BV* 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. Es handelt sich dabei um ein nicht direkt einklagbares Sozialziel. Dessen Umsetzung erfolgt über die kantonalen Gesundheitsgesetze. Das *Epidemiengesetz*²¹ hat zum Ziel, den Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten zu gewährleisten und verpflichtet Bund und Kantone zu entsprechenden Massnahmen. Schliesslich regelt das *Zuständigkeitsgesetz (ZUG)*²² die Unterstützung von Personen, die nicht aus eigenen Mitteln für ihren Lebensunterhalt aufkommen können, durch die Kantone. Dieses Gesetz kommt namentlich dann zur Anwendung, wenn eine nicht krankenversicherte Person – unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsstatus – Behandlungskosten verursacht, für die sie selber nicht aufkommen kann.

²¹ Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101).

²² Bundesgesetz vom 24. Juni 1977 über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (SR 851.1)

3 Der Zugang zur Krankenversicherung in der Praxis

Im vorliegenden Kapitel wird anhand der verschiedenen empirischen Grundlagen (vgl. Abschnitt 1.2) dargelegt, inwiefern der im vorangehenden Kapitel hergeleitete Soll-Zustand bezüglich Versicherungsdeckung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers in der Praxis verwirklicht ist, welche Probleme sich dabei stellen und wie sich Abweichungen zum Soll-Zustand erklären lassen. Die Darstellung folgt den drei Elementen des Versicherungsobligatoriums: Versicherungspflicht der Individuen, Aufnahmepflicht der Versicherer, Kontrollpflicht der Kantone.

3.1 Versicherungsstatus von Sans Papiers

Bei der Diskussion des Versicherungsstatus von Sans Papiers ist zwischen denjenigen Personen zu unterscheiden, die prinzipiell selber für die Erfüllung der Versicherungspflicht verantwortlich sind, und den Personen, deren Krankenversicherung im Rahmen eines Asylverfahrens durch das fürsorgepflichtige Gemeinwesen sichergestellt wurde. Bei letzteren war der Versicherungsstatus somit nicht abhängig vom individuellen Verhalten, sondern von der behördlichen Praxis. Aus diesem Grund wird dieser Praxis nachfolgend ein eigener Abschnitt gewidmet. Der Vollständigkeit halber wird im Rahmen dieses Kapitels auch kurz auf die Möglichkeit, als Sans Papiers Prämienverbilligung zu beantragen, eingegangen.

3.1.1 Individuelle Versicherung von Sans Papiers

Aus methodischen Gründen können weder die Anzahl noch der Anteil krankenversicherter Sans Papiers zuverlässig bestimmt werden. Zum einen ist die Anzahl der Sans Papiers in der Schweiz generell nicht näher bekannt (vgl. Efonayi et al. 2010: 24ff.), zum anderen kann der Versicherungsstatus einer Person ohne Aufenthaltsbewilligung nur erfasst werden, wenn diese Person entweder einer Krankenversicherung, einem medizinischen Leistungserbringer, einer Betreuungseinrichtung (spezifisches Versorgungsangebot, Anlaufstelle etc.) oder einer Behörde als Sans Papiers bekannt ist.

Tabelle 2 beschreibt, unter welchen Umständen in Abhängigkeit der Versorgungssituation der Versicherungsstatus von Sans Papiers erfasst werden kann. Am besten dokumentiert ist die Situation der behördlich bekannten ausreisepflichtigen Personen, die ein Asylverfahren durchlaufen haben, sowie derjenigen Personen, die eine spezifische Einrichtung aufsuchen, die sich der Betreuung und teilweise der Gesundheitsversorgung von Sans Papiers annehmen (vgl. dazu Abschnitt 4.1.2). Verschiedene Erhebungen und Erfahrungsberichte bei solchen spezifischen Einrichtungen deuten darauf hin, dass ein grosser Teil der ihnen bekannten Sans Papiers – entsprechende Schätzungen gehen von 80-90% aus – über keine Krankenversicherung verfügt (vgl. SRK 2007; Gossweiler 2008; Wyssmüller/Efonayi 2011: 22). Dieser Schätzwert kann jedoch nicht auf die Gesamtheit der Sans Papiers in der Schweiz hochgerechnet werden: Auf der einen Seite dürfte es eine gewisse (unbekannte) Anzahl Sans Papiers geben, die über eine Krankenversicherung

verfügen und sich frei im System der OKP-Regelversorgung bewegen, auf der anderen Seite gibt es eine ebenfalls unbekannte Anzahl Personen, die vermutlich nicht versichert sind und entweder gar keine Gesundheitsversorgung beanspruchen oder dies über andere Kanäle als die Regelstrukturen oder die bestehenden spezifischen Versorgungseinrichtungen tun (vgl. hierzu Abschnitt 4.2).

Tabelle 2: Erfassbarkeit des Versicherungsstatus von Sans Papiers über die Gesundheitsversorgung

Versorgungssituation	Personen über die Gesundheitsversorgung erfassbar bzw. als Sans Papiers identifizierbar?	Anteil Versicherte in Gruppe
Sans Papiers, die OKP-Regelversorgung in Anspruch nehmen	Versicherte Personen: Wenn die fehlende Aufenthaltsbewilligung dem Versicherer, dem Leistungserbringer oder einer Behörde explizit bekannt ist (z.B. ausreisepflichtige Personen) Nicht versicherte Personen: im Leistungsfall	Unbekannt, vermutlich hoch
Sans Papiers, die spezifische Versorgung in Anspruch nehmen	In der Regel, aber wegen z.T. anonymer Behandlung nicht immer	10-20%
Sans Papiers, die anderweitig oder keine Gesundheitsversorgung in	Nur im Einzelfall	Unbekannt, vermutlich tief

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.

Anlauf- und Beratungsstellen unterstützen bei Bedarf Sans Papiers beim Abschluss einer Krankenversicherung und allenfalls beim Antrag auf Prämienverbilligung. In einzelnen Kantonen erbringen sie diese Dienstleistung gemäss den geführten Gesprächen im Auftrag des Kantons.²³

Die fehlende Versicherungsdeckung von Sans Papiers gründet auf verschiedenen Faktoren, die mit einander in Zusammenhang stehen und zumeist auf die aufenthaltsrechtlichen und materiellen Lebensumstände von Sans Papiers zurückzuführen sind:

- Der illegale Aufenthalt und das damit verbundene Leben im Verborgenen führt dazu, dass Sans Papiers Kontakte zu bzw. die Bindung an (para-)staatliche und gesellschaftliche Institutionen möglichst zu vermeiden suchen, um unerkannt zu bleiben und kein Entdeckungsrisiko einzugehen.
- Die finanziellen Möglichkeiten sind bei Sans Papiers durch ein in der Regel tiefes Einkommen beschränkt (Efionayi/Achermann 2003: 19) und von Unsicherheiten hinsichtlich der längerfristigen Einkommenssituation geprägt (Wyssmüller/Efionayi 2011: 23). Der Abschluss einer Krankenversicherung und die damit verbundene langfristige Zahlungsverpflichtung stellt deshalb für sie oftmals eine zu hohe finanzielle Belastung dar.

²³ BS: Anlaufstelle für Sans Papiers; FR: Centre de Contact Suisse Immigrés (CCSI) und Fri-santé.

- Sans Papiers verfügen in der Regel über eingeschränkte Kenntnisse über das Gesundheits- und Krankenversicherungssystem, das Versicherungsobligatorium und die allfällige Möglichkeit von Prämienverbilligungen (Bezençon et al. 2008).
- Anlauf- und Beratungsstellen empfehlen Sans Papiers oft, nur dann eine Krankenversicherung abzuschliessen, wenn die Person über ausreichende finanzielle Mittel zur Begleichung von Prämienzahlungen und Kostenbeteiligungen verfügt oder hohe Gesundheitskosten zu erwarten sind und die Finanzierung der Prämien und Kostenbeteiligungen anderweitig (über NPOs, Solidaritätsfonds etc.) sichergestellt werden kann. Die auf das Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen folgenden Inkassobemühungen durch die Krankenversicherungen stellen aus Sicht vieler NPOs ein Risiko für Sans Papiers dar, dass ihr illegaler Aufenthalt den Behörden bekannt wird oder die entstandenen Schulden einer möglichen späteren Regularisierung ihres Aufenthalts hinderlich sein könnten (Wyssmüller/Efionayi 2011: 21f.).
- Sans Papiers können sich bei gesundheitlichen Beschwerden vielfach mit anderen Strategien behelfen, mit denen die Notwendigkeit einer individuellen Krankenversicherung umgangen werden kann (vgl. Abschnitt 4.2.1).

3.1.2 Kantonale Praxis der Versicherung von ausreisepflichtigen Personen mit NEE oder negativem Asylentscheid

Wie bereits einführend festgehalten ist der Versicherungsstatus derjenigen Sans Papiers, die aufgrund eines NEE oder eines negativen Asylentscheids ausreisepflichtig sind und einem Kanton zum Wegweisungsvollzug zugewiesen wurden, in der Regel davon abhängig, ob der für sie zuständige Kanton die für sie im Rahmen des Asylverfahrens abgeschlossene Krankenversicherung aufrecht erhält bzw. beim Fehlen einer solchen eine Versicherung abschliesst oder nicht.²⁴ Obwohl die Versicherungspflicht für diese Personen nach wie vor gilt, solange sie sich in der Schweiz aufhalten, ist aufgrund des Sozialhilfestopps (vgl. Abschnitt 2.2.4) nicht automatisch gewährleistet, dass die Krankenversicherung nach Abschluss des Asylverfahrens seitens der Behörden aufrechterhalten wird. Die entsprechende Praxis wurde im Rahmen der Interviews in den Kantonen erhoben (vgl. auch frühere Erhebungen z.B. SBAA 2008; Trummer 2008).

Praxis der Kantone

Zwölf Kantone²⁵ führen die Versicherungsdeckung für Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid in der Regel solange weiter, wie der Verbleib der ausreisepflichtigen Person der zuständigen Behörde bekannt ist, d.h. üblicherweise solange die Person Sozial- oder Nothilfe

²⁴ Offenbar kommt es in einzelnen Fällen auch vor, dass eine ausreisepflichtige Person anderweitig versichert wird, z.B. durch eine NPO, einen Fonds etc. (Interviewaussagen).

²⁵ AG, AI, AR, BL, GL, LU, NW, OW, TI, VD, VS.

FR: Die Personen werden erst nach drei Monaten nach der Einreise versichert; Bei Personen mit NEE, die sich noch nicht drei Monate in der Schweiz aufhalten, daher nicht versichert sind und Nothilfe beantragen, wird in Abhängigkeit der medizinischen Kosten über eine Versicherung entschieden,

bezieht oder allenfalls inhaftiert ist.²⁶ In vier dieser Kantone bleiben zudem Personen, deren Verbleib nicht bekannt ist, versichert, wenn sie aufgrund einer bekannten schweren Krankheit regelmässig medizinische Angebote in Anspruch nehmen müssen (Luzern, Tessin), oder werden wieder versichert, wenn sie sich zwar nicht im Zuweisungskanton aufhalten, aber hohe medizinische Kosten verursachen (Appenzell Innerrhoden, Freiburg). Eine Person, die von den Behörden aufgrund unbekanntem Aufenthalts von der Versicherung abgemeldet wurde, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch Nothilfe beantragt oder inhaftiert wird, wird in diesen zwölf Kantonen zumeist wieder bei der Versicherung angemeldet.²⁷

In einem Kanton (Uri) bleiben ausreisepflichtige Personen in der Regel ebenfalls versichert, wenn sie sich im Kanton aufhalten. Werden sie dem Kanton aber erst nach erwachsener Rechtskraft des Nichteintretensentscheids zugewiesen, werden sie erst nach einer Frist von drei Monaten versichert. Innerhalb dieser Frist entscheidet der Kanton von Fall zu Fall über den Abschluss einer Krankenversicherung. In zwei Kantonen (Genf, Neuenburg) bleiben Personen mit negativem Asylentscheid versichert, solange ihr Verbleib den Behörden bekannt ist, während bei Personen mit Nichteintretensentscheid im Einzelfall über den Abschluss oder die Weiterführung einer bestehenden Krankenversicherung entschieden wird.²⁸ In einem Kanton (Zug) werden die ausreisepflichtigen Personen bei Rechtskraft des Wegweisungsentscheids üblicherweise abgemeldet, aber wieder versichert oder allenfalls neu versichert²⁹, wenn sie sich drei Monate später weiterhin im Kanton aufhalten, weil sie Nothilfe beziehen oder inhaftiert sind. Vor Ablauf dieser Frist werden sie versichert, wenn sie medizinische Kosten verursachen.

In neun Kantonen³⁰ werden ausreisepflichtige Personen durch die zuständige Behörde in aller Regel bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwach-

²⁶ Die Frist bevor eine Person, deren Verbleib unbekannt ist, bei der Versicherung abgemeldet wird, unterscheidet sich teilweise beträchtlich zwischen den Kantonen und ist in der Regel einerseits davon abhängig, wie häufig die Person Nothilfe neu beantragen muss (täglich, wöchentlich, etc.) und zu welchen Zeitpunkten die zuständige Behörde eine Person bei der Versicherung abmelden kann (täglich, alle vierzehn Tage, auf Ende Monat etc.).

²⁷ AG entscheidet aufgrund des bisherigen Anwesenheitsverhaltens über eine Reaktivierung der Krankenversicherung, wenn eine Person Nothilfe beantragt, AR aufgrund der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer und der zu erwartenden medizinischen Kosten, wenn eine Person Nothilfe beantragt oder inhaftiert wird, LU aufgrund der erwarteten Dauer des Aufenthalts, wenn eine Person Nothilfe beantragt und VD meldet eine Person in Administrativhaft erst nach einer Frist von 30 Tagen wieder an.

²⁸ Der Entscheid über die Krankenversicherung erfolgt in Abhängigkeit der zu erwartenden Kosten (NE) bzw. des Gesundheitszustands (GE). GE versichert zudem als vulnerabel definierte Personen.

²⁹ Betrifft Personen, die erst nach dem Nichteintretensentscheid dem Kanton zugewiesen wurden und daher noch nicht krankenversichert waren.

³⁰ BS, GR, JU.

BE ZG und ZH: Personen, die nach einem rechtskräftigen Wegweisungsentscheid in einer Gemeindeunterkunft bleiben, werden nicht abgemeldet,

SH: Personen, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie in absehbarer Frist wieder in das Asylverfahren aufgenommen werden, sowie Familien und Minderjährige werden in der Regel nicht abgemeldet,

SO: Personen, die sich bereits über längere Zeit im Kanton aufhalten, werden nicht abgemeldet,

SZ: Familien mit schulpflichtigen Kindern und Frauen werden nicht abgemeldet,

TG: Als vulnerabel definierte Personen, insbesondere Mütter und Kinder, werden nicht abgemeldet.

sen ist. Bei Bedarf bleiben sie jedoch in Abhängigkeit ihrer Krankheitsgeschichte, ihres Gesundheitszustands bzw. der zu erwartenden medizinischen Kosten versichert oder werden wieder versichert, sofern sie Nothilfe beziehen oder inhaftiert sind.³¹

In verschiedenen Kantonen werden Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid den Gemeinden zugewiesen. Damit kann auch die Zuständigkeit für bzw. der Entscheid über die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes an die Gemeinden delegiert werden: In einem Kanton (St. Gallen)³² obliegt der Entscheid über die Weiterführung der Versicherung daher der zuständigen Gemeinde.

Die Praxis einiger Kantone, Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bei der Krankenversicherung abzumelden, wird damit begründet, dass der für diese Personen geltende Sozialhilfestopp eine dissuasive Wirkung entfalten soll, die die Ausreise bzw. die Kooperation zur Ausreise fördern oder zumindest keine Anreize zum weiteren Verbleib schaffen soll (vgl. Abschnitt 2.2.4). Aus Sicht einzelner Kantone könnte eine durch den Kanton finanzierte Krankenversicherung und der damit verbundene Zugang zu OKP-Leistungen der dissuasiven Ausgestaltung des Nothilfesystems entgegenwirken und steht daher im Widerspruch zu dieser Zielsetzung. Die medizinische Versorgung nicht versicherter Personen ist insofern sichergestellt, dass die Kantone im Rahmen der Nothilfe bei ihnen zugewiesenen Personen die effektiven Kosten mindestens für Behandlungen im Notfall übernehmen (vgl. Kapitel 4). Der Entscheid, ob Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid versichert bleiben oder allenfalls wieder versichert werden, beruht daher vielfach auf einer Abwägung der effektiven Behandlungskosten mit den Kosten, die dem Kanton durch die Weiterführung der Versicherung entstehen, sowie des administrativen Aufwands, der sich aus der jeweiligen Praxis (Fortführung der bestehenden Versicherung oder Abmeldung, allfälliger Wiedereintritt) für die zuständige Behörde ergibt. Dies gilt in besonderem Masse im Fall von ausreisepflichtigen Personen, die nicht regelmässig und über eine längere Zeit Nothilfe beziehen und deren Verbleib den zuständigen Behörden daher nur punktuell bekannt ist. Ist der Verbleib einer Person über längere Zeit unbekannt, geht der Zuweisungskanton in der Regel davon aus, dass die Person ausgereist ist und meldet sie folglich von der Krankenversicherung ab (vgl. hierzu Fussnote 26). Einige Kantone orientieren sich bei ihrer Praxis der Abwägung verschiedener Faktoren für den Entscheid über die allfällige Weiterführung oder den Wiedereintritt in die Krankenversicherung gemäss eigenen Angaben an den Empfehlungen der SODK (2007) über die Ausrichtung der Nothilfe für ausreisepflichtige Personen (vgl. auch Abschnitt 2.2.4).

Es kann vorkommen, dass eine bereits bei der Versicherung abgemeldete Person zu einem späteren Zeitpunkt allenfalls wieder bei der Versicherung angemeldet wird, wenn sie Nothilfe beantragt oder inhaftiert wird.. Erfolgt ein Wiedereintritt in die Versicherung, ist dies in einzelnen

³¹ BS und ZH beziehen zusätzlich die voraussichtliche Aufenthaltsdauer in den Entscheid mit ein.

³² Ein gemeinsames Handbuch empfiehlt den Gemeinden, in Abhängigkeit des Gesundheitszustands der betreffenden Person über die Fortführung oder die Beendigung der Krankenversicherung zu entscheiden. In der Praxis bleiben in einigen Gemeinden alle ausreisepflichtigen Personen versichert, in anderen nur als vulnerabel definierte Personengruppen.

Kantone unter gewissen Umständen mit zusätzlichen Kosten (Prämienzuschlag und/oder Prämienachzahlung) seitens der zuständigen Behörde verbunden, wie dies Art. 5 Abs. 2 KVG vorsieht.³³ In den meisten Kantonen muss die zuständige Behörde bei Wiedereintritt einer Person in die Versicherung jedoch keine Prämienachzahlung leisten oder einen Prämienzuschlag entrichten.

Ausgestaltung des Versicherungsdispositivs

Die Ausgestaltung des kantonalen Versicherungssystems für Personen aus dem Asylbereich wird einerseits durch die Versicherer geprägt, indem diese der für die Versicherung zuständigen Behörde unterschiedliche Rahmenbedingungen bieten, wie beispielsweise die Möglichkeit eines Rahmenvertrags oder administrativ einfache Voraussetzungen für die Abmeldung und die Wiederaufnahme von versicherten Personen. In einzelnen Kantonen sind Krankenversicherer offenbar nur zur Kooperation mit den Asylbehörden bereit, wenn der Kanton die zu versichernden Personen auf mehrere Versicherer verteilt. Es gibt auch Kantone, in denen die Kantonsregierung eine solche Vorgabe beschlossen hat. Gleichzeitig bevorzugen die für die Versicherung zuständigen kantonalen Behörden in der Regel Arrangements mit geringem administrativem Aufwand und hoher Flexibilität, insbesondere was die An- und Abmeldung betrifft, um je nach Ermessen auf veränderte Situationen (Aufenthaltsdauer, Verbleib, Gesundheitszustand, Kosten etc.) zu reagieren. Dies kann beispielsweise bedeuten, dass bei Rahmenverträgen eine Mutationsmeldung über den Versichertenbestand für eine Abmeldung oder einen Wiedereintritt ausreicht oder bei einer individuellen Versicherung die Abmeldung von ausreisepflichtigen Personen und allfällige Wiedereintritte in die Krankenversicherung mit kleinem administrativem Aufwand möglich sind, oder dass bei Wiedereintritten in die Versicherung keine zusätzlichen finanziellen Verpflichtungen entstehen.

Versichertenkarte

Nicht alle Versicherer erstellen für Personen des Asylbereichs eine Versichertenkarte, dies ist abhängig von den Regelungen zwischen der zuständigen kantonalen Behörde und dem Versicherer. Stellt der Versicherer eine Karte aus, wird diese in der Regel bei der kantonalen Behörde oder der Betreuung der Unterkunft, in der die ausreisepflichtigen Personen untergebracht sind, hinterlegt. In der Regel verfügen versicherte ausreisepflichtige Personen daher über keinen Versicherten ausweis. Elf Kantone³⁴ geben den versicherten Personen ein Ersatzdokument (Versicherungsbescheinigung, Voucher, Covercard u.ä.) ab, auf dem die Personalien und die Rechnungsadresse und allenfalls der zuständige Erstversorgerarzt vermerkt sind. Nur in zwei Kantonen (Obwalden,

³³ Prämienachzahlung: GL, NW, ZG.

AG: Nur wenn davon ausgegangen werden muss, dass sich die zu versichernde Person in der Zwischenzeit weiterhin in der Schweiz aufgehalten hat und nicht ausgewandert ist;

AI: Nur, wenn der Versicherungsunterbruch weniger als ein halbes Jahr beträgt oder die zu versichernde Person während des Versicherungsunterbruchs medizinische Leistungen in Anspruch genommen hat;

VD: Nur, wenn der Wiedereintritt später als drei Monate, nachdem der erneute Aufenthalt der zu versichernden Person in der Schweiz bekannt wurde, erfolgt.

³⁴ BE, BL, FR, GE, JU, NE, NW, SO, VD, VS, ZH.

St. Gallen – je nach Gemeinde) wird den versicherten Personen die Versichertenkarte ausgehändigt.

Der Entscheid, versicherten Personen keine Versichertenkarte abzugeben, wird durch die Kantone unterschiedlich begründet. In der Regel geht es den Behörden darum, die Kosten der Gesundheitsversorgung kontrollieren zu können. Zu diesem Zweck wollen sie vermeiden, dass die versicherten Personen uneingeschränkt bzw. unkontrolliert Versorgungsleistungen oder Medikamente beziehen, für die der Kanton aufkommen muss, und sicherstellen, dass die Abrechnungen für diese Leistungen direkt über die zuständige Behörde erfolgt und nicht über die versicherte Person. Aus Sicht einzelner Kantone könnte die Abgabe der Versicherungskarte hinsichtlich der angestrebten dissuasiven Wirkung des Sozialhilfestopps zudem ein falsches Signal an die ausreisepflichtigen Personen darstellen. Darüber hinaus ergeben sich gemäss verschiedenen Kantonen praktische Probleme aus der Abgabe der Versichertenkarte (Möglichkeit des Missbrauchs durch Weitergabe an andere Personen, Karte bleibt auch bei unbekanntem Verbleib des Karteninhabers gültig, etc.).

3.1.3 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 Kantonen³⁵ auf Antrag möglich ist, bei der regulären Prämienverbilligung berücksichtigt zu werden. In der Regel sind für die Antragstellung der Nachweis einer bestehenden Versicherung und eine geeignete Form der Dokumentation des Einkommens erforderlich. Der Einkommensnachweis muss nicht zwingend anhand von Steuerdaten erfolgen. Die Anträge können in diesen Kantonen durch Anlauf- oder Beratungsstellen für Sans Papiers begleitet werden. In elf Kantonen³⁶ 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 Frage muss daher offen bleiben, ob es in diesen Kantonen für Sans Papiers möglich wäre, Prämienverbilligung zu erhalten.

Insgesamt dürfte das fehlende Wissen über die Möglichkeit der Prämienverbilligung sowie die Unkenntnis über die jeweilige kantonale Praxis viele Sans Papiers davon abhalten, Prämienverbilligung zu beantragen. 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). Ist es möglich, dass Sans Papiers Prämienverbilligung auf Antrag erhalten können, indem sie wirtschaftlich

³⁵ BE, BS, FR, GE, NE, TG, VD.

³⁶ AR, GL, JU, NW, SG, SH, SO, UR, VS, ZG, ZH (mit Ausnahme einzelner Gemeinden, z.B. Zürich, Winterthur).

bescheidene Verhältnisse anderweitig, z.B. durch eine Selbstdeklaration der Einkünfte, sowie den Wohnort glaubwürdig nachweisen können, können dennoch Zugangshürden bestehen:

- Der Antrag auf Prämienverbilligung muss in einigen Kantonen bei der zuständigen Gemeinde eingereicht werden³⁷, was für Sans Papiers ein höheres Risiko bedeuten dürfte, dass ihr illegaler Aufenthalt bekannt wird, als wenn der Antrag bei einer kantonalen Stelle eingereicht werden kann.³⁸ Dies, weil auf Gemeindeebene eine behördlich nicht gemeldete Person vermutlich rascher entdeckt wird als auf Kantonebene (institutionelle Nähe zur Einwohnerkontrolle; stärkere soziale Kontrolle wegen kleinräumigen Dimensionen).
- 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.

3.2 Aufnahmepraxis der Krankenversicherer

Informationen zur Aufnahmepraxis der Krankenversicherer stammen einerseits aus den Antworten von elf Versicherungsgesellschaften bzw. -konzernen im Rahmen der schriftlichen Befragung (vgl. Abschnitt 1.2.2), andererseits aus den diversen geführten Gesprächen. Zu den schriftlichen Stellungnahmen der Versicherer ist festzuhalten, dass diese die allgemeine Optik der Hauptsitze wiedergeben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Praxis im konkreten Einzelfall in Abhängigkeit der internen Organisation der Versicherungsgesellschaft je nach Regionalstelle oder gar Sachbearbeitenden unterschiedlich ausfällt.

In wie vielen Fällen ein Versicherer die Aufnahme einer Person ohne Aufenthaltsbewilligung abgelehnt hat oder beim Abschluss einer Versicherung Schwierigkeiten aufgetreten sind, ist aus verschiedenen Gründen schwierig zu beziffern. Aufgrund des Umstands, dass Sans Papiers den Kontakt zu Behörden in der Regel vermeiden und den zuständigen Behörden Fälle ungerechtfertigter Ablehnungen nicht zur Kenntnis gebracht werden, gibt es keine über eine anekdotische Evidenz hinausgehenden Informationen. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Aufnahmepflicht seitens der Krankenversicherer nicht unumstritten ist: Einzelne Versicherer (und in anderem Zusammenhang *santésuisse*³⁹) gaben in ihren Befragungsantworten an, es als störend zu empfinden, dass Personen, die sich illegal in der Schweiz befinden, zu versicherungspflichtigen Personen erklärt wurden. Anhand der vorliegenden Informationen kann bezüglich der Aufnahmepraxis der Krankenversicherer folgendes festgehalten werden:

In der Regel ist es für Krankenversicherer gemäss eigenen Angaben ersichtlich, wenn eine Person, die eine Versicherung abschliessen möchte, über keine Aufenthaltsbewilligung verfügt. Dies

³⁷ z.B. AG, LU, ZH

³⁸ Gleichzeitig eröffnet die Regelung, dass Anträge auf Prämienverbilligung bei der zuständigen Gemeinde eingereicht werden müssen, im Kanton ZH gemäss Interviewaussagen für einzelne Gemeinden die Möglichkeit, Sans Papiers Prämienverbilligung zu gewähren, selbst wenn dies im Widerspruch zur kantonalen Praxis steht.

³⁹ Vernehmlassungsantwort von *santésuisse* zu den Teilrevisionen Asylverordnung 1, Asylverordnung 2, Verordnung über den Vollzug der Weg- und Ausweisung von ausländischen Personen vom 6. Februar 2004.

ergibt sich einerseits aus den Umständen, das heisst, wenn der Antrag durch eine Behörde im Rahmen einer Zuweisung nach Art. 6 KVG erfolgt (vgl. Abschnitt 3.3), von einer Beratungsstelle für Sans Papiers begleitet oder bei Vorliegen einer Vollmacht von dieser gestellt wird. Andererseits ist es den meisten Versicherern möglich, über das Antragsformular oder im Rahmen von dessen Bearbeitung Rückschlüsse auf den Aufenthaltsstatus einer Person zu ziehen, insbesondere wenn keine Vorversicherung besteht. 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. Einer der befragten Versicherer verlangt für den Versicherungsantrag überdies die Angabe der ZAR- oder ZEMIS-Nummer⁴⁰ der betreffenden Person.

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. Die Bearbeitung der Versicherungsanträge beinhaltet bei zahlreichen Versicherern routinemässige oder fallweise Abklärungen bei der Einwohnerkontrolle der Wohngemeinde hinsichtlich Aufenthaltsstatus und Wohnsitz. Einige Versicherer geben hingegen an, dass sie keinen Kontakt mit den Behörden aufnehmen. Einzelne Versicherer haben für Anträge von Personen, bei denen es sich um Sans Papiers handeln könnte, spezifische Verfahren eingerichtet: Ein Versicherer erhebt zur Überprüfung des Wohnsitzes und damit der Versicherungspflicht mittels eines Fragebogens im persönlichen Beratungsgespräch weitere Informationen über die Abmeldung im Heimatland und Umstände der Einreise in die Schweiz, Adresse und Anmeldung auf der Wohngemeinde, Aufenthaltsbewilligung oder Visum sowie Arbeitgeber und Steuern. Ein anderer Versicherer nimmt zur Sicherstellung des Inkasso bei Prämienausständen und unbezahlten Kostenbeteiligungen bei Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus mit der Wohngemeinde Kontakt auf und versichert die Person, wenn die Gemeinde bestätigt, allfällige offene Prämien oder Kostenbeteiligungen zu übernehmen.

Aus den Gesprächen mit für die Kontrolle der Versicherungspflicht zuständigen Behörden ergaben sich Hinweise auf einzelne Fälle, in denen bei der Zuweisung von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung zu einem Versicherer nach Art. 6 KVG Schwierigkeiten aufgetreten sind, indem der Versicherer den Umstand in Abrede gestellt hat, dass die betreffende Person versicherungspflichtig ist. Hinweise auf spezifische Probleme bei der Versicherung von Personen aus dem Asylbereich durch die zuständige Behörde zeigen sich einerseits an einem Fall, in dem bei der Einführung des Nothilfesystems für Personen mit Nichteintretensentscheid (2004) ein Versicherer es abgelehnt hat, diese Personen zu versichern. Andererseits verweisen Medienberichte auf

⁴⁰ ZAR: Zentrales Ausländerregister; ZEMIS: Zentrales Migrationsinformationssystem des Bundes.

einen Fall, in dem es ein Versicherer abgelehnt hat, asylsuchende Personen zu versichern, weil sie als schlechte Risiken beurteilt werden.⁴¹

Auch Beratungsstellen für Sans Papiers treffen hin und wieder auf Schwierigkeiten bei der Versicherung von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung. So kommt es vor, dass Anträge von Sans Papiers oder von Beratungsstellen, die als Intermediär auftreten, nicht oder nur auf Nachfrage bearbeitet werden. In einigen Fällen meldete die Beratungsstelle den Sachverhalt der zuständigen kantonalen Behörde, andere Beratungsstellen versuchen die betreffende Person bei einem anderen Versicherer zu versichern, die in der Vergangenheit bereits Sans Papiers aufgenommen hat. Nur selten werden kantonalen Behörden Fälle, in denen ein Versicherer die Aufnahme ablehnt, durch Sans Papiers selbst zur Kenntnis gebracht.

Sofern sie überhaupt von Schwierigkeiten bei der Versicherung von Sans Papiers Kenntnis erhalten, können kantonale Behörden versuchen, informell 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. Eigentliche Sanktionsmöglichkeiten fehlen ihnen jedoch, weil die Kantone keine Aufsichtskompetenz gegenüber den Krankenversicherern haben. Sie können solche Probleme lediglich 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 Versicherer und versicherter 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 finanzielles Risiko dar, was sie entsprechend als unbefriedigend beurteilen.

Die Aufnahmepraxis der Versicherer ist von verschiedenen Faktoren geprägt: Einerseits haben sie aus oben erwähnten Gründen ein grosses Interesse daran, das Inkasso von allfälligen Prämienausständen und unbezahlten Kostenbeteiligungen sicherzustellen zu können, weshalb sie entweder zusätzliche Abklärungen bei der Einwohnerkontrolle durchführen, um die Versicherungspflicht zu überprüfen und/oder die Inkassomöglichkeit sicherstellen zu können, oder bei der Aufnahme von Personen, deren Angaben nicht überprüfbar sind, zurückhaltend sind. Derartige Abklärungen durch die Versicherer erhöhen jedoch das Risiko für die versicherte oder zu versichernde Person, dass ihr illegaler Aufenthalt fremdenpolizeilichen Behörden bekannt wird. Des Weiteren ist der Umstand, dass sich Personen ohne Aufenthaltsbewilligung häufig erst versi-

⁴¹ 24 heures online vom 8. September 2010

chern oder von der zuständigen kantonalen Stelle einem Versicherer zugewiesen werden, wenn beträchtliche Kosten für medizinische Leistungen anstehen, aus Sicht der Versicherer unattraktiv.

Eine Besonderheit der Versicherung ausreisepflichtiger Personen ist zudem der Umstand, dass gemäss den geführten Interviews eine Vielzahl an Versicherern die (formlose) Abmeldung solcher Personen durch die kantonale Behörde akzeptiert, z.B. wenn diese mit der erwachsenen Rechtskraft des Wegweisungsentscheids oder mit unbekanntem Verbleib der betreffenden Person begründet wird, ohne dass nachweislich eine der Voraussetzungen für eine Abmeldung gemäss KVV vorliegt.

3.3 Beitrittskontrolle durch die Behörden

Die Expertengespräche mit VertreterInnen der für die Umsetzung von Art. 6 KVG zuständigen kantonalen Stellen⁴² dienten dazu, die Organisation und Funktionsweise der behördlichen Beitrittskontrolle zu beschreiben und zu analysieren. Die wichtigsten Informationen zur Praxis der einzelnen Kantone finden sich in den Kantonsporträts im Anhang. Nachfolgend sind die wesentlichen Erkenntnisse, die sich daraus ergeben, erörtert.

Die zuständigen kantonalen Behörden haben die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht in aller Regel an die Gemeinden delegiert.⁴³ In den meisten dieser Kantone⁴⁴ erfolgt sie über die Einwohnerkontrollen der Gemeinden: Personen, die sich beim Zuzug auf der Einwohnerkontrolle anmelden, haben nachzuweisen, dass sie entweder gemäss KVG versichert sind oder nicht der Versicherungspflicht gemäss KVG unterstehen. In der Regel handelt es sich dabei um eine Verpflichtung; im Bedarfsfall sind damit mehrmalige Aufforderungen an die Person, dieser nachzukommen, verbunden. 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 Art. 6 KVG einem Krankenversicherer zugewiesen. In einzelnen Kantonen werden neu zuziehende Personen bei der Anmeldung über die Versicherungspflicht und die Möglichkeit der Befreiung davon auf Ersuchen informiert,⁴⁵ es besteht jedoch keine eigentliche Pflicht zum Nachweis der Versicherungsdeckung. Auf kantonomer 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, deren Risiko, zu einem späteren Zeitpunkt über ungenügenden oder

⁴² In einzelnen Kantonen wurden zusätzlich Gespräche mit Vertreterinnen der kommunalen Ebene geführt.

⁴³ Ausnahmen: AI Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht durch die kantonale Einwohnerkontrolle; BS, kantonales Amt für Sozialbeiträge; GE, Kantonale Kontrollstelle über die Einhaltung der Versicherungspflicht; JU, Kantonales Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit den regionalen Sozialdiensten; NE, Kantonale Kontrollstelle für die Bewilligungen G, L, B, C und für Sans Papiers, Migrationsdienst für die Ausweise N und F; NW, Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft werden vom kantonalen Amt für Migration über die Versicherungspflicht informiert, SG, Personen, die aus dem Ausland zuziehen, müssen sich bei der Kontrollstelle für Krankenversicherung melden.

⁴⁴ Ausnahmen: NW: AHV-Zweigstellen in den Gemeinden; VD: Agences communales d'assurances sociales.

⁴⁵ Nur Information z.B. BS.

keinen Versicherungsschutz zu verfügen, als erhöht wahrgenommen wird (bspw. Personen mit ausländischer Krankenversicherung).⁴⁶ In einzelnen Gemeinden (z.B. in der Stadt Lausanne, vgl. Bezençon et al. 2008: 21) überprüfen die Schulen den Versicherungsstatus schulpflichtiger Kinder. Gemäss Wyssmüller/Efionayi (2011: 25) werden 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. Personen mit ungenügendem oder fehlendem Versicherungsschutz, mit denen die betreffende Behörde nie Kontakt hat, werden entsprechend von der routinemässigen Beitrittskontrolle nicht erfasst. Das in den meisten Kantonen bestehende Dispositiv zur Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht weist somit generell systeminhärente Schlupflöcher auf, d.h. die kantonalen und kommunalen Behörden können nicht gewährleisten, dass sämtliche versicherungspflichtigen Personen – unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsstatus – effektiv versichert sind. Gemäss diversen Hinweisen aus den geführten Interviews kann sich die fehlende Versicherungsdeckung einer versicherungspflichtigen Person beispielsweise aus folgenden Konstellationen ergeben:

- Die Person ist der Einwohnerkontrolle nicht bekannt bzw. nicht gemeldet. Dies betrifft insbesondere Sans Papiers, aber unter anderem auch Grenzgänger, für deren Krankenversicherung der jeweilige Arbeitgeber verantwortlich ist.
- Die Person ist seit Inkrafttreten des Versicherungsobligatoriums 1996 nie umgezogen und musste deshalb gegenüber der Einwohnerkontrolle nie einen Versicherungsnachweis erbringen.
- Lückenhafte Kontrollpraxis: Die zuständige Behörde verlangt keine schriftliche Bestätigung der Versicherungsdeckung (z.B. Kopie der Versicherungspolice), gibt sich mit vagen, unvollständigen oder falschen Angaben zufrieden, oder sie nimmt bei fehlender Versicherungsdeckung keine Zuweisung zu einem Versicherer vor.
- Die Person kommt der Aufforderung, sich entweder zu versichern oder ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht zu stellen, nicht selber nach und wird von der zuständigen Behörde weder einem Versicherer zugewiesen noch erneut kontrolliert.
- Die zum Zeitpunkt der erfolgten Kontrolle bestehende (z.B. ausländische) Versicherung ist abgelaufen/wurde gekündigt, und es wurde keine neue Versicherung abgeschlossen.⁴⁷
- Ändert sich der Versichertenstatus einer Person aus dem Asylbereich, weil sie bei Abschluss des Asylverfahrens von einer Kollektiv- in eine Individualversicherung überführt oder von der Versicherung abgemeldet wird (vgl. Abschnitt 3.1.2), erfolgt in der Regel keine Informa-

⁴⁶ Z.B. Stadt Zug.

⁴⁷ Bei Personen, die bei einer Schweizer Krankenversicherung gemäss KVG versichert sind, sollte dies eigentlich über die Bestimmung in Art. 7 Abs. 5 KVG ausgeschlossen sein. Demnach kann ein bestehendes Versicherungsverhältnis erst beendet werden, wenn die Weiterversicherung bei einem anderen Versicherer nachgewiesen wird.

tion von der Asylbehörde an die für die Beitrittskontrolle zuständige Stelle.⁴⁸ Daher erfolgt von dieser Seite in aller Regel keine Überprüfung, ob bei Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid der Versicherungsschutz auch nach Abschluss des Asylverfahrens während der gesamten Dauer des weiteren Aufenthalts in der Schweiz gewährleistet ist, wie dies das KVG vorsieht. Dieser Umstand begründet sich im Wesentlichen damit, dass das Asylwesen und die Beitrittskontrolle institutionell unterschiedlich angesiedelt sind, unterschiedliche Aufträge haben und kein entsprechender Informationsaustausch vorgesehen ist. Hinzu kommt, dass die seitens des Kantons für die Beitrittskontrolle zuständige Stelle kein direktes Interesse an einer direkten Information über von der Versicherung abgemeldete Personen hat, weil sie die Beitrittskontrolle meistens an die kommunalen Einwohnerkontrollen delegiert hat und dabei lediglich eine subsidiäre Rolle ausübt.

Personen mit ungenügendem oder fehlendem Versicherungsschutz, die von der behördlichen Beitrittskontrolle nicht erfasst werden – was bei den meisten Sans Papiers der Fall sein dürfte – 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. Die zuständige Behörde kann zudem über andere Behörden, mit denen die betreffende Person gegebenenfalls in Kontakt kommt (bspw. Sozialhilfebehörden, Strafvollzugsbehörden, Behörden anderer Kantone), Kenntnis über das Fehlen des Versicherungsschutzes erhalten, wenn diese diesen Umstand abklären. In der Regel betreffen solche Meldungen jedoch Personen, die über eine Aufenthaltsbewilligung oder einen Niederlassungsausweis verfügen und bei der Einwohnerkontrolle angemeldet sind. Nur eine Minderheit der Kantone⁴⁹ hat gemäss eigenen Angaben Erfahrung mit Meldungen nicht versicherten 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. Diese Prozesse weisen weitgehend dasselbe Grundmuster auf, unterscheiden sich aber je nach Kanton hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Schritte: Im Anschluss an eine Meldung einer nicht versicherten Person klären die Behörden in der Regel den Aufenthaltsstatus und die Versicherungspflicht der betreffenden Person ab. Ist sie versicherungspflichtig, erfolgt zumeist eine behördliche Zuweisung an einen Krankenversicherer. In einzelnen Kantonen werden dabei Anlaufstellen für Sans Papiers und/oder andere zivilgesellschaftliche Organisationen

⁴⁸ Eine Ausnahme bildet der Kanton NE: Die für die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige Behörde wird informiert, wenn das Asylverfahren einer Person abgeschlossen ist und diese aus der Kollektivversicherung abgemeldet und individuell versichert wird oder wenn der Verbleib einer Person unbekannt ist und diese von der Versicherung abgemeldet wird.

⁴⁹ BE, BS, FR, GE, JU, NE, , TG, VD, VS.
SZ und ZH nur Asylkoordination.

involviert, die allenfalls den Abschluss der Krankenversicherung vornehmen oder die zur Wahrung der Anonymität der Sans Papiers als Empfängerin der Zuweisungsverfügung dienen. Gemäss den Interviewaussagen unterscheiden 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 Migrationsbehörden, kontaktiert, während sie in anderen Kantonen zwar Auskünfte bei den Migrationsbehörden einholen, dies aber keine fremdenpolizeilichen Folgen für die betreffende Person hat.

- Kanton Bern: Für Leistungserbringer, die nicht versicherte Personen behandeln, besteht ein Meldeformular, mit dem sie solche Personen dem Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht (ASVS) zur Kenntnis bringen können. Im Anschluss an eine solche Meldung nimmt das ASVS mit der betreffenden Person Kontakt auf und klärt ab, ob sie versicherungspflichtig ist. Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung werden gebeten, Angaben über das Einreisedatum in die Schweiz, einen allfälligen früheren Status als asylsuchende Person, die Dauer des Aufenthalts und Bleibeabsicht im Kanton oder in der Schweiz zu machen. Das ASVS ist im Gegenzug dazu verpflichtet, die Personendaten vertraulich zu behandeln und nicht an die Fremdenpolizei weiterzuleiten. Das ASVS darf aber Informationen über eine allfällige frühere Krankenversicherung beim Migrationsdienst einholen, um abklären zu können, ob diese Versicherung reaktiviert oder ob die Person einem Versicherer zugewiesen werden muss. Bei der Zuweisung werden die Versicherer proportional zu ihrer Grösse und die finanziellen Verhältnisse der betroffenen Person berücksichtigt.
- Kanton Basel-Stadt: Das Amt für Sozialbeiträge (ASB) berücksichtigt bei der Zuweisung den Marktanteil der Versicherer. Bei Sans Papiers kann die Zuweisungsverfügung dem Spital oder der Anlaufstelle für Sans Papiers zugestellt werden, wenn dies zur Wahrung der Anonymität der betreffenden Person erforderlich ist.
- Kanton Freiburg: Der Service de l'action sociale holt infolge einer Meldung einer nicht versicherten Person Informationen unter anderem beim Service de la population et des migrants ein. Ist die betreffende Person im ZEMIS erfasst, wird sie an die entsprechende Behörde oder den zuständigen Kanton verwiesen. Ist sie nicht erfasst, wird sie entweder durch den Service de l'action sociale einem Versicherer zugewiesen oder kann sich durch das Centre de Contact Suisse Immigrés, mit dem der Service ein Abkommen über die Versicherung von Sans Papiers hat, versichern lassen. Solche Abkommen bestehen zudem mit anderen Organisationen, z.B. FriSanté.
- Kanton Genf: Der Service de l'assurance maladie (SAM) wählt für die Zuweisungen diejenigen Versicherer aus, deren Prämien gleich oder tiefer als die Durchschnittsprämie des Kantons sind. Ist eine versicherte Person ohne Aufenthaltsbewilligung unauffindbar, leitet der SAM eine Suche ein. Bleibt diese erfolglos, erwirkt der SAM beim Versicherer nach drei Monaten die Auflösung der Versicherung.

- Kanton Neuenburg: Sans Papiers werden durch das Office cantonal de l'assurance-maladie (OCAM) nur versichert, wenn sie dies wünschen. Dabei werden keine Informationen mit anderen Behörden ausgetauscht.
- Kanton Waadt: Das Office de contrôle de l'assurance maladie (OCC) überprüft, ob eine Person bereits versichert war und diese, wenn die Aufhebung der Versicherung nicht länger als zwölf Monate her ist, reaktiviert werden kann. Ist dies möglich, übernimmt der Kanton die ausstehende Prämienzahlung, wenn dadurch ein Leistungsaufschub verhindert werden kann. War die Person während einem Asylverfahren versichert, wird eine neue Versicherung abgeschlossen. Das OCC holt dazu zwar Informationen bei den Sozialversicherungsanstalten und bei FARMED (Gesundheitsnetz für Personen des Asylbereichs) ein, aber nicht bei der Migrationsbehörde.

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 einer Hospitalisierung.

- Kanton Jura: Die zuständige Behörde holt infolge einer Meldung über eine nicht versicherte Person Informationen über den Aufenthaltsstatus, den Wohnort und eine allfällige vorherige Krankenversicherung ein. Bei Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung wird geprüft, ob ihr illegaler Aufenthalt in einen rechtmässigen Aufenthaltsstatus überführt werden kann oder sie weggewiesen wird.
- Kanton Thurgau: Die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde klärt nach Rücksprache mit den kantonalen Behörden ab, ob sich die Person tatsächlich in der Gemeinde aufgehalten hat und weist die Person einer Versicherung zu. Sie informiert bei Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung das Migrationsamt und allenfalls die zuständige Botschaft. Kann der illegale Aufenthalt der Person nicht in einen rechtmässigen Aufenthaltsstatus überführt werden, wird sie in ihr Herkunftsland zurückgeführt, sobald sie transportfähig ist.
- Kanton Wallis: Die zuständige Behörde überprüft, ob bereits eine Versicherung besteht oder die Person einem Versicherer zugewiesen werden muss. Ausserdem wird ein Verfahren eingeleitet, um zu überprüfen, ob der illegale Aufenthalt in einen rechtmässigen Aufenthaltsstatus überführt werden kann oder die Person weggewiesen wird.

Wendet sich ein medizinischer Leistungserbringer direkt an die Migrationsbehörden, dürfte dies für die gemeldete Person in der Regel ein Wegweisungsverfahren nach sich ziehen, sofern sie festgehalten werden kann.⁵⁰ Über die Mehrheit der Kantone, in denen die für die Kontrolle der Versicherungspflicht zuständige Stelle keine Erfahrung mit nicht versicherten Sans Papiers hat, können keine Aussagen über den Informationsaustausch in solchen Fällen und mögliche Folgen für den Aufenthalt der Person gemacht werden.

⁵⁰ z.B. SZ.

4 Der Zugang zu Gesundheitsversorgung in der Praxis

In diesem Kapitel finden sich Ausführungen zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Dabei ist von Interesse, wie sich deren Zugang zur Gesundheitsversorgung gestaltet, welche Probleme dabei bestehen, und wie die Kostenübernahme bei Behandlungen nicht versicherter Sans Papiers gehandhabt wird. Eine spezifische Frage ist diejenige nach allfälligen Dispositiven seitens der öffentlichen Hand (Kantone und/oder Gemeinden) oder von Privaten, die den Zugang von Sans Papiers zu Gesundheitsversorgung ermöglichen bzw. erleichtern.

4.1 Die Gesundheitsversorgung für Sans Papiers

Bezüglich der Gesundheitsversorgung von Sans Papiers lassen sich grundsätzlich zwei Systeme unterscheiden. Zum einen bestehen die Regelstrukturen im Rahmen der OKP (Abschnitt 4.1.1), die allen nach KVG versicherten Personen oder Selbstzahlern offen stehen. Zum anderen haben sich als Ergänzung zu diesen Regelstrukturen in verschiedenen Städten und Kantonen spezifische Versorgungseinrichtungen etabliert (Abschnitt 4.1.2). Daneben spielen beim Zugang von Sans Papiers zum Gesundheitssystem auch Anlauf- und Beratungsstellen für Sans Papiers eine gewisse Rolle (Abschnitt 4.1.3).

4.1.1 Versorgung innerhalb der Regelstrukturen gemäss OKP

Verfügen Sans Papiers über eine Krankenversicherung, steht ihnen wie allen übrigen Versicherten die Versorgung durch die Regelstrukturen im Rahmen der OKP (Leistungserbringer gemäss KVG: Ärzte, Spitäler, Apotheken etc.) offen. Die Regelversorgung können sie auch als Selbstzahler ausserhalb der OKP-Finanzierung in Anspruch nehmen.⁵¹ 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 (vgl. Efonyi/Achermann 2003; Gossweiler 2008).

Das Ausmass der Inanspruchnahme von Regelversorgung (über die OKP oder als 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 (vgl. Abschnitt 3.1.1). Dieser Umstand stellt für eine Gesamtbetrachtung der Situation ein methodisches

⁵¹ Zudem scheint es für Sans Papiers verschiedene Möglichkeiten zu geben, die Hürde der fehlenden Krankenversicherung zu umgehen, indem sich die Person als Tourist ausgibt oder die Versichertenkarte einer anderen Person vorweist (Wyssmüller/Efonyi 2011: 22).

Problem dar, weil so kaum Aussagen über die Bedeutung der Regelstrukturen für die Gesundheitsversorgung von Sans Papiers gemacht werden können.⁵²

4.1.2 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 (oder an andere Zielgruppen, in denen sich auch Sans Papiers finden, wie z.B. Obdachlose, Randständige, Sexarbeiterinnen) 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 (vgl. Abschnitt 4.3). Sie ist in vielen Fällen motiviert und geprägt von sozialem bzw. humanitärem Engagement und wird je nach Stadt bzw. Kanton in unterschiedlichem Ausmass von der öffentlichen Hand unterstützt. In den meisten dieser Einrichtungen erfolgt die Versorgung auf anonymer Basis, weshalb der Aufenthaltsstatus der betreuten Personen nicht immer bekannt ist. Trotz dieses Umstands und den damit verbundenen methodischen Problemen ist die Inanspruchnahme bzw. Versorgungssituation solch spezifischer Einrichtungen vergleichsweise besser dokumentiert als die Situation in der Regelversorgung (vgl. Bezençon et al. 2008; Gross 2009; Wyssmüller/Efionayi 2011). Zahlreiche Sans Papiers wenden sich auch bei bestehender Versicherung und entsprechendem Zugang zur Regelversorgung bei gesundheitlichen Problemen zunächst an eine spezifische Versorgungseinrichtung (vgl. Bezençon et al. 2008; Wyssmüller/Efionayi 2011). Dies dürfte damit zusammenhängen, dass die spezifischen Versorgungseinrichtungen einen niederschweligen Zugang bieten, allenfalls durch Spezialtarife den finanziellen Möglichkeiten der Sans Papiers besser entsprechen, Sans Papiers gegebenenfalls bereits wegen anderen Fragen oder in Zusammenhang mit dem Abschluss einer Krankenversicherung mit der Einrichtung in Kontakt waren, oder weil sie den spezifischen Angeboten durch ihre Ausrichtung auf marginalisierte Gruppen und/oder hauptsächlich Sans Papiers grösseres Vertrauen entgegenbringen und sich dort in einem geschützten Umfeld bewegen können.

Die spezifischen Angebote der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Kantonen werden ausführlich beschrieben von Wyssmüller/Efionayi (2011: 28-32). Diese Autorinnen unterscheiden drei verschiedene Typen solcher spezifischer Einrichtungen:

- Einzelne öffentliche Spitäler haben spezifische Einheiten geschaffen, die sich explizit um die Versorgung von Personen in prekären Lagen, Randständigen, Sans Papiers etc. kümmern. Solche Einheiten sind z.T. auch vom Kanton mit der Ausrichtung der medizinischen Versorgung im Rahmen des Asylwesens oder der Nothilfe gemäss Art. 12 BV beauftragt.

⁵² Auch Wyssmüller/Efionayi (2011) können in ihrem Bericht zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers kaum Aussagen zur Situation in den Regelstrukturen machen, weil sich praktisch nur spezifische Versorgungseinrichtungen an der von ihnen durchgeführten schriftlichen Befragung beteiligten, jedoch kaum Spitäler.

- Einzelne niederschwellige, von NPOs betriebene Versorgungseinrichtungen oder Anlaufstellen übernehmen selber gewisse Versorgungsleistungen und/oder arbeiten dafür mit einem Netzwerk assoziierter Leistungserbringer oder den bestehenden Regelstrukturen zusammen.
- Öffentlich (mit)finanzierte Anlauf-/Beratungsstellen mit (risiko-)spezifischen Zielgruppen, z.B. im Bereich der Suchthilfe, Opferhilfe, Strassenarbeit für Sexarbeiterinnen etc. werden teilweise auch von Sans Papiers frequentiert.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild dieser verschiedenen Typen spezifischer Gesundheitsversorgung:

Spezifische Einheiten öffentlicher Spitäler

In den Kantonen Genf und Waadt verfügen einzelne öffentliche Spitäler über spezifische niederschwellige Einheiten, zu denen auch Sans Papiers Zugang haben:

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG): Unité mobile de soins communautaires (UMSCO) und Programme Santé Migrations (PSM).

Das UMSCO wurde im Auftrag des kantonalen Gesundheitsdepartements eingerichtet mit dem Ziel, marginalisierten Personen den Zugang zu Gesundheitsversorgung zu erleichtern. Finanziert wird das UMSCO grösstenteils durch die öffentliche Hand. Personen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen, beteiligen sich in Abhängigkeit ihrer finanziellen Mittel an den Behandlungskosten. Sans Papiers werden über ihre Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Krankenversicherung informiert und werden beim Abschluss einer solchen gegebenenfalls unterstützt.

Das PSM entstand auf Initiative des SRK Genf, wurde später den HUG angeschlossen und ist gegenwärtig durch den Kanton Genf beauftragt, die medizinische Versorgung von asylsuchenden Personen sicherzustellen. Die Gesundheitsversorgung des PSM steht ausserdem vulnerablen Migrantinnen und Migranten offen, darunter auch Personen mit negativem Asylentscheid oder NEE, die Anspruch auf Nothilfe gemäss Art. 12 BV haben. Finanziert wird das PSM durch die HUG. Personen, die über keine Krankenversicherung verfügen, werden über die Möglichkeit informiert, eine Krankenversicherung abzuschliessen.

- Policlinique Médicale Universitaire (PMU) in Lausanne: Unité des Populations Vulnérables (UPV) und Centre de Santé Infirmier (CSI).

Im Rahmen der Bestrebungen durch den Kanton Waadt, gesundheitliche Chancengleichheiten zu verringern und den Zugang zu den bereits bestehenden medizinischen Angeboten für vulnerable Personen zu erleichtern, hat die Policlinique médicale universitaire (PMU) im Jahr 2000 im Auftrag des Kantons die „Unité de médecine des populations vulnérables“ (UPV) aufgebaut, deren Leistungsangebot sich unter anderem explizit an Sans Papiers und Asylsuchende richtet (Lehmann 2010: 53). Die UPV bietet vulnerablen Personen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus eine medizinische Grundversorgung in den Bereichen somatische und psychische Gesundheit, Zahngesundheit und Suchtprobleme und

nimmt sich weiteren Problemen an, die im Zusammenhang mit der Illegalität des Aufenthalts, fehlenden finanziellen Ressourcen und Unkenntnis des Gesundheitssystems entstehen können. Das CSI führt medizinische Abklärungen bei asylsuchenden Personen sowie Personen mit negativem Asylentscheid oder NEE durch und organisiert die notwendige medizinische Versorgung. Diese Dienste werden hauptsächlich durch Beiträge des Kanton Waadt, aber auch des Bundes und der Gemeinden finanziert. Personen ohne Krankenversicherung werden über das Krankenversicherungssystem informiert und bei Bedarf beim Abschluss einer Krankenversicherung unterstützt.

In den übrigen Kantonen bestehen keine spezifischen Einheiten in Spitälern. Niederschwellige, von NPOs betriebene Versorgungseinrichtungen oder Anlaufstellen (s.u.) arbeiten im Rahmen ihrer gesundheitsbezogenen Dienstleistungen jedoch häufig mit einzelnen öffentlichen oder allenfalls privaten Spitälern zusammen, wenn weiterführende medizinische Abklärungen oder Hospitalisationen notwendig sind. Für diese Leistungen gelten entweder Spezialtarife oder sie werden durch Spezialfonds finanziert.

Von NPOs betriebene Versorgungseinrichtungen

In diversen Kantonen gibt es spezifische, niederschwellige, von NPOs betriebene Versorgungseinrichtungen oder Anlaufstellen, die sich an marginalisierte Gruppen von Personen und/oder ausschliesslich an Sans Papiers richten. Eine umfassendere gesundheitliche Versorgung durch Grundversorger- oder allenfalls Spezialärzte bieten durch NPOs geführte Anlaufstellen in den Kantonen Bern und Zürich (Wyssmüller/Efionayi 2011: 45-48):

- Bern: Die Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers des SRK richtet sich an Sans Papiers, einschliesslich abgewiesener Asylsuchender sowie Personen mit NEE aus der Stadt Bern und Umgebung. Erste medizinische Abklärungen werden durch eine Pflegefachperson durchgeführt, die Patientinnen und Patienten bei Bedarf an den Allgemeinpraktiker, den Psychiater oder das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer vor Ort verweist. Patientinnen und Patienten können ausserdem an ein externes Netzwerk von Gesundheitsfachpersonen verwiesen werden, die kostenlose oder vergünstigte Behandlungen durchführen. Gegebenenfalls wird die medizinische Versorgung in der Regelversorgung organisiert. Die Sans Papiers werden über die Möglichkeit informiert, eine Krankenversicherung abzuschliessen, und allenfalls beim Abschluss einer Krankenversicherung unterstützt.
- Zürich: Das durch Médecins Sans Frontières aufgebaute Gesundheitsversorgungsangebot Meditrina wird seit 2010 durch das SRK Zürich geführt und finanziert und richtet sich an Personen, die über einen beschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung verfügen. Diesen Personen stehen ein Allgemeinpraktiker sowie eine Pflegefachperson/Hebamme zur Verfügung. Bei Bedarf können die Personen an ein Ärztenetzwerk, das vergünstigte Behandlungen durchführt, oder an ein öffentliches Spital überwiesen werden. Meditrina informiert und berät Personen ohne Krankenversicherung über den Abschluss einer Krankenversicherung, empfiehlt einen solchen aber nur in Abhängigkeit der zu erwartenden medizinischen Kosten bzw. der verfügbaren finanziellen Ressourcen einer Person. Meditrina

unterstützt die Person gegebenenfalls beim Abschluss einer Krankenversicherung und arbeitet zu diesem Zweck mit einigen bestimmten Versicherern zusammen. Meditrina kann beim Versicherungsabschluss als Wohnadresse angegeben werden. Für in der Stadt Zürich wohnhafte Personen kann in Absprache mit dem Gesundheitsdepartement der Stadt Zürich sowie der kantonalen Sozialversicherungsanstalt Prämienverbilligung beantragt werden.

In weiteren Kantonen bestehen Versorgungseinrichtungen, die gesundheitliche Erstversorgung durch Pflegefachpersonen anbieten und Personen bei Bedarf an Regelversorger verweisen können:

- Aargau und Solothurn: Das Angebot „Spagat“ wurde durch das HEKS aufgebaut und richtet sich spezifisch an Sans Papiers, die sich in den Kantonen Aargau und Solothurn aufhalten. Bei Bedarf steht den Sans Papiers eine Pflegefachperson zur Verfügung, die gegebenenfalls weitere medizinische Abklärungen bei einem unabhängigen Ärztenetzwerk oder den Regelstrukturen initiieren kann. Finanziert wird das Angebot durch das HEKS sowie durch Spenden und Fördergelder. Sind keine hohen medizinischen Kosten absehbar, werden die Patientinnen und Patienten zwar über die Krankenversicherung informiert, in der Regel verzichten diese jedoch mangels ausreichender finanzieller Mittel auf den Abschluss einer solchen (Wyssmüller/Efionayi 2011: 44).
- Freiburg: Im Kanton Freiburg bestehen verschiedene gesundheitliche Angebote, die aus der Zivilgesellschaft entstanden sind (FriSanté, Grisélidis, La Tuile u.a.) und durch den Kanton finanziell unterstützt werden (Lehmann 2010: 56f). Diese Angebote richten sich an verschiedene vulnerable Gruppen (Sans Papiers, Sexworkers, Suchtkranke, Obdachlose etc.) und bieten Beratung in gesundheitlichen Fragen und/oder gesundheitliche Grundversorgungsangebote an.

Das Programm „Espace de soins et d'orientation“ wurde durch die Organisation Médecins Sans Frontières aufgebaut und später von FriSanté weitergeführt. Das Programm richtet sich an Personen mit einem erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig des Aufenthaltsstatus. Das Programm „Espace de soins et d'orientation“ beschäftigt eine Pflegefachperson, die die Patientinnen und Patienten bei Bedarf an ein Netzwerk verschiedener medizinischer Fachpersonen verweist. FriSanté wird finanziert durch Beiträge der kantonalen Gesundheitsbehörde (Santé publique de l'état de Fribourg), der Loterie Romande, einer gemeinnützigen Stiftung, sowie Spenden und Mitgliederbeiträge. Personen ohne Krankenversicherung werden über diese informiert und bei einem allfälligen Abschluss einer solchen sowie beim Antrag auf Prämienverbilligung unterstützt. FriSanté kann zudem in Übereinkunft mit der kantonalen Direktion für Gesundheit und Soziales für Sans Papiers eine Krankenversicherung abschliessen und direkt beim Kanton Prämienverbilligung beantragen. FriSanté arbeitet zu diesem Zweck mit einem bestimmten Krankenversicherer zusammen.

- Neuenburg: Dispensaire des rues in Neuenburg sowie das Réseau Santé Migrations (RSM) in La Chaux de Fonds.

Das „Dispensaire des rues“ gründet auf einer privaten Initiative und finanziert sich einzig durch Spenden und Mitgliederbeiträge. Das Angebot richtet sich an Personen, die aus finanziellen Gründen über einen beschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung verfügen und wird hauptsächlich durch Freiwilligenarbeit aufrechterhalten. Für gesundheitliche Belange steht eine Pflegefachperson zur Verfügung, bei Bedarf wird die Person an einen Allgemeinpraktiker oder eine andere medizinische Fachperson verwiesen, die für die Konsultation einen reduzierten Tarif verrechnet. Das „Dispensaire des rues“ informiert die Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit, sich bei einem Krankenversicherer zu versichern.

Das Réseau Santé Migrations, das sich an Personen mit beschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung richtet, wurde durch die Organisationen Médecins du Monde und HEKS initiiert und finanziert. Finanzielle Beiträge erhält das RSM zudem von der Stadt La Chaux-de-Fonds, der Loterie Romande und einer gemeinnützigen Stiftung. Für gesundheitliche Belange stehen eine Pflegefachperson sowie ein Netzwerk an medizinischen Fachpersonen zur Verfügung, die auf Empfehlung der Pflegefachperson kostenlose Abklärungen vornehmen. Personen ohne Krankenversicherung werden systematisch über die Krankenversicherung informiert, der Abschluss einer Krankenversicherung wird aber nur Personen empfohlen, die über ausreichende finanzielle Mittel verfügen oder vor teuren medizinischen Eingriffen stehen (Wyssmüller/Efionayi 2011: 43).

- Tessin: Das Progetto Salute nell'ombra der Organisation Antenna May Day in Lugano dient dazu, den Zugang zur medizinischen Grundversorgung und anderen sozio-medizinischen Angeboten für Sans Papiers und andere Migrantinnen und Migranten zu erleichtern, indem unter anderem ein Netzwerk von Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung steht, die unentgeltliche Behandlungen durchführen. Finanziert wird das Projekt durch Antenna May Day und teilweise durch das kantonale Ufficio del Sostegno Sociale e Inserimento (Medikamente, Laborkosten). Ausserdem wird es unterstützt durch eine Apotheke, die Medikamente zu einem reduzierten Preis abgibt sowie durch Freiwillige. Nicht versicherte Personen werden über die Krankenversicherung informiert und bei Bedarf beim Abschluss einer Krankenversicherung unterstützt. Gemäss Wyssmüller/Efionayi (2011: 38) wird Sans Papiers aber in der Regel mangels finanzieller Ressourcen nicht empfohlen, eine solche abzuschliessen.
- Waadt: Der Point d'Eau in Lausanne (PEL) richtet sich hauptsächlich an Personen, die über keine Krankenversicherung verfügen. Es besteht unter anderem die Möglichkeit der Inanspruchnahme von unentgeltlichen oder vergünstigten pflegerischen und medizinischen Angeboten. Finanziert wird der PEL durch die Stadt Lausanne, durch Spenden und Mitgliederbeiträge und durch die finanziellen Beiträge der Patientinnen und Patienten. Personen ohne Krankenversicherung werden über die Krankenversicherung informiert, mit Ausnahme von Fällen, in denen beträchtliche medizinische Kosten erwartet werden, wird es aber nicht systematisch empfohlen, eine solche abzuschliessen.

Anlauf- und Beratungsstellen im Gesundheitsbereich

Auch Präventionsangebote, die in zahlreichen Kantonen bestehen und sich nicht speziell an Sans Papiers richten, wie beispielsweise die Aidshilfen und andere Organisationen, die sich an suchtkranke Personen oder Personen aus dem Sexgewerbe richten, können von Sans Papiers frequentiert werden und dienen diesen als Eintrittspunkt in die Regelversorgung. In den Kantonen Waadt und Zürich bestehen darüber hinaus halbstaatliche Anlauf- und Beratungsstellen mit (risiko-)spezifischen Zielgruppen, deren Leistungen auch von Sans Papiers in Anspruch genommen werden (Wyssmüller/Efionayi 2011: 48-51):

- Waadt: Fondation Profa Vaud, Programme „Migration&Intimité“ sowie Fondation de Nant, soins psychiatriques dans le secteur de l'Est vaudois

Das Programm „Migration&Intimité“ der Fondation Profa Vaud richtet sich an Migrantinnen und Migranten aus Lateinamerika und Subsahara-Afrika und bezweckt die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und der Übertragung sexuell übertragbarer Krankheiten. Die Fondation Profa Vaud ist durch den Kanton Waadt für die Durchführung spezifischer Aufgaben in verschiedenen Bereichen (z.B. Familienplanung, Opferhilfe) beauftragt. Nicht versicherte Personen werden über die Krankenversicherung informiert.

Die Fondation de Nant wird durch den Kanton Waadt finanziert und ist mit der psychiatrischen Versorgung und der Behandlung von Suchtkrankheiten beauftragt. Die Angebote richten sich an die Gesamtbevölkerung im östlichen Waadtland. Personen, die über keine Krankenversicherung verfügen und über einen längeren Zeitraum einer Behandlung bedürfen, werden beim Abschluss einer Krankenversicherung unterstützt.

- Zürich: Die Gynäkologische Sprechstunde der städtischen Gesundheitsdienste wird durch die städtischen Gesundheitsdienste finanziert und richtet sich insbesondere an Sexarbeiterinnen und drogenabhängige Frauen. Sans Papiers werden insbesondere bei Schwangerschaft über die Möglichkeit informiert, eine Krankenversicherung abzuschliessen und beim Abschluss einer solchen unterstützt.

In den übrigen Kantonen bestehen gemäss den erhobenen Informationen keine spezifischen Versorgungseinrichtungen.

4.1.3 Anlauf- und Beratungsstellen für Sans Papiers

In diversen Städten bzw. Kantonen führen verschiedene NPOs (HEKS, Médecins Sans Frontières, SRK etc.) teilweise in öffentlichem Auftrag Anlauf- und Beratungsstellen spezifisch für Sans Papiers oder für Zielgruppen, in denen auch Sans Papiers vorkommen.⁵³ Diese Stellen fungieren als Intermediäre zwischen den Sans Papiers und den Regelstrukturen verschiedener Bereiche, u.a. des Gesundheitswesens, und bieten entsprechend Beratungen und andere Dienstleistungen zu

⁵³ Solche Anlaufstellen bestehen zurzeit in den Städten Aarau, Basel, Bern, Freiburg, Genf, Lausanne, Lugano, Delémont und Zürich (Efionayi et al. 2010: 49). Eine Stelle in Luzern ist seit Kurzem im Aufbau (vgl. auch www.sans-papiers.ch und www.sante-sans-papiers.ch).

den unterschiedlichsten Problemen und Fragestellungen an. Der Inhalt und Umfang der konkreten Aktivitäten unterscheiden sich je nach Anlaufstelle (vgl. Wyssmüller/Efionayi 2011). In der Gesundheitsversorgung nehmen diese Stellen meistens eine Gatekeeper-Funktion wahr, in dem sie als erste Anlaufstelle für Gesundheitsfragen dienen und die betroffenen Personen entweder an mit ihnen zusammenarbeitende spezifische Versorgungseinrichtungen (s.o.) oder an die Regelversorgung weiterleiten. Solche Anlaufstellen sind für folgende Kantone dokumentiert:

- Basel-Stadt: Die Anlaufstelle für Sans-Papiers, die über Mitgliederbeiträge und Spenden finanziert wird, berät Sans Papiers und ihnen nahestehende Personen über ihre Rechte und Möglichkeiten in verschiedenen Lebensbereichen. Sie hilft Sans Papiers unter anderem dabei, medizinische Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen, eine Krankenversicherung abzuschliessen und Prämienverbilligung zu beantragen. Zu diesem Zweck arbeitet sie mit dem kantonalen Amt für Sozialbeiträge zusammen. In über 90% der Fälle wird eine Versicherung abgeschlossen und Prämienverbilligung ausgerichtet (Wyssmüller/Efionayi 2011: 37).
- Bern: Die Berner Beratungsstelle für Sans-Papiers arbeitet bei Fragen der Gesundheitsversorgung mit der durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) betriebenen Gesundheitsversorgung für Sans Papiers (s.o.) zusammen.
- Zürich: Die Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich SPAZ arbeitet in medizinischen Belangen mit dem durch das SRK Zürich betriebenen Versorgungsangebot Meditrina (s.o.) zusammen.

4.2 Gesundheitsversorgung für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich

Der Zugang zur medizinischen Versorgung für Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid ist in den Kantonen über die Ausrichtung der Nothilfe oder allenfalls der Sozialhilfe geregelt und wird entsprechend von den zuständigen Behörden gesteuert, weil diese letztlich für die Kosten der Versorgung aufkommen. Es stellt sich somit die Frage, wie dieser Zugang organisiert ist, d.h. wer nach welchen Kriterien darüber entscheidet, welche Art von Versorgung eine Person im Bedarfsfall zugestanden erhält, und welchen Umfang diese Versorgung aufweist.⁵⁴

Zugangssteuerung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in elf Kantonen⁵⁵ über die Betreuung der Unterkunft, in der Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid untergebracht sind, organisiert. Die Betreuung leistet in der Regel erste Laienhilfe und vereinbart bei Bedarf einen Arzttermin. In einzelnen Unterkünften stehen für die erste Hilfe Personen mit medizinischen Kenntnissen zur

⁵⁴ Vgl. hierzu auch Bolliger/Féraud (2010a) und Trummer (2008).

⁵⁵ AG, AR, FR, GL, GR, SH, TG, UR, VS, ZG.

BE, Ausnahme: Personen, die nach dem Entscheid in einer Gemeindeunterkunft bleiben, wenden sich bei Bedarf selbstständig an einen Arzt.

Verfügung.⁵⁶ In drei Kantonen⁵⁷ ist der Zugang zur medizinischen Versorgung über die zuständige kantonale Behörde organisiert, die bei Bedarf einen Arzttermin vereinbart. In einem Kanton (Basel-Landschaft) wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die kommunale Betreuung geregelt. In weiteren drei Kantonen⁵⁸ kann sich eine Person bei gesundheitlichen Beschwerden entweder an die Betreuung der Unterkunft oder die zuständige Behörde wenden. In einem Kanton (Zürich) können sich nothilfebeziehende Personen bei Bedarf selbstständig an einen zuständigen Arzt wenden, wenn sie krankenversichert sind. Sind sie nicht versichert, besteht eine Zugangssteuerung zur Gesundheitsversorgung durch die zuständige kantonale Behörde. In sieben Kantonen⁵⁹ besteht keine Zugangssteuerung durch die Betreuung oder die zuständige Behörde; Personen mit gesundheitlichen Beschwerden können sich direkt an einen (bestimmten) medizinischen Leistungserbringer wenden.

Verfügbare Leistungserbringer

In der Regel wenden sich Personen mit gesundheitlichen Beschwerden an einen durch die Betreuung oder die zuständige Behörde bestimmten Erstversorger- oder Hausarzt (eingeschränkte Arztwahl). Dieser klärt bei Bedarf die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung allenfalls bei weiteren Regelversorgern ab. In einigen Kantonen ist der Zugang zu Gynäkologen und Pädiatern von diesen Einschränkungen ausgenommen und können sich die Personen bei Bedarf direkt an diese wenden. In zwei Kantonen⁶⁰ wenden sich die Personen mit gesundheitlichen Beschwerden entweder an einen Grundversorgerarzt oder an ein spezifisches Angebot für Sans Papiers. In einem Kanton⁶¹ wenden sich ausreisepflichtige Personen an ein spezifisches Angebot für Personen des Asylbereichs. In einem anderen Kanton (Luzern) können sich die Personen an einen allgemeinen Regelversorger ihrer Wahl wenden (freie Arztwahl).

Umfang der Versorgungsleistungen

In vierzehn Kantonen⁶² haben Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid Zugang zu allen Leistungen des OKP-Grundleistungskatalogs. In einem Kanton⁶³ haben Personen mit ge-

⁵⁶ BE (nur einzelne Unterkünfte), FR, JU.

⁵⁷ BS, JU, NE.

⁵⁸ AI, NW.

SZ, Ausnahmen: Für Personen, die nach dem Wegweisungsentscheid in den Gemeinden bleiben, d.h. Familien mit schulpflichtigen Kindern, ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die Gemeinde geregelt; Personen, die in einem Durchgangszentrum untergebracht sind, d.h. vulnerable Personen und Frauen, können sich an das medizinische Betreuungspersonal (Pflegefachpersonen) des Zentrums wenden.

⁵⁹ GE, LU, OW, SG, SO, TI, VD.

⁶⁰ GE: Personen mit Wegweisungsentscheid infolge eines negativen Asylentscheids und versicherte Personen mit NEE wenden sich an den Hausarzt; nicht versicherte Personen mit NEE wenden sich bei Bedarf an das PSM der HUG.

TI: Personen mit Wegweisungsentscheid infolge eines negativen Asylentscheids wenden sich an den Hausarzt oder an das Spital; Personen mit NEE wenden sich bei Bedarf an Salute nell'ombra.

⁶¹ VD: Die Personen wenden sich an das Gesundheitsnetzwerk FARMED, das über medizinisches und Pflegepersonal verfügt und die Personen allenfalls an weitere Grundversorger verweisen kann.

⁶² AR, BL, FR, GE, LU, NW, OW, SH, UR, VD, VS, ZH.

sundheitlichen Beschwerden Zugang zu einem eingeschränkten Grundleistungskatalog, in einem anderem Kanton⁶⁴ Zugang zu einer umfassenderen medizinischen Versorgung im Notfall. In den restlichen Kantonen⁶⁵ beschränkt sich der Umfang medizinischer Leistungen für Personen mit gesundheitlichen Beschwerden zunächst auf die Behandlung im Notfall, allenfalls mit Ausnahmen für einzelne (vulnerable) Personengruppen.⁶⁶ Darüber hinausgehende Leistungen bedürfen einer Bewilligung durch die zuständige Behörde, wobei sich diese zumeist auf die Einschätzung des versorgenden Arztes abstützt und/oder den Kantonsarzt in den Entscheid einbezieht.

Personen, die über die erwachsene Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert bleiben, haben in der Regel Zugang zu allen Leistungen des Grundleistungskatalogs.⁶⁷ In einzelnen Kantonen haben auch Personen, die nicht versichert sind, Zugang zu diesen Leistungen.⁶⁸ Hingegen beschränken sich in einzelnen Kantonen die Leistungen für versicherte Personen auf eine die Behandlung im Notfall.⁶⁹

Die Praxis der Kantone bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Wahl des Leistungserbringers ist durch verschiedene Faktoren geprägt:

- Die Regulierung des Zugangs zu Arztkonsultationen und die Einschränkungen bei der Wahl des Leistungserbringers und des Leistungsumfangs dienen in den entsprechenden Kantonen gemäss eigenen Angaben dem Zweck der Kostenkontrolle.
- Eine umfassende Gesundheitsversorgung kann sich aus Sicht derjenigen Kantone, die ausreisepflichtigen Personen nicht Zugang zu allen Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG gewähren, gegebenenfalls aufenthaltsverlängernd auswirken, was im Rahmen des Nothilfesystems vermieden werden soll (vgl. Abschnitt 2.2.4).

Was den Zugang zu Arztkonsultationen und die eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers angeht, dürfte zudem die Praxis der Kantone bei Asylsuchenden eine Rolle spielen, die gegebenenfalls ähnliche – in Art. 82a AsylG vorgesehene – Einschränkungen vorsieht (vgl. auch Abschnitt 2.2.2).

SG (nur versicherte Personen; nicht versicherte Personen haben in der Regel nur Zugang zu Behandlung im Notfall)

TG (sowohl versicherte wie auch nicht versicherte Personen haben Zugang zu den Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, bei nicht versicherten Personen stehen aber die medizinische Laienhilfe und die Notfallmedizin stärker im Vordergrund),

⁶³ ZG.

⁶⁴ BS.

⁶⁵ AG, AI, BE, GL, GR, JU, NE, SG, SO, SZ, TI.

⁶⁶ AI, GR, TI.

NE: Minderjährige

⁶⁷ AR, BL, FR, LU, NW, OW, SG, UR, VD, VS.

GE: Personen mit negE bleiben versichert, Personen mit NEE sind fallweise versichert.

⁶⁸ SH, TG, ZH.

⁶⁹ AG., GL.

AI und TI: Ausnahmen für vulnerable Personen.

4.3 Kostenübernahme von Behandlungen nicht versicherter Sans Papiers

Weil medizinische Leistungserbringer im Allgemeinen dazu verpflichtet sind, behandlungsbedürftige Personen in Notfällen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus die nötige medizinische Versorgung zukommen zu lassen (vgl. z.B. Art. 128 StGB, NEK 2005) und weil sich das Fehlen einer Krankenversicherung einer Person in der Regel (zumindest in medizinischen 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. Es gibt aber punktuelle Schätzungen für einzelne Kantone oder Gemeinden (vgl. Bezençon et al. 2008).

In diesem Zusammenhang gilt es anzumerken, dass die 2006 eingeführte Sistierung der Kostenübernahme bei einem Ausstand der Prämienzahlungen (Art. 64a KVG) für die Leistungserbringer ähnliche Konsequenzen hatte: Sie sind nach wie vor verpflichtet, Notfallbehandlung zu leisten, können aber die Kosten vorerst nicht bei der Krankenversicherung geltend machen. Angesichts der Tatsache, dass gemäss Angaben der GDK⁷⁰ schweizweit schätzungsweise 150'000 Personen (Stand: April 2009) von einer Sistierung der Kostenübernahme betroffen sind, und gemäss Interviewaussagen aus den zuständigen Kantonsbehörden ist davon auszugehen, dass die Sistierung der Kostenübernahme gemäss Art. 64a KVG in Bezug auf die Zahl der betroffenen Personen und die aufgelaufenen Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen das bedeutendere Problem darstellt als die Kosten für die Behandlung nicht versicherter Sans Papiers.

4.3.1 Kostenübernahme allgemein

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, uneinbringbare Debitoren zu verrechnen, als privat finanzierte.

Grundsätzlich bestehen verschiedene Möglichkeiten, wie Leistungserbringer die Kosten für die Behandlung nicht versicherter Personen decken können (vgl. SRK 2007: 5):

- Übernahme der Kosten durch den Kanton oder die Gemeinde (z.B. über die Sozialhilfe oder die Nothilfe)
- Übernahme der Kosten bei Betriebsunfall/Berufskrankheit durch die Unfallversicherung des Arbeitgebers (sofern eine solche besteht)

- Übernahme der Kosten oder Organisation der Kostengutsprache durch den Leistungserbringer. Teilweise existieren für solche Fälle spezielle Fonds (z.B. Sozialdienst eines Spitals, kantonales Budget für uneinbringbare Debitoren) (vgl. Wyssmüller/Efionayi 2011).
- Übernahme der Kosten durch die Betroffenen selbst, evtl. mit Möglichkeit von Ratenzahlungen.
- Rückwirkender Beitritt der behandelten Person bei einer Krankenversicherung.⁷¹

Wie bereits erwähnt, lässt sich mangels konkreter Informationen – nicht zuletzt aus auch methodischen Gründen, weil nicht alle behandelten Sans Papiers ohne Versicherungsdeckung auch als solche identifiziert werden – keine Aussage über die Verbreitung der verschiedenen Praktiken machen, weil die Form der Kostenübernahme jeweils vom Einzelfall abhängig ist.

Im Rahmen der geführten Interviews mit Kantonsvertreterinnen und –vertretern wurde die Frage gestellt, wie seitens des Kantons mit Anfragen nach der Übernahme von Kosten für medizinische Behandlungen von nicht versicherten Sans Papiers umgegangen wird und ob dazu spezifische Regelungen bestehen. Die entsprechenden Informationen liegen allerdings nicht systematisch für alle Kantone vor, namentlich, weil viele der im Rahmen der Expertengespräche kontaktierten Stellen bisher nicht mit dieser Frage konfrontiert wurden, und weil entsprechende Rechnungen zunächst an die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde der betreffenden Person gelangen können, die kommunale Ebene in diesem Bericht jedoch nicht näher betrachtet wurde. Gemäss den vorliegenden Informationen übernehmen zwei Kantone⁷² grundsätzlich keine Behandlungskosten für nicht versicherte zahlungsunfähige Sans Papiers. Zahlreiche Kantone übernehmen hingegen die uneinbringbaren Kosten medizinischer Leistungserbringer, die nicht versicherte, nicht zahlungskräftige Sans Papiers behandelt haben,⁷³ in mehreren Kantonen kann dies allerdings für die behandelte Person allenfalls ausländerrechtliche Folgen haben.⁷⁴

Aufgrund der erhobenen Informationen lassen sich folgende Praktiken unterscheiden:

- 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).⁷⁵
- Der Kanton übernimmt nur uneinbringbare Kosten für unerlässliche medizinische Leistungen, d.h. Unfall, chronische Krankheiten (Genf).

⁷⁰ Medienmitteilung vom 3. April 2009: „Leistungssistierung der Krankenversicherung: GDK begrüsst Eintreten der SGK-N auf Antrag zur Gesetzesänderung“

⁷¹ Gemäss Art. 5 KVG kann der Versicherer bei verspätetem Versicherungsbeitritt allerdings für die doppelte Dauer der Verspätung einen Prämienzuschlag von 50% verlangen, ohne dass dadurch ein rückwirkender Versicherungsschutz entsteht

⁷² AI, NE.

⁷³ AG, FR, GE, GR, JU, LU, SG, SH, SZ, TG, TI, VD, VS, ZH.

⁷⁴ Dazu liegen keine systematischen Informationen vor. Von denjenigen Kantonen, die allenfalls medizinische Kosten von nicht versicherten Sans Papiers übernehmen, weisen JU, SG, SH, SZ, TG und VS darauf hin, dass eine Anfrage zur Kostenübernahme durch medizinische Leistungserbringer bei Sans Papiers ausländerrechtliche Folgen haben kann.

⁷⁵ FR, GR, SG, SH, VS, ZH.

- Der Kanton übernimmt die Behandlungskosten nur bei gravierenden medizinischen Fällen, sofern das betreffende Spital einen Rückerstattungsplan für einen Teil der Kosten erbringen kann (Waadt).
- Der Kanton übernimmt uneinbringbare Kosten von Spitälern, die diese als Debitorenverluste verbucht haben (Aargau).
- Der Kanton übernimmt nur Behandlungskosten von Sans Papiers, deren Wegweisung nicht vollzogen werden kann (Schwyz)
- Die zuständige Aufenthalts- oder Wohnsitzgemeinde im entsprechenden Kanton übernimmt entstandene Behandlungskosten bei zahlungsunfähigen Personen subsidiär (Luzern, Thurgau)

4.3.2 Kostenübernahme bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich

Fallen Kosten für die medizinische Behandlung einer nicht versicherten Person, die ein Asylverfahren durchlaufen hat und daher einem Kanton oder einer Gemeinde zugewiesen wurde, geht die entsprechende Rechnung in der Regel an die für die betreffende Person zuständige Behörde. Dabei handelt es sich zumeist um die kantonale Asylkoordination oder um die analogen kommunalen (Sozial-)Behörden.

Die SODK hat in ihren Empfehlungen zur Ausgestaltung der Nothilfe für ausreisepflichtige Personen (SODK 2007: 5) den empfohlenen Umgang mit solchen Fällen festgehalten:

„Der Aufenthaltskanton, der einen Ausreisepflichtigen im Notfall medizinisch versorgt, verlangt dafür vom Zuweisungskanton⁷⁶ die Erstattung der Kosten. Er muss diesem unverzüglich den Unterstützungsfall anzeigen. Die Behandlung ist auf den Notfall zu beschränken. Für eine allfällige Weiterbehandlung muss beim Zuweisungskanton zwingend eine Kostensprache eingefordert werden. Andernfalls verbleiben die Kosten dem Aufenthaltskanton.“

Wie in Abschnitt 3.1.2 erläutert, entscheiden diejenigen Kantone, die nicht systematisch alle ausreisepflichtigen Personen versichern, jeweils im Einzelfall – meist anhand des Gesundheitszustandes und der zu erwartenden Behandlungskosten und der zu erwartenden Verweildauer der Person –, ob sie die effektiven Behandlungskosten für Personen, die ihnen im Rahmen des Asylverfahrens oder zum Vollzug der Wegweisung zugewiesen wurden, übernehmen, oder ob sie für die betreffende Person eine Krankenversicherung abschliessen. Aus den mit den Asylkoordinatorinnen und -koordinatoren geführten Interviews lassen sich allerdings gewisse Unterschiede in der kantonalen Praxis ablesen:

Siebzehn Kantone⁷⁷ übernehmen in aller Regel medizinische Kosten für Leistungen, die im oder ausserhalb des Zuweisungskantons erbracht wurden, die ausreisepflichtige Personen betreffen,

⁷⁶ Der Zuweisungskanton ist derjenige Kanton, der in Bezug auf eine ausreisepflichtige Person für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zuständig ist (<http://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/themen/asyl/sozialhilfe/nothilfe.html>)

⁷⁷ BL, BS, FR, JU, LU, NW, OW, SH, TI, UR, VD, ZH.

die dem Kanton zugewiesen sind. Ein Kanton (Aargau) übernimmt ohne vorgängige Kostengutsprache für ihm zugewiesene Personen die Kosten für Leistungen, die im Grundleistungskatalog KVG enthalten sind. Sieben Kantone⁷⁸ übernehmen die Kosten für medizinische Leistungen für ihnen zugewiesene Personen in der Regel nur, wenn es sich um eine Behandlung im Notfall gehandelt hat oder ein vorgängiges Kostengutsprache gesuch bewilligt wurde. Ein Kanton (Appenzell-Ausserrhoden) übernimmt die Kosten medizinischer Leistungen nur für Personen, die Nothilfe beziehen oder diese beantragen und ihm zugewiesen sind.

Aufgrund dieser Rückmeldungen kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten für die Behandlung nicht versicherter ausreisepflichtiger Personen in den meisten Fällen durch die öffentliche Hand (Sozialdienst, Asyl- oder Migrationsbehörde, allenfalls Gemeinde) vollumfänglich getragen werden, sofern die betreffende Person nicht rückwirkend einer Krankenversicherung zugewiesen wird.⁷⁹

AI: Bei Leistungen ausserhalb des Zuweisungskantons wird die betreffende Person zur Erbringung der Leistung allenfalls dem Zuweisungskanton zugeführt, sofern sie festgehalten werden kann und transportfähig ist;

GE: Nur Personen mit negE; Kosten für Personen mit NEE werden vom Programme Santé Migrants (PSM) der HUG übernommen;

NE: Handelt es sich um eine Person, die sich nach einer Ausschaffung wieder in der Schweiz aufhält, erfolgt eine Meldung an die zuständige fremdenpolizeiliche Behörde;

TG, Ausnahme: ausserkantonale Hospitalisation bedingt vorgängige Kostengutsprache durch den Kantonsarzt;

ZG, Ausnahme: Behandlungszeitpunkt liegt bei der Rechnungsstellung mehr als ein Jahr zurück.

⁷⁸ GR;

BE, Ausnahme: Behandlungszeitpunkt liegt länger als ein halbes Jahr zurück;

GL: Bei Leistungen ausserhalb des Zuweisungskantons wird die betreffende Person zur Erbringung der Leistung allenfalls dem Zuweisungskanton zugeführt, sofern sie festgehalten werden kann und transportfähig ist;

SG: Bei versicherten Personen übernimmt die zuständige Behörde die Kosten für Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, für nicht versicherte Personen nur für notfallmedizinische Leistungen oder bei vorgängiger Kostengutsprache. Die Kosten für Hospitalisationen ausserhalb des Zuweisungskantons werden nur übernommen, wenn der Leistungserbringer den innerkantonalen Tarif verrechnet;

SO, Ausnahme: Kosten, die weniger als CHF 100 betragen, werden übernommen, auch wenn es sich nicht um einen Notfall handelt;

SZ, Ausnahme: tiefe Kosten werden übernommen, auch wenn es sich nicht um einen Notfall handelt. Bei Leistungen ausserhalb des Zuweisungskantons wird die betreffende Person zur Erbringung der Leistung allenfalls dem Zuweisungskanton zugeführt, sofern sie festgehalten werden kann und transportfähig ist;

VS: Kosten für notfallmedizinische Behandlungen werden nur übernommen, wenn sie weniger als CHF 500 betragen.

⁷⁹ Diese Kosten (sowie die Kosten für die Krankenversicherung) werden im Sozialhilfemonitoring des BFM erfasst. Allerdings werden die Daten nur für die jeweiligen Neufälle ausgewiesen.

5 Beurteilung der Situation

In diesem Kapitel werden die Situation, die sich aus den bisherigen Ausführungen ergibt, anhand des in Abschnitt 2.2.3 hergeleiteten Soll-Zustands beurteilt und die im Postulat Heim aufgeworfenen Hauptfragen (vgl. Abschnitt 1.1) beantwortet:

- Kantonale Praktiken: Wie und wie verbindlich ist in den Kantonen die Versicherung von Sans Papiers geregelt? Werden diese Regelungen einheitlich, rechtlich und gesundheitspolitisch korrekt, d.h. rechtsgenügend vor den Grundsätzen der Bundesverfassung und den Zielen und Vorgaben des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gehandhabt?
- Kostenübernahme: Wer übernimmt im konkreten Fall die anfallenden Kosten für die Versorgung von nicht versicherten, nicht zahlungsfähigen Sans Papiers?

5.1 Versicherungsschutz für Sans Papiers

Wie in Abschnitt 2.2.3 hergeleitet, beruht das Versicherungsobligatorium, welches den Versicherungsschutz gemäss KVG gewährleisten soll, auf drei Pflichten: Die Versicherungspflicht der Individuen, die Aufnahmepflicht der Versicherer und die Kontrollpflicht der Kantone. Ein Vergleich zwischen dem gesetzlich definierten Soll-Zustand und dem in den bisherigen Ausführungen eruierten Ist-Zustand ergibt folgendes Bild:

Versicherungspflicht der Individuen

Soll: Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen, sofern sie gemäss Art. 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.

Aufnahmepflicht der Versicherer

Soll: 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 Art. 7 KVV gegeben sind.

Ist: Gemäss den vorliegenden Informationen werden Sans Papiers in der Regel versichert, wenn sie einen entsprechenden Antrag stellen. Aus der Literatur und den geführten Gesprächen liegen allerdings Hinweise vor, dass einzelne Versicherer im konkreten Einzelfall der Aufnahmepflicht mit unterschiedlicher Konsequenz nachkommen. Bezüglich der Beendigung des Versicherungs-

verhältnisses ist zu vermuten, dass bei ausreisepflichtigen Personen des Asylbereichs, die von kantonalen Behörden bei der Krankenversicherung abgemeldet werden, nicht in jedem Fall sichergestellt ist, dass die entsprechenden gesetzlichen Bedingungen zweifelsfrei gegeben sind.

Kontrollpflicht der Kantone

Soll: Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass versicherungspflichtige Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) versichert sind. 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. Werden ausreisepflichtige Personen, die den (Asyl-)Behörden bekannt sind und bei denen eine Beitrittskontrolle möglich wäre, bei der Krankenversicherung abgemeldet, wird die für die Beitrittskontrolle zuständige Behörde in aller Regel nicht darüber informiert.

Aus dem Vergleich des Soll- und Ist-Zustands ist ersichtlich, dass in Bezug auf alle drei Bereiche Diskrepanzen zwischen Soll und Ist bestehen. Für diese Diskrepanzen lassen sich verschiedene Gründe anführen:

Dass Sans Papiers ihrer Versicherungspflicht grösstenteils nicht nachkommen hängt in bedeutsamer Masse mit ihren aufenthaltsrechtlichen und materiellen Lebensbedingungen zusammen: Die Illegalität ihres Aufenthalts hält Sans Papiers – sofern sie Kenntnis über das Versicherungsobligatorium haben – meist davon ab, in Form einer Krankenversicherung Bindungen mit (para-)staatlichen Einrichtungen einzugehen. Der Ergreifung von Rechtsmitteln oder der Formulierung einer Beschwerde in Fällen, in denen ein Krankenversicherer die Versicherung eines Sans Papiers ablehnt, stehen einerseits allenfalls fehlende Kenntnisse über das System und der Möglichkeiten, andererseits mögliche ausländerrechtliche Folgen entgegen. Die in der Regel beschränkten finanziellen Möglichkeiten (Efionayi/Achermann 2003; Wyssmüller/Efionayi 2011) erschweren oder verunmöglichen es in der Regel Sans Papiers sowie ausreisepflichtigen Personen, für deren Versicherung nicht mehr der Kanton oder die Gemeinde aufkommt, die Kosten der Krankenversicherung (Prämien und Kostenbeteiligungen) selbst zu tragen. 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 (vgl. Abschnitt 3.1.3) und ist den Sans Papiers oft nicht bekannt.

Im Fall von ausreisepflichtigen Personen, die während des Asylverfahrens von der Behörde krankenversichert wurden, ist der Versicherungsstatus von der jeweiligen Behördenpraxis abhängig (vgl. Abschnitt 3.1.2). Hier zeigt sich, dass rund die Hälfte der Kantone eine mehr oder weniger

differenzierte Abwägung trifft und – je nach Kanton unterschiedlich definierte – spezifische Personen nicht mehr weiterversichert, sobald ein rechtskräftiger Wegweisungsentscheid gegen diese Personen vorliegt. Ob die Abmeldung dieser Personen bei der Krankenversicherung durch die Behörde gesetzeskonform ist, ist eine juristisch noch ungeklärte Frage. Tatsache ist jedoch, dass die Praxis der betreffenden Kantone zur Folge hat, dass Personen, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen, nicht krankenversichert sind, weil sie ihrer Versicherungspflicht in aller Regel nicht selbst nachkommen (können).

Aufgrund der vorliegenden Informationen kann davon ausgegangen werden, dass ausreisepflichtige Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustands regelmässige medizinische Leistungen benötigen, in allen Kantonen versichert sind. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn sie Nothilfe beziehen.

Die Diskrepanz zwischen Aufnahmepflicht und tatsächlicher Aufnahmepraxis der Krankenversicherer lässt sich empirisch nicht verlässlich belegen. Sie ergibt sich aus verschiedenen Hinweisen (vgl. Abschnitt 3.2) auf Einzelfälle, in denen Versicherer bei einer behördlichen Zwangszuweisung die Versicherungspflicht von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung in Frage stellen oder in denen Versicherungsanträge von Sans Papiers, die diese selber oder über eine Beratungsstelle stellen, nicht oder nur auf Nachfrage bearbeitet werden. Zudem erfragen diverse Krankenversicherer auf ihren Anmeldeformularen Informationen, die die fehlende Aufenthaltsberechtigung einer Person erkennbar machen und diese deshalb davon abhalten können, einen Versicherungsantrag zu stellen. Die dokumentierte Tatsache, dass Versicherer Personen aus dem Asylbereich als schlechte Risiken einstufen und das bei Sans Papiers erhöhte Risiko nicht einbringbarer Prämienzahlungen und Kostenbeteiligungen können als Erklärungen dafür herangezogen werden, dass einzelne Krankenversicherer gelegentlich versuchen, die Aufnahmepflicht mehr oder weniger offen zu umgehen.

Die lückenhafte Umsetzung der Kontrollpflicht der Kantone begründet sich zum einen mit systeminhärenten Hindernissen: Die Einhaltung der Versicherungspflicht kann nur bei Personen kontrolliert werden, die der damit betrauten Behörde (in der Regel die kommunale Einwohnerkontrolle) bekannt sind. Weil dies bei Sans Papiers in der Regel nicht der Fall ist, werden sie von den bestehenden Kontrolldispositiven entsprechend nicht erfasst. Zum anderen 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 etc.) zur Folge, dass in aller Regel zwischen diesen kantonalen Behörden kein Informationsaustausch über den Versicherungsstatus erfolgt.⁸⁰ Ein solcher wird von den zuständigen Stellen zumeist nicht als notwendig erachtet, da sich jede Behörde an ihrem spezifischen Auftrag orientiert, der keine derartigen In-

⁸⁰ Einen gewissen Informationsaustausch kann es in denjenigen Fällen geben, in denen der für die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht zuständigen Behörde nicht versicherte ausreisepflichtige Personen zur Kenntnis gebracht werden, in der Regel weil sie Behandlungskosten verursachen (z.B. BE: nicht versicherte Personen, darunter Sans Papiers und ausreisepflichtige Personen, können dem kantonalen Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht durch die Spitäler gemeldet werden).

formationsflüsse vorsieht. Zu dieser Grenze zwischen verschiedenen inhaltlichen Zuständigkeitsbereichen kommt der Umstand, dass die Zuständigkeiten für die verschiedenen Aufträge in zahlreichen Kantonen auf verschiedene Staatsebenen verteilt sind: die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht ist in den meisten Kantonen an die Gemeinden delegiert; die kantonale Stelle nimmt nur eine subsidiäre Rolle ein. Dagegen sind meistens kantonale Behörden für die ausreisepflichtigen Personen des Asylbereichs zuständig.

5.2 Fazit zu den kantonalen Praktiken bezüglich Krankenversicherung

Als Antwort auf Hauptfrage 1 zu den kantonalen Praktiken in Bezug auf die Krankenversicherung von Sans Papiers (s.o.) lässt sich folgendes festhalten:

Die Krankenversicherung von Sans Papiers ist in den allermeisten Kantonen nicht speziell geregelt. Die Sicherstellung der Versicherungspflicht (Umsetzung von Art. 6 KVG) 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. Personen, die bei der Einwohnerkontrolle nicht gemeldet sind, werden von diesem Dispositiv der Beitrittskontrolle nicht erfasst. Dies dürfte – mit Ausnahme derjenigen Personen, die im Rahmen eines Asylgesuchs behördlich registriert wurden – auf die meisten Sans Papiers zutreffen. Von Personen ohne Versicherungsdeckung erfahren die für die Beitrittskontrolle zuständigen kantonalen Behörden oft erst, wenn sie von einem medizinischen Leistungserbringer kontaktiert werden, der die betreffende Person behandelt hat und festgestellt hat, dass die verursachten Kosten nicht gedeckt sind. Gemäss den vorliegenden Informationen haben nur wenige Kantone spezifische Prozesse definiert, wie in derartigen Fällen zu verfahren ist, wenn es sich dabei um Sans Papiers handelt. Diese Prozesse unterscheiden sich je nach Kanton. In der Mehrheit dieser Kantone erfolgt eine Zuweisung an einen Krankenversicherer ohne weitere Massnahmen, in einzelnen Kantonen wird die Migrationsbehörde informiert und kann diese Meldung eine Wegweisung der betreffenden Person zur Folge haben. In einzelnen Kantonen (z.B. Freiburg, Waadt) finden sich spezifische formelle Regelungen oder Massnahmen, die explizit und systematisch die Sicherstellung der Versicherungsdeckung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers zum Inhalt haben. In diversen weiteren Kantonen (und Gemeinden) bestehen weniger klar fassbare – meistens informelle, inoffizielle, unverbindliche und personenabhängige – Arrangements, um im Einzelfall und auf Anfrage Sans Papiers beim Zugang zur Krankenversicherung und/oder zu Prämienverbilligungen zu unterstützen.

Demgegenüber finden sich in allen Kantonen konkrete Regelungen bzw. Praktiken in Bezug auf die Krankenversicherung einer kleinen Teilgruppe der Sans Papiers, der ausreisepflichtigen Personen mit NEE oder negativem Asylentscheid. Da die Kantone während des Asylverfahrens die Krankenversicherung von Asyl suchenden Personen sicherstellen und für die Ausrichtung der Nothilfe an ausreisepflichtige Personen zuständig sind, ist der Versicherungsstatus der betreffenden Personen in der Regel von der entsprechenden kantonalen Praxis abhängig. Aufgrund der föderalistischen Vollzugsstrukturen finden sich in diesem Bereich unterschiedliche Regelungen.

Grob zusammengefasst finden sich zwölf Kantone, die eine aus dem Asylverfahren bestehende Versicherung einer Person in der Regel weiterführen, nachdem der Wegweisungsentscheid für diese Person Rechtskraft erlangt hat, während neun Kantone die Versicherung in den meisten dieser Fälle sistieren. In den übrigen fünf Kantonen finden sich stärker differenzierte Praktiken, die sich nicht eindeutig der einen oder anderen Gruppe zuordnen lassen. Diese unterschiedliche Praxis der Kantone führt dazu, dass nicht alle versicherungspflichtigen Personen krankenversichert sind, was einen Widerspruch zum KVG darstellt. Ob die Abmeldung ausreisepflichtiger Personen bei der Krankenversicherung durch die Behörde gesetzeskonform ist, solange sie nicht nachweislich die Schweiz verlassen haben, ist eine juristisch noch ungeklärte Frage.

5.3 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.⁸¹ Damit soll das Prinzip des chancengleichen Zugangs zu Gesundheitsversorgung verwirklicht werden (vgl. Abschnitt 2.2.1) Der diesbezügliche Vergleich zwischen Soll- und Ist-Zustand präsentiert sich folgendermassen:

Soll: Sans Papiers (inkl. ausreisepflichtige Personen) haben denselben Zugang zu denselben Leistungserbringern und Leistungen des medizinischen Grundleistungskatalogs wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt.

Ist: Sind Sans Papiers versichert, haben sie im Prinzip den gleichen Zugang zu denselben Leistungserbringern und Leistungen der Regelversorgung 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 Vorkehren die Versorgung von Sans Papiers unabhängig ihres Versicherungsstatus sicherzustellen (vgl. Bezençon et al. 2008; Lehmann 2010). In den Kantonen Genf und Waadt verfügen öffentliche Spitäler über spezifische niederschwellige Einheiten, zu denen auch nicht versicherte Sans Papiers Zugang haben. Zusätzlich bestehen in einzelnen Kantonen durch NPOs geführte spezifische Anlauf- und Beratungsstellen und Versorgungsangebote, die Behandlungen zu Spezialtarifen oder über andere Finanzierungsmodelle anbieten.

Ausreisepflichtige Personen, die Nothilfe beziehen, haben zumeist über einen Erstversorgerarzt Zugang zur Gesundheitsversorgung, allenfalls ist diese zunächst auf Behandlungen im Notfall beschränkt. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in den allermeisten Fällen über die Betreuung der Unterkunft, in der die Nothilfe beziehenden Personen untergebracht sind und/oder die zuständige Behörde organisiert und in unterschiedlichem Ausmass gesteuert.

⁸¹ Bei Asylsuchenden sind Einschränkungen gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG, Art. 82a Abs. 4 AsylG möglich.

Demgemäss kann als Schlussfolgerung festgehalten werden, dass der Grundsatz des gleichen Leistungszugangs für alle versicherungspflichtigen Personen unbesehen ihres rechtlichen Status in verschiedener Hinsicht nicht vorbehaltlos gewährleistet ist. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten der Regelversorgung ist zunächst eine bestehende Krankenversicherung oder ausreichende finanzielle Mittel als Selbstzahler. Ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der Nothilfe durch den Kanton geregelt, ist zum einen festzustellen, dass der Umfang der Leistungen, zu denen ausreisepflichtige Personen freien Zugang haben, unter den Kantonen teilweise beträchtlich variiert. Je nach dem, wie die zuständigen Behörden ihren Ermessensspielraum auslegen, besteht uneingeschränkter Zugang zu den Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung oder eine mehr oder weniger einschränkende Zugangssteuerung. Die kantonalen Praktiken unterscheiden sich hinsichtlich der betroffenen Personengruppen, des Zugangs zu verschiedenen Leistungserbringern (Grund- und Spezialversorgung) und hinsichtlich des Umfangs der gewährten Leistungen. Zum anderen ist der Grundsatz des chancengleichen Zugangs dann verletzt, wenn für ausreisepflichtige Personen aufgrund ihres spezifischen Status höhere Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung bestehen, als für andere Personengruppen.

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 (Efionayi et al. 2010: 66). Gleichzeitig ist ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung insbesondere bei Personen, die über eine längere Zeit Nothilfe beziehen, im Hinblick auf die hohen Prävalenzraten psychischer Störungen (insbesondere posttraumatischer Belastungsstörungen) und der Zunahme von Suchtverhalten problematisch (Efionayi et al. 2010; Mueller et al. 2010).

5.4 Kostenübernahme

Die Praktiken zur Übernahme von Kosten medizinischer Leistungen, die nicht versicherte, nicht zahlungsfähige Sans Papiers betreffen, unterscheiden sich beträchtlich zwischen den Kantonen. Betreffen die Kosten Personen, die dem Kanton nicht zur Wegweisung bzw. Ausrichtung der Nothilfe zugewiesen wurden, übernehmen einzelne Kantone die entstandenen Kosten, andere nicht. In einzelnen Kantonen hat die Übernahme der Kosten ausländerrechtliche Massnahmen zur Folge. In einzelnen Kantonen, die noch nie mit der Thematik in Berührung kamen, besteht keine Praxis. Die grossen Unterschiede zwischen den Kantonen dürften einerseits aus Sicht der Leistungserbringer unbefriedigend sein und bergen andererseits für nicht versicherte, nicht zahlungsfähige Sans Papiers unterschiedliche Risiken, dass durch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der illegale Aufenthalt der zuständigen Behörde zur Kenntnis gebracht wird.

Die Kostenübernahme für Leistungen, die ausreisepflichtige Personen betreffen, ist dahingehend geregelt, dass der Zuweisungskanton in der Regel die Kosten übernimmt. Dennoch bestehen Unterschiede zwischen den Kantonen, ob die Kosten in allen oder nur in spezifischen Fällen

übernommen werden (vgl. Kapitel 4.3). Dies führt unter Umständen dazu, dass Leistungserbringer in gewissen Fällen für erbrachte medizinische Leistungen nicht vergütet werden.

5.5 Fazit und Diskussion

Im Folgenden wird ein zusammenfassendes Fazit zur Situation bezüglich Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers gezogen und diskutiert. Im Hinblick auf die Diskussion von Optimierungsmöglichkeiten in Kapitel 6 werden die zentralen Ursachen der aktuellen Situation aus Systemsicht analysiert.

5.5.1 Grundsätzliche Feststellungen

Die Situation, die sich bezüglich des Versicherungsobligatoriums für Sans Papiers präsentiert, entspricht nicht der Situation, wie sie das KVG vorsieht. Es ist davon auszugehen, dass ein grosser Teil der in der Schweiz anwesenden Sans Papiers trotz bestehendem Versicherungsobligatorium nicht krankenversichert ist und somit nicht den gesetzlich vorgesehenen Zugang zur Gesundheitsversorgung der OKP-Regelstrukturen beanspruchen kann. Die spezifischen Erklärungen dafür wurden in den voranstehenden Abschnitten erläutert.

Nicht versicherte Sans Papiers können die Regelstrukturen als Selbstzahler (oder mit finanzieller Hilfe von Dritten) sowie im Notfall beanspruchen. Als subsidiäre Ergänzung der Regelstrukturen bestehen in einzelnen Städten bzw. Regionen niederschwellige Angebote der Gesundheitsversorgung, die sich an den finanziellen Möglichkeiten der Sans Papiers orientieren oder auf anderen Finanzierungslösungen basieren. Diese bieten somit nicht versicherten Sans Papiers einen alternativen Zugang zu medizinischen Leistungen und können allenfalls als Türöffner zur Regelversorgung dienen. Das Prinzip des chancengleichen Zugangs zu Gesundheitsversorgung vermögen diese Einrichtungen allerdings nicht zu gewährleisten. Auch die Situation ausreisepflichtiger Personen im Rahmen der behördlich ausgerichteten Nothilfe stellt sich ambivalent dar. Auf der einen Seite sind der Zugang zu medizinischen Leistungen und die Übernahme der entsprechenden Kosten im Bedarfsfall gewährleistet, auch wenn eine Person nicht versichert ist. Auf der anderen Seite ist dieser Zugang zumeist behördlich gesteuert und teilweise eingeschränkt. Die Ungleichbehandlung der ausreisepflichtigen Personen, die sich aus den unterschiedlichen Praktiken der Zuweisungskantone ergibt, ist gesundheitspolitisch fragwürdig und nicht mit dem im KVG verankerten Prinzip des chancengleichen Zugangs für alle versicherungspflichtigen Personen konform.

5.5.2 Diskussion ambivalenter Aspekte

Die Problematik der Sans Papiers und ihres Zugangs zur Krankenversicherung und zur Gesundheitsversorgung ist mit diversen Dilemmata und Ambivalenzen verbunden. Sie stellt eine politische und gesellschaftliche Herausforderung dar, die auch mit ethischen Fragen und Abwägungen verbunden ist, auf die es selten klare und eindeutige Antworten gibt. Im Folgenden werden des-

halb kurz einzelne ambivalente Aspekte angesprochen, die im Laufe der Arbeiten am vorliegenden Bericht thematisiert wurden, und die bei der Beurteilung der aktuellen Situation zu berücksichtigen sind.

Potenziell kontraproduktive Signal- und Anreizwirkung von Unterstützungsangeboten

Bei staatlichen Massnahmen besteht stets die Möglichkeit, dass sie unbeabsichtigte Auswirkungen zur Folge haben, die den intendierten Zielen zuwiderlaufen, insbesondere, wenn es sich bei den Massnahmen um Leistungsangebote oder finanzielle Anreize handelt. So ist beispielsweise zu bedenken, dass die Schaffung bzw. der Ausbau von spezifischen Versorgungsstrukturen mit niederschwelligem Zugang und kostenloser oder vergünstigter Versorgung als Ergänzung der bestehenden Regelstrukturen zwar durchaus erwünschte Verbesserungen der Versorgungssituation mit sich bringt, gleichzeitig aber auch die Erreichung anderer gesundheitspolitischer Ziele beeinträchtigen kann. Die Verfügbarkeit von kostengünstigen Alternativen zur Regelversorgung reduziert die Notwendigkeit für Sans Papiers, sich zu versichern und schwächt somit in gewisser Weise das Prinzip des Versicherungsobligatoriums. Ähnliches gilt für die vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte (Staat, Private) bei Personen, die in der Lage wären, diese Kosten ganz oder teilweise zu bestreiten: Das Fehlen jeglicher Kostenbeteiligung durch die behandelten Personen erhöht zum einen die Attraktivität von als subsidiäre Ergänzung vorgesehenen Versorgungsangeboten gegenüber den Regelstrukturen und kann der gesundheitlichen und finanziellen Eigenverantwortung der behandelten Personen abträglich sein. Die Frage, ob und in welchem Umfang sich Sans Papiers an den Behandlungskosten beteiligen sollen, wird in den Fachkreisen der spezifischen Versorgungseinrichtungen entsprechend diskutiert und unterschiedlich beurteilt (vgl. Bezençon et al. 2008: 32f. und Wyssmüller/Efionayi 2011).

Vergleichbare Zugangsprobleme für Personen mit legalem Aufenthalt möglich

Bei der Diskussion und Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Sans Papiers ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass auch Personen mit legalem Aufenthalt mit ähnlichen Problemen in Bezug auf den Zugang zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung konfrontiert sein können.⁸² Konkret sind damit mittellose Personen gemeint, die nicht in der Lage sind, die Krankenversicherungsprämie und Kostenbeteiligungen selbst zu finanzieren. Zu erwähnen sind beispielsweise die Auswirkungen der 2006 eingeführten Sistierung der Kostenübernahme bei Ausstand der Prämienzahlungen (Art. 64a KVG). Gemäss Angaben der GDK⁸³ sind schweizweit schätzungsweise 150'000 Personen (Stand: April 2009) von einer Sistierung der Kostenübernahme betroffen.⁸⁴ Weil die medizinischen Leistungserbringer die Kosten für die Behandlung solcher

⁸² Der Vergleich bezieht sich ausdrücklich nicht auf die allgemeinen Lebensumstände (v.a. in Zusammenhang mit der fehlenden Aufenthaltsbewilligung) und die grundsätzliche gesundheitliche Situation dieser Personen, sondern lediglich auf die möglichen Einschränkungen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Rahmen des OKP-Grundleistungskatalogs.

⁸³ Medienmitteilung vom 3. April 2009: „Leistungssistierung der Krankenversicherung: GDK begrüsst Eintreten der SGK-N auf Antrag zur Gesetzesänderung“

⁸⁴ Inwiefern auch versicherte Sans Papiers – die aufgrund ihrer meistens schlechten und instabilen finanziellen Situation einem höheren Risiko einer Sistierung der Kostenübernahme ausgesetzt sind als andere Personen – von dieser Regelung betroffen sind, kann mangels Informationen dazu nicht beurteilt werden. Gemäss Interviewaus-

Personen erst von der Krankenversicherung zurückerstattet erhalten, wenn der Zahlungsausstand behoben ist, besteht für sie ein Anreiz, diese Personen tendenziell zurückhaltend zu behandeln, um das Risiko uneinbringbarer Kosten möglichst gering zu halten. Insofern ist denkbar, dass bei Personen, bei denen die Kostenübernahme sistiert ist, ähnliche Einschränkungen im Umfang der verfügbaren Versorgungsleistungen bestehen, wie bei nicht versicherten Sans Papiers.⁸⁵ Des Weiteren ist anzunehmen, dass der Versorgungszugang auch bei Personen, deren Versicherungsprämie und Gesundheitskosten (Franchise/Selbstbehalt) von der Sozialhilfe (ausserhalb des Asylwesens) übernommen werden, in ähnlicher Weise von den Sozialdiensten gesteuert wird und somit ebenfalls gewissen Einschränkungen unterliegt, wie dies bei Asylsuchenden und ausreisepflichtigen Personen in der Nothilfe der Fall ist. Inwiefern die Situation dieser beiden Personengruppen diesbezüglich tatsächlich vergleichbar ist, wurde im Rahmen dieser Studie allerdings nicht näher untersucht.

5.5.3 Analyse: Umsetzungsprobleme aufgrund von Systemdysfunktionalitäten und Interessendivergenzen

Indem das Versicherungsobligatorium auch für Sans Papiers gilt, ist der Zugang zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung für diese Personen auf der rechtlichen Ebene an sich ausreichend geregelt und gewährleistet. Hinsichtlich der Konzeption des Versicherungsobligatoriums (vgl. Abschnitt 2.2.1) sind somit keine Regelungslücken auszumachen; diese erscheint ausreichend kohärent und in sich geschlossen. Hingegen hat der vorliegende Bericht aufgezeigt, dass die Problematik vor allem bei der Verwirklichung der bestehenden Rechte besteht.⁸⁶ In der Praxis ist die Umsetzung bzw. Einhaltung der drei Elemente des Versicherungsobligatoriums (Versicherungspflicht der Individuen, Aufnahmepflicht der Versicherer und Kontrollpflicht der Kantone; vgl. Abschnitt 2.2.3) im Fall von Sans Papiers nicht per se gewährleistet. Der Verwirklichung des Soll-Zustandes gemäss KVG stehen einerseits verschiedene praktische, teilweise systembedingte Hindernisse entgegen, die sich aus der Illegalität des Aufenthalts von Sans Papiers ergeben, andererseits politische Abwägungen und Vorbehalte seitens von kantonalen (mitunter auch kommunalen) Behörden und teilweise auch von Krankenversicherern.

sagen einzelner Kantonsvertreterinnen und –vertreter dürfte es sich allerdings lediglich bei einer marginalen Minderheit der Personen mit Sistierung der Kostenübernahme um Sans Papiers handeln. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwiefern Art. 64a KVG und das damit verbundene Risiko einer Betreibung für Sans Papiers zusätzlich davon abhält, eine Krankenversicherung abzuschliessen.

⁸⁵ Die Ausgangslage ist allerdings insofern unterschiedlich, als dass von einer Sistierung der Kostenübernahme betroffene Personen krankenversichert sind und Art. 64a KVG in keiner Weise die Begrenzung des Zugangs zu Versorgungsleistungen bezweckt. Allfällige Einschränkungen im Zugang sind somit nicht eine intendierte Wirkung dieses Artikels, sondern eine Folge des Verhaltens der Leistungserbringer als Reaktion auf die Sistierung der Kostenübernahme.

⁸⁶ Zu diesem Fazit kam bereits die Studie von Efionayi/Achermann (2003: 87f.). Wie der vorliegende Bericht zeigt, besteht die 2003 identifizierte Diskrepanz zwischen den rechtlichen Grundlagen und der Alltagsrealität nach wie vor, auch wenn sich in der Einschätzung von Efionayi et al. (2010: 65 und 76) die Situation in den letzten zehn Jahren durchaus verbessert hat.

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 ist es zunächst ein systeminhärentes Problem, dass die behördliche Beitrittskontrolle gemäss Art. 6 KVG nicht greifen kann, wenn die zu kontrollierenden Personen den Behörden nicht bekannt sind, was auf die meisten Sans Papiers zutreffen dürfte. Die Kantone sind somit angesichts dieses Umstands nur beschränkt in der Lage, ihrem Auftrag zur Sicherstellung des Versicherungsobligatoriums nachzukommen. Eine Ausnahme bilden die ausreisepflichtigen Personen des Asylbereichs, deren Krankenversicherung während des Asylverfahrens in der Regel über die Sozialhilfe gemäss Asylgesetz vom Kanton sichergestellt war (vgl. Abschnitt 5.1).

Eine andere Diskrepanz besteht darin, dass das KVG zwar Sans Papiers in den Versicherungsschutz einschliesst, mit dem Versicherungsobligatorium aber gewisse – insbesondere finanzielle – Mindestanforderungen an die versicherungspflichtigen Personen verbunden sind. Aufgrund ihrer Aufenthaltssituation und der damit verbundenen Lebensbedingungen sind jedoch viele Sans Papiers von diesen Anforderungen zu erfüllen. So fehlen ihnen oftmals die finanziellen Möglichkeiten, um ihre Versicherungspflicht wahrzunehmen⁸⁷, und können somit den gesetzlichen Anforderungen nicht nachkommen, selbst wenn sie dies wollten (vgl. Bezençon et al. 2008: 37). Auch das gesetzlich vorgesehene Instrument der Prämienverbilligung vermag in der Praxis diese Zugangshürde kaum zu senken (vgl. Abschnitt 3.1.3). Aufgrund ihrer Aufenthaltssituation sind Sans Papiers zudem in ihren Handlungsmöglichkeiten oft stark eingeschränkt (vgl. dazu Efionayi et al. 2010), so dass sie ihre vorhandenen Rechte kaum selber über den Rechtsweg geltend machen können, z.B. um gegen die Abweisung eines Versicherungsantrags Beschwerde führen zu können. Das damit verbundene Entdeckungsrisiko, fehlende finanzielle Möglichkeiten, mangelnde Information über ihre Rechte und fehlende Kenntnis von Unterstützungsangeboten sind in diesem Zusammenhang wichtige Aspekte.

Konflikte zwischen staatlichen Zielen und individuellen Interessen der Sans Papiers

Ein erschwerender Umstand für die Verwirklichung des Soll-Zustandes ist, dass in Zusammenhang mit der Krankenversicherung von Sans Papiers mehrdimensionale Interessendivergenzen vorliegen. Zum einen sind die gesundheitspolitischen und migrationspolitischen Interessen des Staates nicht deckungsgleich, zum anderen bestehen gewisse Widersprüche zwischen staatlichen und individuellen Interessen.

Zentral ist sicherlich das Spannungsfeld zwischen den gesundheitspolitischen Vorgaben des KVG, das die Versicherungspflicht und eine umfassende Gesundheitsversorgung auch für Sans Papiers vorsieht, und den asyl- bzw. ausländerrechtlichen Zielsetzungen, Sans Papiers auszuweisen bzw. ausreisepflichtigen Personen, deren Wegweisung nicht vollzogen werden kann, im Bedarfsfall nur noch Nothilfe gemäss Art. 12 BV auszurichten. Die Umsetzung dieser beiden Aufträge stellt die Kantone vor die Herausforderung, die ihnen inhärenten Widersprüche miteinander

⁸⁷ Dies trifft sicherlich zumindest auf die meisten ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich zu. Zur Einkommenssituation von Sans Papiers vgl. z.B. Efionayi/Achermann (2003: 19).

zu vereinen. Auf der institutionellen Ebene wird das Spannungsverhältnis zwischen Asyl-/Ausländerpolitik und Gesundheitspolitik dadurch perpetuiert, dass in den Kantonen die Betreuung der ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich und die Kontrolle des Versicherungsstatus unterschiedlichen Behörden obliegt, die ihrem jeweiligen spezifischen Auftrag verpflichtet sind. Weil diese Behörden in aller Regel keinen Informationsaustausch untereinander pflegen, ist nicht gewährleistet, dass die Vorgaben des KVG im Fall von ausreisepflichtigen Personen, die im Gegensatz zu unerkannt anwesenden Sans Papiers den Behörden bekannt sind und deren Versicherungsstatus entsprechend kontrolliert werden kann, eingehalten werden.

Auch zwischen staatlichen und individuellen Interessen bestehen Widersprüche: Der gesundheitspolitisch erwünschten stärkeren Nutzung der Regelstrukturen von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung durch Sans Papiers stehen teilweise migrationspolitische Interessen entgegen (s.o.), aber auch die individuellen Interessen der Sans Papiers, möglichst unerkannt zu bleiben und nicht mit Regelstrukturen in Kontakt zu kommen. Aufgrund ihrer fehlenden Aufenthaltsbewilligung sind Sans Papiers mit einem potenziellen Interessenskonflikt zwischen einem gewährleisteten Zugang zu den Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung und dem Risiko ausländerrechtlicher Sanktionen konfrontiert. 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 möglicherweise kontraproduktiv, weil sich dadurch – sofern sie selber für die Versicherungsprämie aufkommen – ihre finanzielle Belastung und das Betreibungsrisiko erhöhen, und weil die Einbindung in (para-)staatliche Regelstrukturen das Risiko, entdeckt und ausgewiesen zu werden, erhöht. Es besteht somit für sie tendenziell kein Anreiz, mit (para-)staatlichen Einrichtungen (Behörden, Versicherer, u.U. Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung) in Kontakt zu kommen.

6 Möglichkeiten zur Optimierung der Situation

Das vorliegende Kapitel skizziert allgemeine Stossrichtungen und Ansatzpunkte zur Bewältigung der bestehenden Schwierigkeiten und Systemdysfunktionalitäten, welche gemäss den bisherigen Ausführungen (Kapitel 3, 4 und 5) der Verwirklichung des gesetzlich angestrebten Soll-Zustands bezüglich der Versicherungsdeckung und des Zugangs zu Gesundheitsversorgung von Sans Papiers entgegenstehen.

6.1 Handlungsbedarf und grundsätzliche Zielsetzungen

Dass der gesetzlich angestrebte Versicherungsschutz im Fall von Sans Papiers nur ungenügend verwirklicht ist, liegt zum einen daran, dass praktische, teilweise systeminhärente Schwierigkeiten die Umsetzung der entsprechenden KVG-Bestimmungen erschweren, zum anderen an der teilweise fehlenden Bereitschaft der involvierten Akteure, diese Bestimmungen umzusetzen. Entsprechend bedingt die Verbesserung der Situation in erster Linie Verhaltensänderungen bei denjenigen Akteuren – namentlich Sans Papiers, Krankenversicherern und staatlichen Behörden –, die ihre jeweiligen Pflichten in Bezug auf das Versicherungsobligatorium noch nicht wie vorgesehen wahrnehmen. Angesichts der in den vorangehenden Kapiteln vorgenommenen Situationsanalyse müssten bei den genannten Akteuren die folgenden Veränderungen angestrebt werden, um den vom KVG vorgesehenen Soll-Zustands bezüglich Versicherungsdeckung zu verwirklichen:

- Ziel 1 (Sans Papiers): Jede nach KVG versicherungspflichtige Person schliesst eine Krankenversicherung ab.
- Ziel 2 (Krankenversicherer): Sans Papiers werden gleich behandelt wie versicherungspflichtige Personen mit Aufenthaltsbewilligung. Sie versichern alle Antrag stellenden Personen unbesehen ihres Aufenthaltsstatus und nehmen eine Abmeldung nur vor, wenn die anderweitige Weiterführung der Versicherung, die definitive Ausreise oder der Tod der abzumeldenden Person nachgewiesen wird.
- Ziel 3 (Kantone/Gemeinden): Alle versicherungspflichtigen Personen ohne Versicherungsdeckung werden einem Versicherer zugewiesen. Weggewiesene Asylsuchende werden bzw. bleiben versichert, bis die definitive Ausreise erfolgt oder von einer definitiven Ausreise auszugehen ist.

Wie in Kapitel 4 erläutert, ist auch bei bestehender Versicherungsdeckung noch nicht automatisch gewährleistet, dass Sans Papiers denselben Zugang zu Gesundheitsversorgung gemäss OKP-Grundleistungskatalog haben wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt. Zum einen bestehen gewisse Hemmnisse seitens der Sans Papiers, Regelstrukturen in Anspruch zu nehmen, selbst wenn sie über eine Versicherung verfügen (vgl. Abschnitt 4.1.2). Zum anderen gibt es Kantone, welche die Gesundheitsversorgung von Personen in der Nothilfe auch dann auf das im Einzelfall notwendige Minimum beschränken, wenn diese Personen krankenversichert sind und

somit uneingeschränkten Zugang zur OKP-Grundversorgung hätten. Entsprechend ergibt sich eine weitere Zielsetzung zur Optimierung der Situation:

- Ziel 4: Sans Papiers haben denselben Zugang zur OKP-Grundversorgung wie versicherte Personen mit legalem Aufenthalt.

Da aufgrund der in Kapitel 5 erläuterten Ambivalenzen, Systemdysfunktionalitäten und Interessendivergenzen nicht davon auszugehen ist, dass sich diese vier Ziele ohne zusätzliche Impulse oder Anreize verwirklichen, besteht der eigentliche Handlungsbedarf darin, mittels geeigneter Massnahmen die implizierten Verhaltensänderungen anzuregen und zu unterstützen.

Im Folgenden werden diese Zielsetzungen für Optimierungsmassnahmen diskutiert. Dabei beschränkt sich die Diskussion auf die in diesem Bericht betrachtete Ebene der praktischen Umsetzung des Versicherungsobligatoriums und die Rollen und Interaktionen der dabei involvierten Akteure: Sans Papiers, Krankenversicherer und staatliche Behörden. Allgemeine, auf einer grundsätzlicheren Ebene anzusiedelnde Ansätze wie z.B. die verschiedentlich diskutierte Regularisierung von Sans Papiers, entweder kollektiv oder über individuelle Härtefallregelungen (vgl. hierzu Efionayi et al. 2010: 43ff. und die diversen parlamentarischen Vorstösse in den letzten Jahren⁸⁸) werden hier nicht weiter thematisiert, weil der Fokus des Berichts auf der Situation bezüglich Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung liegt. Selbstverständlich ist diese Situation aber in den grösseren Kontext der grundsätzlichen Problematik des illegalen Aufenthalts eingebettet. Eine umfassende Auslegeordnung dieses Kontexts mit spezifischen weiterführenden Literaturhinweisen findet sich in Efionayi et al. (2010).

6.2 Lockerung des Versicherungsobligatoriums?

Wie in Abschnitt 2.2.1 erläutert, bildet der Grundsatz des an den zivilrechtlichen Wohnsitz geknüpften Versicherungsobligatoriums das Kerninstrument zur Sicherstellung des chancengleichen Zugangs zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung für Sans Papiers. Die Kombination der individuellen Versicherungspflicht, der Aufnahmepflicht der Krankenversicherer und der Kontrollpflicht der Behörden sowie die Bestimmungen über das Ende der Versicherungspflicht und zur Sicherstellung der anhaltenden Versicherungsdeckung bei einem Wechsel des Krankenversicherers bilden ein in sich kohärentes Konzept, das auf der normativen Ebene die Gleichbehandlung aller versicherungspflichtigen Personen unbesehen ihres Aufenthaltsstatus gewährleistet, ohne dass für Sans Papiers spezifische Regelungen nötig wären.

In der Vergangenheit wurde bereits verschiedentlich angeregt, das Versicherungsobligatorium für Sans Papiers oder Asylsuchende zu lockern bzw. aufzuheben und deren Gesundheitsversorgung anderweitig sicherzustellen (vgl. Arbeitsgruppe „Finanzierung Asylwesen“ 2000 und Motion Kuprecht (10.3203): Aufhebung der KVG-Grundversicherungspflicht für Sans-Papiers).

⁸⁸ Interpellation Menétrey-Savary (07.3207): Sans-Papiers. Stecken wir in der Sackgasse?; Motion Barhassat (08.3616): Jugendlichen ohne gesetzlichen Status eine Berufslehre ermöglichen; Motion Rielle (10.3740): Legalisierung des Aufenthalts der Sans-Papiers. Einführung der Verjährung im Ausländergesetz; Motion Barhassat (10.3762): Legalisierung des Aufenthalts der Sans-Papiers. Einführung der Verjährung im Ausländergesetz

Änderungen an der allgemeinen Versicherungspflicht, d.h. konkret die Aufhebung oder Lockerung der Versicherungspflicht von Sans Papiers⁸⁹ könnten vermutlich tatsächlich gewisse Probleme der Umsetzung des Versicherungsobligatoriums beseitigen, namentlich den Umstand, dass das Versicherungsobligatorium den (finanziellen) Lebensrealitäten von Sans Papiers kaum Rechnung trägt, die systeminhärenten Schwierigkeiten der Beitrittskontrolle von Sans Papiers durch die Behörden und allfällige Hindernisse in der Interaktion zwischen Krankenversicherer und Versicherten. Diesen Vorteilen stehen allerdings negative Konsequenzen einer Aufhebung des Versicherungsobligatoriums für Sans Papiers gegenüber:

Durch das Versicherungsobligatorium wird sichergestellt, dass Personen, die sich dauerhaft in der Schweiz aufhalten, bei Bedarf Zugang zu adäquaten medizinischen Leistungen haben und die Kosten dafür nicht vollständig selbst tragen müssen. Würde dieser Versicherungsschutz für Sans Papiers wegfallen, würde dies eine Bevölkerungsgruppe treffen, die aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität in besonderem Masse auf diesen Schutz angewiesen ist. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Personen die Kosten für ihre Gesundheitsversorgung selbst tragen können, wenn sie nicht versichert sind. Die Frage, wer für die Kosten medizinischer Behandlungen aufkommt, wenn die betreffende Person diese nicht selbst bestreiten kann, bliebe weiterhin ungeklärt. Die damit zusammenhängenden Probleme bzw. Unsicherheiten seitens der Leistungserbringer sowie die Zugangshürden seitens der Sans Papiers blieben bestehen. Um die Gesundheitsversorgung im Bedarfsfall sicherzustellen, müssten daher alternative Gesundheitsversorgungs- und Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

Der Bundesrat hat denn auch in diversen Stellungnahmen seine Position bekräftigt, dass am bestehenden System der allgemeinen Versicherungspflicht gemäss KVG festgehalten und keine Sonderregelungen für Sans Papiers (oder Asylsuchende) geschaffen werden sollen (Antworten auf Interpellation Parmelin (07.3090): Asylsuchende und obligatorische Krankenversicherung, Motion Kuprecht (10.3203): Aufhebung der KVG-Grundversicherungspflicht für Sans-Papiers und Dringliche Anfrage Goll (10.1053): Wird das Krankenversicherungsobligatorium ausgehöhlt?):

- Dank der obligatorischen Krankenversicherung und der darin verankerten universellen Deckung und dem einheitlichen Leistungskatalog hat die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung. Mit dem Ausschluss einer Bevölkerungsgruppe von der Krankenversicherung würde das Prinzip der Gleichbehandlung aller Versicherter im Krankheitsfall und damit eine wesentliche Grundlage und soziale Errungenschaft des KVG in Frage gestellt.
- Die Gesundheitsversorgung auf Basis eines Versicherungssystems ist wirtschaftlich. Der Ausschluss von Sans Papiers aus der Krankenversicherung und die damit notwendige Errichtung eines parallelen Gesundheitssystems zur Sicherstellung ihrer Gesundheitsversor-

⁸⁹ Sans Papiers könnte die Möglichkeit gewährt werden, sich freiwillig zu versichern.

gung würde zusätzliche Kosten⁹⁰ und grossen administrativen Aufwand verursachen. Eine weitere Folge eine Kostenverschiebung von der Krankenversicherung zur öffentlichen Hand.

- Unter Umständen würde der Ausschluss von Sans Papiers aus der Krankenversicherung das Gebot der Rechtsgleichheit verletzen, indem gewisse Leistungen allenfalls eingeschränkt wären.

6.3 Anpassungen innerhalb des bestehenden Systems

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, innerhalb des bestehenden Systems gewisse Anpassungen vorzunehmen, die vor allem die Umsetzung des Versicherungsobligatoriums betreffen. Nachfolgend werden verschiedene Stossrichtungen vorgeschlagen, über welche die eingangs hergeleiteten Zielsetzungen zur Systemoptimierung verfolgt werden können. Die im Rahmen dieser Stossrichtungen angeregten Massnahmen beinhalten administrative Massnahmen wie z.B. die Schaffung oder Anpassung von spezifischen Verfahren und Prozessen, die verstärkte Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteuren (Intermediären) und Informationsaktivitäten. In gewissen Bereichen sind auch rechtliche Anpassungen auf der Ebene von konkretisierenden Umsetzungsbestimmungen (d.h. Verordnungsänderungen) denkbar; deren Opportunität wäre allerdings näher zu prüfen.

Die diskutierten Stossrichtungen wurden vom Autorenteam des vorliegenden Berichts erarbeitet. Sie wurden der gesichteten Literatur entnommen, im Nachgang an die Gespräche mit Vertreterinnen der Zentralsekretariate der GDK und der SODK sowie des BAG (vgl. Abschnitt 1.2.3) entwickelt oder ergeben sich aus der Praxis einzelner Kantone. Es handelt sich explizit nicht um konkrete Handlungsempfehlungen, sondern um eine analytische Auslegeordnung möglicher Ansatzpunkte für Systemoptimierungen. Die Praktikabilität, Umsetzbarkeit, politische Akzeptanz sowie die potenziellen Auswirkungen werden hier nicht diskutiert und wären in einem weiteren Schritt zu prüfen.

6.3.1 Ziel 1: Erhöhung des Grads der Versicherungsdeckung von Sans Papiers

Die Erreichung dieses Ziels bedingt, dass die zu versichernden Personen einerseits dazu bereit und andererseits dazu in der Lage sind, von sich aus eine Krankenversicherung abzuschliessen.⁹¹ Ein möglicher Ansatz, um den Grad der Versicherungsdeckung zu erhöhen, ist die verstärkte und gezielte Information dieser Personen über das Versicherungsobligatorium, die damit verbundenen Rechte und Pflichten und über die bestehenden Bestimmungen bezüglich Datenschutz

⁹⁰ Die Arbeitsgruppe „Finanzierung Asylwesen“ (2000: 12) postuliert, dass die Versicherung von ausreisepflichtigen Personen aus der Krankenversicherung für die Kantone frühestens drei Monate nach Ablauf der Ausreisefrist die aus wirtschaftlicher Sicht günstigere Variante darstelle: Die durch Unfälle und Krankheiten anfallenden Kosten für Personen in unsicherer Lage und untergetauchte Personen fielen im Durchschnitt weit höher aus als die Versicherungsprämien in derselben Zeit.

⁹¹ Personen, deren fehlende Versicherungsdeckung den für die Beitrittskontrolle zuständigen Behörden bekannt wird, werden in der Regel einem Versicherer zugewiesen. Die Ausführungen beziehen sich deshalb primär auf Personen, die den Behörden nicht bekannt sind.

und Schweigepflicht. Derartige Informationsaktivitäten bestehen bereits (vgl. z.B. SRK 2007). Allenfalls könnte verstärkte Information über die Vorteile des bestehenden Versicherungsschutzes und die Nachteile einer fehlenden Versicherung die Sensibilisierung für das Versicherungssobligatorium möglicherweise erhöhen. Als Informationskanäle bieten sich primär die verschiedenen Organisationen und Einrichtungen an, die mit Sans Papiers in Kontakt stehen: Anlauf- und Beratungsstellen, Sans Papiers-Kollektive, Organisationen der Migrationsbevölkerung etc. Zu berücksichtigen gilt es allerdings den Umstand, dass Beratungsstellen den Abschluss einer Versicherung nur in bestimmten Fällen empfehlen (vgl. Abschnitt 3.1). Diese Stellen könnten somit auch Adressaten von Sensibilisierungsmassnahmen sein.

Neben fehlender Bereitschaft und Information gelten fehlende finanzielle Mittel als zentrales Hindernis für Sans Papiers, eine Versicherung abzuschliessen. Eine zweite mögliche Stossrichtung bildet deshalb die finanzielle Unterstützung von Sans Papiers zur Reduktion der Prämienbelastung. Zu diesem Zweck sieht das KVG die individuelle Prämienverbilligung vor, die im Grundsatz auch Sans Papiers beanspruchen können, sofern sie die Voraussetzungen dafür erfüllen. Wie in Abschnitt 3.1.3 beschrieben, können sie diesen Anspruch aktuell allerdings nicht in allen Kantonen geltend machen. Hier kann seitens der Kantone Handlungsbedarf geortet werden, die Situation zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dies kann durch entsprechende Informationsmassnahmen und Empfehlungen oder Weisungen seitens des Bundes unterstützt werden. Als Vorbilder können diejenigen Kantone dienen, in denen Sans Papiers die Möglichkeit haben, Prämienverbilligung zu beantragen und dabei einen Einkommensnachweis in anderer Form als über Steuerdaten und die Wohnsitzbestätigung auf anderem Weg als über die Einwohnerkontrolle zu erbringen. Auch die Möglichkeit, die Prämienverbilligung bei einer kantonalen Stelle bzw. einer Sozialversicherungsanstalt beantragen zu können, stellt eine Zugangserleichterung für Sans Papiers dar.

Eine andere Möglichkeit der finanziellen Entlastung von Sans Papiers besteht darin, dass die Prämie ganz oder teilweise von Dritten finanziert wird. Dies wird verschiedentlich bereits getan, namentlich im Fall von versicherten ausreisepflichtigen Personen oder von Sans Papiers, deren Prämie von Sozialbehörden, NGOs, Leistungserbringern oder engagierten Privatpersonen übernommen wird.

Als dritte Stossrichtung ist die systematische Schaffung von Dispositiven, in denen sich Sans Papiers anonym versichern lassen können, denkbar. Ein solches Dispositiv würde es ermöglichen, die Anonymität der zu versichernden Person gegenüber dem Versicherer zu wahren und damit deren Bereitschaft, sich zu versichern, erhöhen. Gleichzeitig wird das Bedürfnis des Versicherers, die Interaktion mit der versicherten Person sowie das Inkasso der Prämienzahlungen und allfälliger Kostenbeteiligungen sicherzustellen, erfüllt. Dies kann mit Blick auf die Praxis in einzelnen Kantonen auf verschiedene Weise erfolgen: ein Intermediär (z.B. eine Beratungsstelle oder eine staatliche Behörde) kann stellvertretend für die Sans Papiers als Versicherungsnehmer auftreten, die Anträge auf Krankenversicherung oder Prämienverbilligung bearbeiten (Frei-

burg⁹²⁾ oder die Korrespondenz zwischen den Sans Papiers und der Krankenversicherung bzw. dem staatlichen Kontrollorgan sicherstellen (Basel-Stadt). Die Vor- und Nachteile dieser Stossrichtung werden von Bezençon et al. (2008: 34ff.) ausführlich diskutiert.

6.3.2 Ziel 2: Gleichbehandlung von Sans Papiers und anderen Versicherten durch Krankenversicherer

Wie aus Abschnitt 3.2 hervorgeht, ist die vom KVG vorgesehene Gleichbehandlung aller versicherungspflichtigen Personen unbeschleunigt ihres Aufenthaltsstatus durch die Versicherer nicht automatisch gewährleistet. Das Bedürfnis der Versicherer, bei Beitrittsanträgen in Zweifelsfällen die Versicherungspflicht und die Korrektheit der Adressangaben überprüfen sowie das Inkasso von Prämienzahlungen und allfälligen Kostenbeteiligungen sicherstellen zu können, kann im Einzelfall dazu führen, dass infolge entsprechender Abklärungen die Einwohnerkontrolle Kenntnis einer Person ohne Aufenthaltsbewilligung erhält und diese die aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen zu tragen hat, d.h. weggewiesen wird. Datenschutzrechtliche Vorkehrungen sollten derartige Informationsflüsse eigentlich verhindern, Unkenntnis oder Missachtung dieser Vorschriften können aber deren Wirksamkeit beeinträchtigen.⁹³ Dementsprechend ist eine mögliche Stossrichtung, die Versicherer und ihr Personal über die bestehenden Datenschutzbestimmungen zu informieren, mit dem Ziel, diesen Bestimmungen mehr Nachachtung zu verschaffen. Mit der Information können allenfalls Empfehlungen und/oder Weisungen an Versicherer einhergehen, wie sie mit Sans Papiers, die bei der Anmeldung als solche erkannt werden, umgehen sollen. In Bezug auf die Ausgestaltung der Anmeldeformulare und den Umfang der damit erhobenen Daten ist zu klären, ob die Praxis, Informationen zum Aufenthaltsstatus (z.B. ZEMIS-Nummer, Kopie der Aufenthaltsbewilligung etc.) zu erheben, mit Art. 6a KVV⁹⁴ konform ist bzw. für die Durchführung der Versicherung erforderlich ist. In Zusammenhang mit den Anmeldeverfahren scheint zudem eine Klärung der Zuständigkeit für die Abklärung der Versicherungspflicht erforderlich: Dass Krankenversicherer bei der Bearbeitung von Beitrittsanträgen die verschiedenen Angaben einer Antragstellenden Person überprüfen wollen, ist sicherlich nachvollziehbar. Angesichts der gesetzlichen Aufnahmepflicht stellt sich jedoch die Frage, inwiefern es die Aufgabe eines Versicherers ist, die Versicherungspflicht einer Antragstellenden Person zu überprüfen. Allenfalls wären die diesbezüglichen Abklärungsverfahren und Informationsflüsse unter Wahrung der bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen in geeigneter Weise anzupassen. Diese Stossrichtung könnte unter Umständen auch Anpassungen der diesbezüglichen Verordnungsbestimmungen beinhalten.

⁹² Im Kanton Freiburg haben die Gesundheitsbehörden NPOs im Rahmen eines Abkommens explizit mit dieser Aufgabe beauftragt.

⁹³ Vgl. hierzu (allerdings ohne direkten Bezug zur Krankenversicherung) auch Bolliger/Féraud (2010b).

⁹⁴ Art. 6a KVV: „Versicherer dürfen auf dem Beitrittsformular nur Angaben verlangen, die für den Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder bei einem Wechsel des Versicherers erforderlich sind.“

Eine zweite Stossrichtung betrifft die Abmeldepraxis bei Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid. Wird eine solche Person durch die Behörde, die in diesem Fall als Versicherungsnehmer auftritt, abgemeldet, kann das Versicherungsverhältnis gegenwärtig beendet werden, ohne dass sichergestellt ist, dass die damit verbundenen Bedingungen gemäss KVV erfüllt sind. Eine entsprechende Mutationsmeldung des Versichertenbestandes im Rahmen eines Rahmenvertrags reicht dafür offenbar aus. Dies bedeutet eine Lücke in der Umsetzung des gesetzlichen Dispositivs zur Sicherstellung der Versicherungsdeckung. Das Problem besteht darin, dass es für die zuständige Behörde kaum möglich ist nachzuweisen, dass eine Person, deren Aufenthalt für die Behörde nicht mehr nachvollziehbar ist, die Schweiz tatsächlich verlassen hat. Optimierungsmöglichkeiten sind aber denkbar im Umgang mit der behördlichen Abmeldung von Personen, die sich nachweislich noch in der Schweiz aufhalten. Diesbezüglich könnten Empfehlungen oder Weisungen an Versicherer und Kantone eine mögliche Massnahme darstellen. Juristischer Klärungsbedarf besteht in der Frage, ob die Abmeldung einer ausreisepflichtigen Person bei der Krankenversicherung durch die Behörde gesetzeskonform ist, solange die betreffende Person nicht nachweislich die Schweiz verlassen hat. Zu prüfen wäre auch, ob diesbezüglich Anlass zu Massnahmen auf Verordnungsebene besteht.

Drittens verfügt das BAG über die Kompetenz, Versicherer, die vorsätzlich oder fahrlässig gegen KVG-Bestimmungen verstossen, zu sanktionieren, namentlich, wenn sie die Durchsetzung der Versicherungspflicht (Art. 4–7 KVG) erschweren (Art. 93a KVG).⁹⁵

6.3.3 Ziel 3: Sicherstellung der Einhaltung der Versicherungspflicht durch Kantone

Aufgrund des Umstandes, dass Sans Papiers den kommunalen Einwohnerkontrollen in der Regel nicht bekannt sind, ist dieses Ziel über die bestehenden Dispositive der Beitrittskontrolle im Rahmen von Art. 6 KVG aus systeminhärenten Gründen nur beschränkt erreichbar. Eine denkbare Stossrichtung ist deshalb die Ausweitung des Kontrolldispositivs auf weitere Akteure wie z.B. Schulen (die in einzelnen Gemeinden den Versicherungsstatus der Schulkinder überprüfen) oder medizinische Leistungserbringer, die mit nicht versicherten Personen konfrontiert werden. Dazu wäre die klare Definition und Regelung der Informationsflüsse nötig, um den bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen Rechnung zu tragen. Ein Beispiel dafür findet sich im Kanton Bern, wo Spitäler nicht versicherte Personen, die sich bei ihnen in Behandlung begeben, mittels eines speziellen Formulars der für die Beitrittskontrolle zuständigen Behörde melden können und dabei sichergestellt ist, dass keine Information an die Migrationsbehörden erfolgt.

Eine zweite Stossrichtung betrifft die Schliessung einer Lücke im Informationsfluss zwischen den kantonalen Behörden im Fall der Abmeldung ausreisepflichtiger Personen von der Krankenversicherung. Meldet die für die Versicherung dieser Personen zuständige Behörde (Asylkoordination oder Gemeinde) eine solche Person ab, erfolgt gegenwärtig keine Information an die für die Beitrittskontrolle zuständige Behörde, auch wenn sich diese nachweislich noch in

⁹⁵ Der im Februar 2011 in Vernehmlassung gegebene Entwurf eines Bundesgesetzes über die Aufsicht über die Krankenversicherung (EDI 2011) sieht im Vergleich zum aktuellen KVG stärkere Sanktionsmöglichkeiten vor.

der Schweiz aufhält und nach wie vor dem Versicherungsobligatorium untersteht. Weil nicht davon auszugehen ist, dass sich die betreffende Person selbst versichert, ist die Weiterversicherung nicht sichergestellt. Weil die für die Beitrittskontrolle zuständige Behörde keine Kenntnis von der Abmeldung hat, kann sie keine Massnahmen treffen, um die Versicherungslücke zu vermeiden. Dies kann durch die Einrichtung eines entsprechenden institutionalisierten Informationsaustauschs zwischen den zuständigen Behörden behoben werden. Als Vorbild kann hier das Verfahren im Kanton Neuenburg dienen.

6.3.4 Ziel 4: Abbau von Zugangshürden zur OKP-Grundversorgung

Zugangshürden zur OKP-Gesundheitsversorgung können individueller oder struktureller Art sein, d.h. seitens der Sans Papiers oder seitens der Leistungserbringer bestehen. Analog zu oben (Abschnitt 6.3.1) besteht eine erste Stossrichtung zum Abbau solcher Hürden in der besseren Information von Sans Papiers über die Funktionsweise der schweizerischen Gesundheitsversorgung (namentlich der Regelversorgung), über die ihnen zustehenden Rechte, aber auch über die Pflichten. Bedingung des Zugangs zur Regelversorgung ist allerdings das Vorliegen einer Krankenversicherung (vgl. Abschnitt 6.3.1). Beim Abbau von Zugangshürden zur OKP-Grundversorgung spielen auch die verschiedenen Anlauf- und Beratungsstellen eine wichtige Rolle, da sie eine Türöffnerfunktion wahrnehmen und entsprechende Informationen verbreiten können.

Um das Vertrauen von Sans Papiers in die medizinischen Leistungserbringer zu stärken und die Angst vor Entdeckung ihres illegalen Aufenthalts aufgrund einer Meldung an Behörden abzubauen, scheint es sinnvoll, als weitere Stossrichtung die Information über die rechtliche Situation in den Bereichen Datenschutz/Schweigepflicht und Meldepflicht zu verbessern. Zu diesem Zweck wären über geeignete Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen, die sich an alle an der medizinischen Behandlung und den damit verbundenen Informationsflüssen beteiligten Akteure (kantonale und kommunale Behörden: Einwohnerkontrolle, Migrationsamt, Sozialdienste/Sozialamt, Sozialversicherungsanstalt, Beitrittskontrolle etc.; Krankenversicherer; Leistungserbringer) richten müssten, die rechtliche Situation klarzustellen und die damit verbundenen Rechte und Pflichten in Erinnerung zu rufen. Verstösse gegen diese Bestimmungen sind entsprechend zu sanktionieren.

Eine dritte mögliche Stossrichtung besteht darin, dass die Kantone (oder allenfalls Gemeinden) mit den Leistungserbringern Vereinbarungen über die Modalitäten der Kostenübernahme bei der Behandlung von nicht versicherten Sans Papiers treffen (vgl. Abschnitt 6.3.1). Damit würde ein Dispositiv geschaffen, um einerseits Abklärungen und Informationsflüsse, die für Sans Papiers ein Entdeckungsrisiko bedeuten und deshalb eine Zugangshürde darstellen, zu vermeiden, andererseits seitens der Leistungserbringer das Risiko uneinbringbarer Debitorenverluste zu reduzieren. Mit dieser Stossrichtung wären allerdings seitens der Kantone zusätzliche Kosten verbunden, die diese vermutlich nur bedingt bereit wären, zu tragen. Ihre Umsetzung setzt deshalb entsprechendes politisches Engagement voraus. Zudem müsste ein solches Dispositiv aus Gründen der Rechtsgleichheit auch zahlungsunfähige Personen mit legalem Aufenthalt umfassen.

Als vierte Stossrichtung drängt sich auf sicherzustellen, dass die Kantone ihre Nothilfepraxis in Bezug auf den Zugang zu medizinischen Leistungen KVG-konform ausgestalten. Diverse Kantone praktizieren im Rahmen der Nothilfe eine – je nach Kanton unterschiedlich restriktive – Zugangssteuerung. Dies hat zur Folge, dass in einzelnen Kantonen die medizinische Versorgung ausreisepflichtiger Personen trotz einer bestehenden Krankenversicherung zunächst auf die Behandlung im Notfall beschränkt ist und der Zugang zu weiterführender Versorgung behördlicher Steuerung unterliegt. Bei sehr restriktiver Auslegung dieser Steuerung ist das Prinzip des chancengleichen Zugangs zur OKP-Grundversorgung für alle versicherten Personen verletzt. Da die Ausgestaltung der Nothilfe gemäss AsylG in die Kompetenz der Kantone fällt, sind in erster Linie die Kantone für die Umsetzung dieser Stossrichtung zuständig. Unterhalb der Schwelle gesetzgeberischer Massnahmen (Regulierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der Nothilfe) bleiben dem Bund wenige Interventionsmöglichkeiten. Eine mögliche Massnahme besteht darin, die Kantone über die Rechtslage zu informieren, d.h. sie über das Verhältnis zwischen Nothilfe und KVG ins Bild zu setzen

6.4 Empfehlungen für das weitere Vorgehen

6.4.1 Aktuelle Entwicklungen

Zurzeit ist seitens des Bundes ein Projekt zur Ergänzung der KVV durch einen neuen Artikel (Art. 92d) in Arbeit. Eine erste Anhörung dazu fand Ende 2009 statt (BAG 2009), eine zweite im Sommer 2010. Mit dieser KVV-Änderung strebt der Bundesrat an, die Finanzierung der Versicherungsprämie von ausreisepflichtigen Personen, die trotz Wegweisungsentscheid in der Schweiz bleiben, zu regeln. Kern des Vorschlags ist die Möglichkeit, dass die Kantone die Prämienzahlung sistieren können, während die Versicherungsdeckung gleichzeitig aufrechterhalten bleibt. Die Versicherungsprämie würde den Versicherern erst im Leistungsfall geschuldet (rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung, zuzüglich eines Prämienaufschlags), sofern die Leistung nicht anderweitig finanziert wird.

Mit diesem Lösungsvorschlag soll unter Einhaltung der Grundsätze des KVG sichergestellt werden, dass ausreisepflichtige Personen weiterhin krankenversichert bleiben, eine finanzielle Belastung der fürsorgepflichtigen Gemeinwesen (Kantone, Gemeinden) hingegen nur im Fall eines effektiven Leistungsbezugs durch die betroffenen Personen – bei dem auch unter der jetzigen Regelung Kosten entstehen – zum Tragen kommt. Dabei sollen unnötige Geldflüsse und administrativer Aufwand vermieden werden (BAG 2009).

Ein unbestrittener Vorteil der vorgeschlagenen Regelung liegt darin, dass damit sichergestellt würde, dass ausreisepflichtige Personen nicht aus dem OKP-System fallen, wie dies teilweise heute der Fall ist, und damit ihr Anspruch auf die entsprechende Grundversorgung bestehen bliebe. Dies würde eine Verbesserung der aktuellen Situation bedeuten. Bedingung dafür ist allerdings, dass die Kantone bereit sind, im Leistungsfall die aufgelaufenen Versicherungsprämien zu über-

nehmen.⁹⁶ Angesichts der Feststellung, dass diverse Kantone bereits heute eine Kostenabwägung treffen und es oft bevorzugen, ausreisepflichtige Personen nicht zu versichern und stattdessen die allenfalls anfallenden Behandlungskosten direkt zu übernehmen (vgl. Abschnitt 3.1.2), muss allerdings vorläufig offen bleiben, ob Art. 92d KVV bei den betreffenden Kantonen eine Praxisänderung auszulösen und die angestrebte Wirkung zu entfalten vermag. Zudem ist wie oben erwähnt auch bei bestehender Versicherung nicht automatisch gewährleistet, dass die betroffenen Personen die ihnen zustehende Versorgung auch effektiv in Anspruch nehmen bzw. in Anspruch nehmen können.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass sich Art. 92 d KVV nur auf Personen mit einem rechtskräftigen Wegweisungsentscheid (ausreisepflichtige Personen) bezieht, und somit nichts an der Situation derjenigen Sans Papiers ändert, die kein Asylverfahren durchlaufen haben.

6.4.2 Weiteres Vorgehen

Auch wenn der vorgesehene Art. 92d KVV in Kraft tritt⁹⁷, besteht nach wie vor weiterer Handlungsbedarf, zumal dieser Artikel nur bei einem Teilelement der Grundproblematik der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers ansetzt. Die verschiedenen Vollzugshemmnisse sowie die individuellen und strukturellen Zugangshürden, wie sie oben identifiziert und erläutert wurden, bleiben weiterhin bestehen. Wie bereits erwähnt kann die Situation nur verbessert werden, wenn alle Akteure ihre jeweiligen Pflichten in Bezug auf das Versicherungssobligatorium wie vorgesehen wahrnehmen.

Ein Grundproblem ergibt sich aus dem Dilemma zwischen dem Ausländerrecht, das den Aufenthalt von Sans Papiers nicht vorsieht, und den verfassungsmässigen Sozialrechten, die aufgrund ihrer grundrechtlichen Verankerung auch Sans Papiers zustehen (vgl. z.B. Kiener/von Büren 2007; Spöndlin 2006). Dieses Dilemma hat zur Folge, dass es Sans Papiers aufgrund ihrer partikulären Situation kaum möglich ist, sich selber zu exponieren und sich für ihre Rechte einzusetzen, wenn ihnen diese nicht oder nur ungenügend gewährt werden. Sie sind deshalb auf Unterstützung Dritter – des Staates oder Privater – angewiesen. Diese Unterstützung besteht teilweise und nimmt allmählich zu, ist aber politisch nicht sehr durchsetzungsfähig.⁹⁸

Deshalb rückt die in den bestehenden gesundheits- und sozialrechtlichen Grundlagen (vgl. z.B. Kiener/von Büren 2007; Spöndlin 2006) verankerte Verantwortung des Staates – d.h. je nach Zuständigkeit des Bundes, der Kantone oder der Gemeinden –, eine adäquate Gesundheitsversorgung auch für Sans Papiers sicherzustellen, ins Blickfeld. Diese Verantwortung kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn diese Personen nicht in der Lage sind, ihren Zugang zur bestehenden Versorgung (via OKP) selber zu finanzieren. Wie der vorliegende Bericht zeigt, nehmen die Kantone diese Verantwortung im Grundsatz durchaus wahr, allerdings mit unterschiedlicher

⁹⁶ Ausreisepflichtige Personen sind in aller Regel nicht dazu in der Lage, die Versicherungsprämie selber zu finanzieren.

⁹⁷ Der Zeitpunkt der Beschlussfassung und des Inkrafttretens sind noch nicht bekannt.

⁹⁸ Eine systematische und analytisch fundierte Auslegeordnung dieser Thematik findet sich bei Efiionayi/Achermann (2003: 100; vgl. auch Efiionayi et al. 2010: 49ff.).

Konsequenz bzw. in unterschiedlichem Ausmass. In dieser Heterogenität spiegelt sich der föderalistische Staatsaufbau, der es den Kantonen ermöglicht, den Ermessensspielraum, den ihnen das Bundesrecht und die kantonale Gesetzgebungsautonomie zugestehen, unterschiedlich zu interpretieren. Diverse Kantone haben pragmatische, teils formelle und offen kommunizierte, teils informelle und diskrete Lösungen erarbeitet, um die Gesundheitsversorgung von Sans Papiers zu verbessern. Ob und wie dies erfolgt, ist abhängig vom politischen Willen und der Bereitschaft, die gesundheitspolitische Verantwortung vollumfänglich und unbesehen von ausländer- und asylpolitischen Gesichtspunkten wahrzunehmen und sich für diese vulnerable Gruppe einzusetzen. Die vorliegende Studie zeigt, dass die bundesrechtlichen Vorgaben alleine keine ausreichende Grundlage dafür bieten, sondern dass weiter gehende Schritte und Massnahmen nötig sind.

Die hier präsentierten grundsätzlichen Stossrichtungen für die Verbesserung der vorgefundenen Situation legen vor allem administrative Massnahmen wie z.B. die Schaffung oder Anpassung von spezifischen Verfahren und Prozessen, die verstärkte Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteuren (Intermediären) und Informationsaktivitäten nahe. In gewissen Bereichen sind unter Umständen auch verordnungsgeberische Massnahmen denkbar. Dem BAG wird empfohlen, diejenigen Massnahmenvorschläge, die in die Kompetenz des Bundes fallen, näher zu prüfen und gegebenenfalls zu konkretisieren. Weil sich die Mehrheit der hier präsentierten Massnahmenvorschläge nicht an den Bund richtet, wird dem BAG zudem empfohlen, einen Diskussionsprozess in Gang zu setzen, um die skizzierten Stossrichtungen gemeinsam mit den relevanten Akteuren, namentlich mit den Kantonen und ihren Konferenzen (insbesondere SODK und GDK), den Krankenversicherern und Leistungserbringern und ihren jeweiligen Verbänden sowie allenfalls unter Einbezug von NPOs zu diskutieren, vertiefen und allenfalls zu ergänzen und nach praktikablen Umsetzungsmöglichkeiten zu suchen. Ziel dieses Prozesses müsste es sein, einen Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen den bestehenden asyl- bzw. ausländer- und gesundheitspolitischen Vorgaben und Möglichkeiten für konkrete, umsetzbare Massnahmen zu finden, die den gesundheitspolitischen Zielen und rechtlichen Grundlagen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Sans Papiers gerecht werden, zugleich aber auch den gegebenen Realitäten und Umsetzungsschwierigkeiten pragmatisch Rechnung tragen. Aufgrund der prinzipiellen Vergleichbarkeit der Situation bezüglich eines eingeschränkten bzw. gesteuerten Zugangs zu Leistungen der OKP-Grundversorgung, in der sich Sans Papiers, Sozialhilfebeziehende und von einer Sistierung der Kostenübernahme betroffene Personen – wenn auch jeweils aus anderen Gründen - befinden (vgl. Abschnitt 5.5.2), ist denkbar, dass die in diesen Bereichen (Sozialhilfe, Sistierung der Kostenübernahme) bestehenden Praktiken und Dispositive zur Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für die betroffenen Personen als Inspiration für pragmatische Lösungsansätze im Umgang mit der Versorgung von Sans Papiers dienen können.

Literatur

- Arbeitsgruppe „Finanzierung Asylwesen“ (2000). *Individuelle und institutionelle Anreize im Asylbereich*. Schlussbericht zuhanden des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements.
- BAG (2009). Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung. Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2010. Wortlaut der Änderungen und Kommentar. Anhörungsunterlage.
- Bezençon, Claude; Bron, Alain und Qudjovie, Kafui Madoe Carole (2008). *L'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière (sans-papiers)*. Travail de validation dans le Cours de politiques sociales. Chavannes-près-Renens: Idheap.
- Bolliger, Christian und Féraud, Marius (2010a). *Langzeitbezug von Nothilfe durch weggewiesene Asylsuchende*. Bern: Bundesamt für Migration.
- Bolliger, Christian und Féraud, Marius (2010b). *Der Austausch von Personendaten zwischen Bundes-, Kantons- und Gemeindebehörden*. Unpublizierte Studie im Auftrag des Bundesamts für Justiz. Bern: Büro Vatter.
- Britt, Fritz; Brombacher Steiner, Verena und Streit, Peter (2004): „Krankenversicherung“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber; 153-172.
- BSV (2002). Weisung: Versicherungspflicht der Sans-papiers. Kreisschreiben 02/10 an die KVG-Versicherer und ihre Rückversicherer. Bern, 19. Dezember 2002.
- Bundesrat (1991). *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991*. BBl 1991 93.
- Bundesrat (2002). *Botschaft zur Änderung des Asylgesetzes, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung sowie zur Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 4. September 2002*. BBl 2002 6845.
- Davet, Suzanne (2008). *Informations- und Schweigepflichten von Behörden und Organisationen, die öffentliche Aufgaben wahrnehmen, bei illegalem Aufenthalt*. Grosse Masterarbeit an der juristischen Fakultät der Universität Basel.
- Efionayi, Denise und Achermann, Christin (2003). *Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz*. Forschungsbericht Nr. 24/03. Bern: BSV.
- Efionayi, Denise; Schönenberger, Silvia und Steiner, Ilka (2010). *Leben als Sans-Papiers in der Schweiz. Entwicklungen 2000-2010*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen.
- GDK (2009). *Krankenversicherung: Prämienverbilligung, Synoptische Übersicht 2009*. www.gdk-cds.ch
- Gossweiler, Andreas (2008). „In den Spitälern droht die Ausschaffung“, in *Gesundheitstipp* Juli 2008; 22-23.
- Kiener, Regula und von Büren, Lucie (2007). „Strafbarkeit durch medizinische Betreuung von Sans Papiers?“, in *Asyl* 4/07; 11-16.

- Lehmann, Philippe (2010). *Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé, Rapport de recherche à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique*. Haute école cantonale vaudoise de la santé. (unveröffentlicht)
- Longchamp, Claude et al. (2005). *Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend*. Bern: gfs.bern.
- Miccoli Malherbe, Raffaella (2006). „Accès aux soins des requérants d'asile frappés d'une décision de non-entrée en matière“, in *Asyl*. 3/06 ; 31-34
- Mueller, Julia, Martina Schmidt, Andrea Staeheli und Thomas Maier (2010). *Mental health of failed asylum seekers as compared to pending and temporarily accepted asylum seekers*. European Journal of Public Health (accepted for publication).
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK; 2005). „Medizinische Betreuung ist Pflicht“, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2005;86; 1443.
- Piguet, Etienne and Stefano Losa (2002). *Travailleurs de l'ombre ? : demande de main d'œuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse*. Zurich: Seismo.
- Röthlisberger, Simon (2006). „Sans-Papiers in der Schweiz: Begriffe, Prozesse und Akteure“ in: Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): *Sans-Papiers in der Schweiz: unsichtbar – unverzichtbar*. Zürich: Seismo Verlag; 20-51.
- SBAA (2008). *Kantonsbefragung zur Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung*. Bern: Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht (unveröffentlicht).
- SODK (2007). *Empfehlungen zur Nothilfe für ausreisepflichtige Personen (Ausreisepflichtige)*. Bern: SODK.
- Spöndlin, Ruedi (2006). „Es gibt einen Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung“. Interview mit Thomas Gächter, in *Soziale Medizin* 1.2006. <http://www.sozialemedizin.ch/?p=195> [28. Dezember 2010]
- SRK (2007). *Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsrecht und ohne Krankenversicherung. Rechtliche Situation und Möglichkeiten der medizinischen Behandlung von Sans-Papiers*. Informationsbroschüre. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Trummer, Muriel (2008). *Nothilfe für abgewiesene Asylsuchende. Überblick zur Ausdehnung des Sozialhilfestopps*. Bern: Schweizerische Flüchtlingshilfe.
- Wyssmüller, Chantal und Efionayi, Denise (2011). *Undocumented Migrants: Their Needs and Strategies for Accessing Health Care in Switzerland*. Project Healthcare in NowWhereLand, Country Report on People & Practices. Entwurfsversion vom Februar 2011. Neuchâtel: Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.

Anhang:

Überblick über wissenschaftliche Literatur zum Thema

Nachfolgend findet sich ein kurzer zusammenfassender Überblick über die im Rahmen der Arbeiten am vorliegenden Bericht gesichtete wissenschaftlich ausgerichtete Literatur zu den hier relevanten Fragestellungen. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Eine Übersicht über diverse weitere Dokumente und Literatur findet sich auch auf der Website des SRK.⁹⁹

Efionayi/Achermann (2003):	
Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz	
Auftraggeber	BSV
Inhalt	<ul style="list-style-type: none">- Allgemeine Auslegeordnung und Analyse der rechtlichen Grundlagen, der Fragestellungen und Dilemmata → konzeptionelle Grundlagen- Beschreibung der Lebensbedingungen von Sans Papiers- Beschreibung der Praxis (sozialer Schutz) von zwei Kantonen
Vorgehen, Methodik	Dokumentenanalyse Expertenbefragung (Beratungsstellen, Hilfswerke, Gewerkschaften, Bundesstellen) Interviews mit zuständigen kantonalen Behörden
Abdeckung, Repräsentativität	Porträts von 2 Kantonen, punktuelle Informationen aus weiteren Kantonen
Bemerkungen	Publiziert.

Bezençon et al. (2008):	
L'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière (sans-papiers)	
Auftraggeber	Idheap (Travail de validation)
Inhalt	<ul style="list-style-type: none">- Auslegeordnung der rechtlichen und politischen Grundlagen- Porträts, Vergleich und Analyse der Praxis von 2 Kantonen und Städten in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Sans Papiers- Diskussion von Lösungsvorschlägen zur Situationsverbesserung
Vorgehen, Methodik	<ul style="list-style-type: none">- Experteninterviews (v.a. Akteure aus Gesundheitsförderung und Versorgung)- Dokumentenanalyse
Abdeckung, Repräsentativität	Informationen zur Versorgung von Sans Papiers und ihren Hintergründen in VD und NE bzw. Lausanne und La Chaux-de-Fonds
Bemerkungen	Publiziert. Vor allem deskriptiv, interessante Diskussion und Abwägung von Lösungsvorschlägen.

⁹⁹ http://redcross.ch/info/dossier/dossier-de.php?dossier_id=24 [Stand: 21.12.2010]

Strauss (2008): Sans Papiers: Lebensrealitäten und Handlungsstrategien. Eine deskriptive Studie illegalisierter MigrantInnen in der Region Bern.	
Auftraggeber	Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern (Lizentiatsarbeit)
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Auslegeordnung des rechtlichen Rahmens - Beschreibung der Situation und Problembewältigungsstrategien aus der Perspektive von Sans Papiers - Diskussion der Bedeutung von unterstützenden Netzwerken
Vorgehen, Methodik	Interviews mit Betroffenen
Abdeckung, Repräsentativität	Nur Sans Papiers-Optik, nur Region Bern
Bemerkungen	Publiziert. V.a. Betroffenen-sicht, kein empirischer Nutzen, deshalb für weitere Arbeiten nicht relevant.

Trummer (2008): Nothilfe für abgewiesene Asylsuchende. Überblick zur Ausdehnung des Sozialhilfestopps	
Auftraggeber	SFH
Inhalt	Beschreibung der Nothilfe-Regimes in den Kantonen: Systematische Erfassung der Ausgestaltung des Zugangs zu Krankenversicherung und der medizinischen Versorgung)
Vorgehen, Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche und mündliche Umfragen bei Rechtsberatungsstellen, Basisorganisationen, kirchlichen Institutionen und kantonalen Stellen. Vernehmlassung der wichtigsten Ergebnisse bei den Kantonen. - Gespräche mit Betroffenen
Abdeckung, Repräsentativität	Kantone: vollständig Nur Nothilfe (Personen mit NEE/negE)
Bemerkungen	Publiziert

Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht (2008): Kantonsbefragung zur Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung	
Auftraggeber	SBAA (eigene Recherche)
Inhalt	Systematische Erfassung der Ausgestaltung des Zugangs zu Krankenversicherung und der medizinischen Versorgung von abgewiesenen Asylsuchenden, Personen mit NEE und anderen AusländerInnen ohne Aufenthaltsbewilligung
Vorgehen, Methodik	Schriftliche Befragung der zuständigen kantonalen Behörden
Abdeckung, Repräsentativität	Kantone: vollständig Fokus auf Personen des Asylbereichs
Bemerkungen	Nicht publiziert, kantonale Porträts weisen unterschiedlichen Differenzierungs- und Detaillierungsgrad auf. Meist nur allgemeine Informationen.

Gross (2009): Health Needs of Undocumented Migrants and Main Barriers to Health Care. A qualitative Study of Undocumented Migrant's Health Coverage in the Zurich Area.	
Auftraggeber	Universität Basel, Schweizerisches Tropeninstitut (Masterarbeit)
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Auslegeordnung des rechtlichen Rahmens - Beschreibung der Gesundheits- und Versorgungssituation (Zugangsprobleme) und Problembewältigungsstrategien aus der Perspektive von Sans Papiers - Beschreibung der Versorgungspraxis
Vorgehen, Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews mit Sans Papiers, Personen aus Versorgungseinrichtungen (spezifisch und Regelstrukturen) und Anlaufstellen - Auswertungen von Daten zu versorgten Personen
Abdeckung, Repräsentativität	Aussagen nur zur Situation und Praxis in der Stadt Zürich
Bemerkungen	Publiziert

Lehmann (2010): Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé	
Auftraggeber	BAG
Inhalt	Porträts der Praxis von 5 (aktiven) Kantonen im Umgang mit gesundheitlicher Chancenungleichheit. Sans Papiers werden als eine spezifische vulnerable Gruppe betrachtet.
Vorgehen, Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Experteninterviews (v.a. Kantonsbehörden, z.T. Akteure aus Gesundheitsförderung und Versorgung) - Dokumentenanalyse
Abdeckung, Repräsentativität	Gewisse Informationen zur Versorgung von Sans Papiers und ihren Hintergründen in FR und VD
Bemerkungen	Bericht noch nicht konsolidiert und unveröffentlicht

Bolliger/Féraud (2010a): Langzeitbezug von Nothilfe durch weggewiesene Asylsuchende	
Auftraggeber	BFM
Inhalt	Analyse der Hintergründe des Langzeitbezugs von Nothilfe
Vorgehen, Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung des Sozialhilfe-Monitorings des BFM - Experteninterviews (Behördenvertreter von 7 Kantonen)
Abdeckung, Repräsentativität	Kantone: 7 Nur Nothilfe (Personen mit NEE/negE)
Bemerkungen	Publiziert

Efionayi et al (2010): Leben als Sans-Papiers in der Schweiz. Entwicklungen 2000-2010	
Auftraggeber	EKM
Inhalt	Aktualisierung der Studie Efionayi/Achermann (2003, s.o.); Bestandesaufnahme zur aktuellen Situation der Sans Papiers und zu spezifischen Entwicklungen in den letzten 10 Jahren.
Vorgehen, Methodik	- Literaturübersicht - Experteninterviews und Fokusgruppen mit Fachpersonen und Sans Papiers
Abdeckung, Repräsentativität	Übersichtsarbeit, keine konkreten empirischen Angaben zu einzelnen Kantonen oder Gemeinden
Bemerkungen	Publiziert, Stand erst in Schlussphase der Arbeiten am vorliegenden Bericht zur Verfügung.

Bilger/Hollomey (2011): Health in NowHereLand-Country Report Schweiz	
Auftraggeber	EU, BAG et al.
Inhalt	Analyse des institutionellen und rechtlichen Rahmens der Gesundheitsversorgung von Sans Papiers
Vorgehen, Methodik	Dokumentenanalyse
Abdeckung, Repräsentativität	Nationale Ebene
Bemerkungen	Stand erst als Entwurfsfassung zur Verfügung

Wyssmüller/Efionayi (2011): Undocumented Migrants: Their Needs and Strategies for Accessing Health Care in Switzerland. (Health in NowHereLand-Country Report Schweiz)	
Auftraggeber	EU, BAG et al.
Inhalt	Detaillierte und systematische Beschreibung der Strukturen und Praxis der bestehenden Versorgungseinrichtungen für Sans Papiers
Vorgehen, Methodik	- Schriftliche Befragung von Personen in verschiedenen Gesundheitsinstitutionen, Sans Papiers-Einrichtungen, Lokalgruppen der AIDS-Hilfe Schweiz - Ergänzende Telefoninterviews
Abdeckung, Repräsentativität	Nur Aussagen über 18 spezifische Versorgungseinrichtungen, nur Aussagen zu dort erfassten Sans Papiers möglich.
Bemerkungen	Aufschlussreiche und informative Darstellung der Strukturen und Praxis (inkl. Finanzierung) der spezifischen Versorgung von Sans Papiers

Befragte Personen

Vorgespräche

Margrith Hanselmann, Generalsekretärin SODK, Bern

Françoise Kopf und François Couchepin, IGA SOS Racisme

Annagun von Reding, Leiterin Gesundheitsversorgung für Sans Papiers, SRK, Bern-Wabern

Daniel Spirgi, Médecins Sans Frontières, ehem. Verantwortlicher für das Meditrina-Projekt

Muriel Trummer, Schweizerische Flüchtlingshilfe

David Winizki, Hausarzt des Meditrina-Netzwerks, Zürich

Kantonale Behörden

Kanton	Krankenversicherung	Asylkoordination
Aargau	Lis Lüthi, Departement Gesundheit und Soziales, Gesundheitsversorgung	Eduard Ernst, Asylkoordinator Trudi Ammann, Kant. Sozialdienst, Gesundheitsversorgung/Vorsorge
Appenzell IR	Franziska Fitzi, Gesundheitsamt	Norbert Eugster, Asylkoordinator
Appenzell AR	Gabriela Kúpfer, Departementssekretärin, Departement Gesundheit	Max Eugster, Asylkoordinator
Basel-Landschaft	Urs Knecht, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Rechtsdienst	Rolf Rossi, Asylkoordinator
Basel-Stadt	Jacoba Teygeler, Amt für Sozialbeiträge, Leiterin Recht & Projekte Lyne Bühler, Amt für Sozialbeiträge, Obligatoriumskontrolle	Renata Gäumann, Asylkoordinatorin
Bern	Samuel Schütz, Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht Christine Wüst, Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht	Manuel Haas, Krankenversicherung, Polizei- und Militärdirektion Manuel Cornet, Krankenversicherung, Polizei- und Militärdirektion
Freiburg	Patrice Zurich, Chef des Amtes für Gesundheit Morreale Tarracano, juriste	Etienne Guerry, Service de l'action sociale, Coordinateur suppléant des tâches intégration asile
Genf	Sandro Breitenstein, Service de l'assurance-maladie	Eric Munier, Hospice général, responsable de l'administration santé (asile)
Glarus	Daniela de la Cruz, Departementssekretärin, Departement Finanzen und Gesundheit	Jakob Beglinger, Asylkoordination Corina Jäggi, Sozialdienst
Graubünden	Elisabeth Blumer, Kantonales Gesundheitsamt Marianne Räss, Sozialversicherungsanstalt Nicole Schneider, Kantonales Sozial-	Beda Egger, Asylkoordination

Kanton	Krankenversicherung amt	Asylkoordination
Jura	Vincent Chételat (AJAM, sans papiers)	Francis Chamillot (délégué cantonal pour l'asile et directeur AJAM)
Luzern	Urs Hofstetter, Leiter Kantonale Ausgleichskasse Stefano Marinelli, Kantonale Ausgleichskasse, Abteilungsleiter Familienzulagen/ Krankenversicherung	Raymond Caduff, Asylkoordinator
Neuenburg	Stephane Gerber, responsable du secteur santé Vincent Steiner, juriste, Office social asile (OSAS) Sylvie Dreyer, Office de l'assurance maladie	Thierry Müller, Office social de l'asile
Nidwalden	Monika Dudle-Ammann, Leiterin Sozialversicherungsanstalt	Roger Dallago, Asylkoordinator Luzia Thürig, Amt für Asyl und Flüchtlinge
Obwalden	Werner Gut, Leiter Gesundheitsamt	Silvia Mengelt, Asylkoordinatorin
Schaffhausen	Bruno Bischoff, Kantonales Sozialversicherungsamt Verena Künzler, Kantonales Sozialamt	Thomas Elber, Asylkoordination Marianne Wittwer, Kantonales Sozialamt
Schwyz	Othmar Mettler, Kantonale Ausgleichskasse Nadine Mächler, Kantonale Ausgleichskasse	Ruedi Fahrni, Asylkoordination
Solothurn	Christian Lanz, Kantonsarzt Guido Walser, Amt für Soziale Sicherheit	Reto Steffen, Asylkoordinator
St. Gallen	Yvonne Dietrich, Kantonales Gesundheitsdepartement Claudine Lüthi, Kontrollstelle für Krankenversicherung, Stadt St. Gallen Brigitte Buffoni Sedler, Leiterin der Abteilung Familie und Sozialhilfe, Kantonales Sozialamt	Roger Hochreutener, Präsident der Koordinationsstelle der St. Galler Gemeinden für Migrationsfragen (KOMI)
Tessin	Siro Realini, Ufficio dei contributi Michel Sora, Servizio subsidi	Carmela Fiorini, Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento
Thurgau	Raphael Herzog, Gesundheitsamt	Florentina Wohnlich, Asylkoordination Susanne Höllwarth, Gesamtleiterin Peregrina-Stiftung
Uri	Heidi Malnati, Amt für Gesundheit	Astrid Tschümperlin, Asylkoordination
Waadt	Olivier Guignard, Directeur Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie	Ettore Ricci, coordinateur cantonal pour l'asile, Service de la population
Wallis	Charles Allet, Service de la santé publique, responsable pour l'assurance maladie et les subsides	Emile Blanc, coordinateur de l'asile et chef office des prestations sociales

Kanton	Krankenversicherung	Asylkoordination
Zug	Christa Brinkmann-Siegwart, Gesundheitsdirektion Kanton Zug Lina-Maria Staub, Stv. Departementssekretärin Soziales, Umwelt und Sicherheit, Stadt Zug	Caroline Huber Utiger, Asylkoordination
Zürich	Lorenz Ineichen, Gesundheitsdirektion, Bereichsleiter KVG	Jürg Schuler, Asylkoordinator

Übersicht über die Kantone

Kanton Aargau

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde den Nachweis einer Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle oder durch ein Kostengutsprache gesuch eines anderen Kantons. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen:</u> Es besteht keine Erfahrung hinsichtlich nicht versicherten Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel bleiben Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist bzw. die Person über längere Zeit keine Nothilfe bezogen hat.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Eine Aktivierung der Versicherung wird bei einem erneuten Nothilfebezug in Abhängigkeit des bisherigen Anwesenheitsverhaltens geprüft.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Für die Personen des Asylbereichs bestehen Rahmenverträge mit mehreren grossen Krankenversicherern. Prämiennachzahlungen sind bei Wiedereintritt in die Krankenversicherung allenfalls geschuldet, wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass die betreffende Person in der Zwischenzeit ausgereist war. Wird davon ausgegangen, dass eine Person nach der Abmeldung von der Krankenversicherung ausgereist war, wird die Person nicht lückenlos rückwirkend versichert, wenn sie sich wieder im Kanton aufhält. Der versicherten Person wird keine</p>
Prämienvorbereitung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse via Steuerdaten oder Einkommensnachweis, Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton. Das Antragsformular muss bei der zuständigen Gemeinde eingereicht werden.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Keine Praxis.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einer Nothilfeunterkunft untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an die Betreuung, die medizinische Laienhilfe leistet und bei Bedarf einen Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbart. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei Bedarf an einen für Personen des Asylbereichs zuständigen gerarzt gewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere</p>

	<p>versorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung für alle Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid notfallmedizinische Leistungen. Der behandelnde Arzt entscheidet im Rahmen des Grundleistungskatalogs KVG über die zu erbringenden Leistungen unter Berücksichtigung des Umstands, dass die medizinischen Leistungen für Personen, die Nothilfe beziehen, in der Regel auf eine Notfallversorgung beschränkt sein sollen. Nicht im KVG enthaltene Leistungen unterstehen in jedem Fall dem Kostengutspracheprozedere des Kantonalen Sozialdienstes.</p>
Kostenübernahme	<p>Spitäler können uneinbringbare Kosten als Debitorenverluste verbuchen, die dem Kanton als anrechenbare Kosten verrechnet werden können.</p> <p>Bei Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid, die dem Kanton zugewiesen wurden, übernimmt der Kanton die Kosten für medizinische Leistungen, die im Grundleistungskatalog KVG enthalten sind. Leistungen, die darüber hinausgehen, bedürfen der vorgängigen Zustimmung des Kantonalen Sozialdienstes.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

<p>Handbuch Asylbetreuung</p> <p>Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)</p> <p>Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe und die soziale Prävention (Sozialhilfe- und Präventionsgesetz, SPG)</p> <p>Sozialhilfe- und Präventionsverordnung (SPV)</p> <p>Schreiben an Gemeinden, Schulung mit Gemeinden bezüglich Versicherungsobligatorium und Beitrittskontrolle</p>
--

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Die Gemeinden sorgen dafür, dass jede Person für Krankenpflege versichert ist und können zu diesem Zweck von jeder versicherungspflichtigen Person den Versicherungsnachweis verlangen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Die Gemeinde meldet dem Department Gesundheit Fälle von Personen, die sich weigern, eine Krankenversicherung abzuschliessen. Leute, deren Versicherungsschutz klärungsbedürftig ist, werden von der Gemeinde direkt der Gemeinsamen Einrichtung KVG zugewiesen. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen:</u> Grundsätzlich können sich nicht versicherte Personen innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die zuständige Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Grundsätzlich bleiben alle Personen über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert, sofern sie Nothilfe beantragen. Sie bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Personen, die aufgrund des unbekanntem Verbleibs von der Versicherung abgemeldet wurden, werden in Abhängigkeit der voraussichtlichen Dauer des Aufenthalts und der zu erwartenden medizinischen Kosten im Einzelfall wieder versichert, wenn sie Nothilfe beantragen oder inhaftiert werden. Werden sie versichert, bleiben sie versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen in der Nothilfe werden auf die sieben grössten im Kanton tätigen Versicherungen verteilt und sind individuell versichert. Durch den Wiedereintritt einer Person in die Versicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag). Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Antragsformular, Berechnungsmitteilung der Steuerveranlagung, Versicherungspolice der Krankenversicherer (für alle Familienmitglieder).</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Es ist nicht möglich, dass eine Person ohne Aufenthaltsbewilligung bei der Prämienverbilligung berücksichtigt wird, da im Rahmen der Abklärungen der Anspruchsberechtigung auf Prämienverbilligung eine Prüfung des Wohnsitzes durch die AHV-Gemeindezweigstellen erfolgt.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einer struktur untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen schwerden an das Betreuungspersonal des Zentrums, das medizinische Laienhilfe leistet und bei Bedarf einen Termin bei einem

	<p>arzt vereinbart. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei Bedarf an einen für den Asylbereich zuständigen Erstversorgerarzt gewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Die medizinische Versorgung umfasst für versicherte und nicht versicherte Personen Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton hat keine Erfahrung mit zahlungsunfähigen illegal anwesenden Personen ausserhalb des Asylbereichs.</p> <p>Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um eine medizinische Leistung des Grundleistungskatalogs KVG und betrifft eine Person in der Nothilfe. - Es handelt sich um eine medizinische Leistung, die eine Person betrifft, die über keine eigenen finanziellen Mittel verfügt und nicht Nothilfe bezieht, eine solche aber beantragt.

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe vom 24. September 2007 (bGS 851.1): Artikel 39

Verordnung des Kantonsrates zum Asylwesen vom 24. September 2007 (bGS 122.24)

Verordnung des Regierungsrates zum Asylwesen vom 11. Dezember 2007 (bGS 122.241).

Weisung zur zentralen Übernahme von Aufgaben und zum Abrechnungswesen im Asylwesen vom 20. Dezember 2007

Merkblatt an die medizinischen Leistungserbringer im Kanton und der Umgebung über den Umgang mit Personen des Asylbereichs

Kanton Appenzell Innerrhoden

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der kantonalen Einwohnerkontrolle den Nachweis einer Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Die Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes erfolgt bei der Anmeldung beim Zuzug. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen:</u> Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer Frist bei einem Krankenversicherer versichern oder das Befreiungsgesuch einreichen. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch das kantonale Gesundheitsamt einem Versicherer zugewiesen. Bei der Zuweisung werden Versicherer mit einer Geschäftsstelle vor Ort berücksichtigt. Es besteht keine Erfahrung hinsichtlich nicht versicherten Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel bleiben Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist. Eine aufgrund unbekanntes Aufenthalts bei der Versicherung abgemeldete Person wird wieder versichert, wenn sie Nothilfe beantragt oder in Haft genommen wird. Sie bleibt versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Gegebenenfalls wird eine Person, die sich nicht im Zuweisungskanton aufhält, in Abhängigkeit der von ihr verursachten medizinischen Kosten wieder versichert.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Die Personen des Asylbereichs werden auf mehrere Krankenkassen verteilt und individuell versichert. Prämiennachzahlungen erfolgen bei Wiedereintritt nur, wenn der Versicherungsunterbruch weniger als ein halbes Jahr beträgt oder die zu versichernde Person während des Versicherungsunterbruchs medizinische Leistungen in Anspruch genommen hat. Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienvorbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse via Steuerdaten, Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Keine Praxis.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einer Nothilfeunterkunft untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an die Betreuung oder die Asylkoordination, die medizinische Laienhilfe leisten und bei Bedarf einen Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbaren. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei</p>

	<p>darf an einen für Personen des Asylbereichs zuständigen gerarzt gewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere versorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung für alle Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid notfallmedizinische Leistungen. Als vulnerabel geltende Personen haben im Bedarfsfall Zugang zu darüber hinausgehenden medizinischen und zahnärztlichen Leistungen, die vorgängig von der Asylkoordination bewilligt wurden.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton übernimmt keine Kosten für medizinische Leistungen für Personen, die nicht bei der kantonalen Einwohnerkontrolle angemeldet sind oder im Rahmen des Asylbereichs nicht dem Kanton zugewiesen wurden.</p> <p>Bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich, die dem Kanton zugewiesen wurden, werden die Kosten für medizinische Leistungen in der Regel übernommen. Betrifft die Anfrage zur Kostenübernahme eine medizinische Leistung ausserhalb des Zuweisungskantons, wird die betreffende Person dem Zuweisungskanton zugeführt, sofern sie festgehalten werden kann und transportfähig ist.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Protokoll der Standeskommission, Sitzung vom 30. März 2004 (Nr. 374) betreffend Vollzug Nichteintretensentscheide (NEE)

Kanton Basel-Landschaft

Versicherungsobligatorium in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei Anmeldung bei der Einwohnergemeinde oder allenfalls über eine Meldung durch einen medizinischen Leistungserbringer. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bleiben versichert, sofern sie sich im Kanton aufhalten (Nothilfe, Administrativhaft, Strafvollzug). Personen mit unbekanntem Verbleib werden 10 Tage nach dem letzten Kontakt bei der Versicherung abgemeldet, aber wieder versichert, wenn sie Nothilfe beantragen oder inhaftiert werden.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Alle Personen des Asylbereichs werden bei der gleichen Krankenversicherung nach einem Hausarztmodell versichert. Die versicherte Person erhält für den Arztbesuch vom Sozialdienst eine Versicherungsbescheinigung, die den Kanton als Rechnungsadresse angibt.</p>
Prämienvorbereitung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Keine Praxis.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Für die Betreuung von Personen des Asylbereichs sind auch nach dem Ausschluss aus der ordentlichen Asylsozialhilfe die Gemeinden zuständig. Diese Personen sind weiterhin durch den Kanton krankenversichert. Der Zugang wird durch die Betreuung geregelt. Bei Bedarf hat eine Person Zugang zu einem Erstversorgerarzt (Hausarztmodell).</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Erstversorgerarzt. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Über eine Notfallversorgung hinausgehende Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG.</p>
Kostenübernahme	Der Kanton übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden. Ergeben die Abklärungen, dass es sich um keine Person aus dem Asylbereich handelt, informiert das Sozialamt das Amt für Migration im Rahmen des Dienstauftrags (1-2 Fälle pro ...)

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Gesetz über die Sozial-, die Jugend- und die Behindertenhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG)

Sozialhilfeverordnung

Kantonale Asylverordnung

Praxishandbücher an Gemeinden über die Ausrichtung von Nothilfe

Kanton Basel-Stadt

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	1996 wurde die Versicherungsdeckung flächendeckend kontrolliert. Heute informiert das Amt für Sozialbeiträge (ASB) neu angemeldete Personen, GrenzgängerInnen, Eltern von Neugeborenen sowie Personen, die volljährig geworden sind, über die Versicherungspflicht unter Vorbehalt von Stichproben zur Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht. Aus Ressourcengründen liegt der Fokus auf Personen, die aus dem Ausland zuziehen. Bei Personen, die aus einem anderen Kanton zuziehen, wird davon ausgegangen, dass sie in ihrem vorherigen Wohnkanton informiert bzw. kontrolliert wurden.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Die Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes erfolgt in der Regel durch Meldung der Sozialhilfebehörden oder eines medizinischen Leistungserbringers an das ASB. Pro Jahr erfolgen 1-2 Zuweisungen an Krankenversicherer, die Sans Papiers betreffen.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer kurzen Frist bei einem Krankenversicherer versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch das ASB einem Versicherer zugewiesen. Die Zuweisungen an die Versicherer richten sich proportional nach dem Marktanteil der Versicherer. Bei Sans Papiers kann die Verfügung der Zuweisung dem Spital oder der Anlaufstelle für Sans Papiers zugestellt werden, wenn dies zur Wahrung der Anonymität der betreffenden Person erforderlich ist.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Bei Vorliegen besonderer Umstände im Einzelfall prüft die Nothilfestelle Asyl der Sozialhilfe, ob die Krankversicherung weitergeführt wird oder nicht (voraussichtliche Aufenthaltsdauer, Beurteilung des Erstversorgerarztes bezüglich Gesundheitszustand und zu erwartenden Kosten).</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen, die über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids versichert bleiben, sind individuell versichert. Bei der individuellen Versicherung werden alle im Kanton tätigen Krankenversicherer berücksichtigt. Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten oder Selbstdeklaration der Einkünfte) und Krankenversicherungsnachweis.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Anträge von Sans Papiers für Prämienverbilligung werden in der Regel durch die Anlaufstelle für Sans Papiers begleitet. Gegenwärtig beziehen 115 Sans Papiers Prämienverbilligung im Kanton Basel-Stadt.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	HEKS-Gesundheitsberatung für Sans Papiers. Diese bietet medizinische Beratung an und verweist die Personen bei Bedarf an medizinische Fachpersonen.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Nothilfebeziehende Personen wenden sich bei gesundheitlichen Problemen an die für die Ausrichtung

	<p>der Nothilfe zuständigen Stelle, die bei Bedarf einen Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbart. Die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Erstversorgerarzt. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Der Leistungsumfang geht über die notfallmedizinische Versorgung hinaus.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden. Sind gemäss Einschätzung des Nothilfe-Erstversorgerarztes Kosten über CHF 1000 absehbar, wird die betreffende Person einem Versicherer zugewiesen.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

<p>Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt</p> <p>Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt</p> <p>Sozialhilfegesetz</p> <p>Unterstützungsrichtlinien des Kantons Basel-Stadt</p> <p>Unterstützungsrichtlinien Asyl</p> <p>Merkblatt „Nothilfe für Personen ohne Aufenthaltsregelung in der Schweiz, Kurzaufenthalter und Durchreisende in Basel-Stadt“ (an Spitäler, Beratungsstellen, NGOs etc.); jährlich aktualisiert</p>

Kanton Bern

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen werden bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde auf die Versicherungspflicht hingewiesen (Abgabe Informationsbroschüre). Einzelne Einwohnergemeinden verlangen einen Nachweis der Krankenversicherung.
Personen ohne Krankenversicherung	<p> <u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung bei der Einwohnergemeinde oder durch medizinische Leistungserbringer, die nicht versicherte Personen, die sich bei ihnen in Behandlung begeben, dem kantonalen Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht (ASVS) melden. Der Anteil von Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung ist an entsprechend gemeldeten Fällen gemäss Erfahrung des ASVS sehr gering. </p> <p> <u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Das ASVS nimmt mit der nicht versicherten Person Kontakt auf und klärt die Versicherungspflicht ab. Ist die Person bei der Einwohnergemeinde nicht angemeldet, wird eine durch die betreffende Person geäusserte Absicht, sich dauerhaft im Kanton aufzuhalten, als abgeleiteter Wohnsitz interpretiert. Das ASVS darf im Rahmen seiner Abklärungen Informationen über eine allfällige frühere Krankenversicherung beim MIDI einholen, darf aber keine Angaben über illegal anwesende Personen an Migrations- und fremdenpolizeiliche Behörden weiterleiten. </p> <p> Versicherungspflichtige Personen ohne Schweizerische Krankenkasse werden aufgefordert sich innerhalb einer Frist zu versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch das ASVS einem Versicherer zugewiesen. Die Zuweisungen an die Versicherer richten sich proportional nach der Grösse der Versicherer, unter Berücksichtigung der finanziellen Verhältnisse der betroffenen Person. War eine Person bereits bei einer Schweizerischen Krankenversicherung versichert – beispielsweise während eines Asylverfahrens – wird die Versicherung gegebenenfalls reaktiviert. </p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p> In der Regel werden Personen durch den Migrationsdienst (MIDI) bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist. Personen, die dem Kanton erst nach erwachsener Rechtskraft eines NEE zugewiesen werden, werden nicht versichert. Personen, die nach einem rechtskräftigen Wegweisungsentscheid in einer Gemeindeunterkunft bleiben, bleiben aus administrativen Gründen versichert (dies betrifft insbesondere Familien mit schulpflichtigen Kindern). </p> <p> <u>Einzelfälle:</u> Bei Personen, die in einem Durchgangs- oder Sachabgabezentrum untergebracht sind, entscheidet der MIDI aufgrund der Krankengeschichte über die Weiterführung der Krankenversicherung. Gegebenenfalls werden Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid in Abhängigkeit ihres Gesundheitszustands wieder versichert. Personen, die über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder versichert werden, bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist. </p> <p> <u>Versicherungsform:</u> Rahmenvertrag mit einem Versicherer für alle Personen des Asylbereichs (nur noch bis Ende 2010). Durch den Eintritt einer Person in die Versicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag). Die versicherte Person erhält für den Arztbesuch einen Voucher, auf dem die </p>

	<p>lien, der zuständige Erstversorgerarzt und die Rechnungsadresse aufgeführt sind.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten oder Selbstdeklaration der Einkünfte), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Zuständigkeit beim Kanton Bern.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Insgesamt sind dem ASVS rund 30 Sans Papiers bekannt, die gegenwärtig Prämienverbilligung erhalten. Ca. 1/3 der Anträge von Sans-Papiers werden von einer Sans-Papiers-Beratungsstelle begleitet.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	<p>Gesundheitsversorgung für Sans Papiers des SRK. Für erste medizinische Abklärung stehen Pflegefachfrauen und ein Hausarzt zur Verfügung. Bei Bedarf werden die Personen an das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer oder ein externes Ärztenetz überwiesen, das Personen ohne geregelten Aufenthalt zu einem niedrigen Tarif behandelt.</p>
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einem Durchgangs- oder Sachabgabezentrum untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an das Betreuungspersonal des Zentrums, das medizinische Laienhilfe leistet. Einige Zentren verfügen über Betreuungspersonen mit medizinischen Kenntnissen. Bei Bedarf wird ein Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbart. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch Erstversorger- und Kantonsarzt beurteilt.</p> <p>Personen, die nach erwachsener Rechtskraft des Entscheids in einer Gemeindeunterkunft bleiben, beurteilen die Notwendigkeit eines Arztbesuchs selbstständig.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Grundsätzlich Erstversorgerarzt. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung sowohl für versicherte wie auch nicht versicherte Personen notfallmedizinische Leistungen. Darüber hinausgehende Leistungen unterstehen der Beurteilung des Erstversorger- oder (in komplexen Fällen) des Kantonsarztes.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen ausreisepflichtiger Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, nur unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Bedarfsmeldeformular für die medizinische Notfallversorgung bestätigt die Notwendigkeit des Arztbesuchs und garantiert dadurch die Kostenübernahme für die medizinische Behandlung bis CHF 300 für Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid. Darüber hinausgehende Behandlungen und Überweisungen an Zweitversorger bedingen eine vorgängige Kostengutsprache des MIDI. - Es handelt sich um eine Behandlung im Notfall (Unfall, akute schwere Erkrankung) ohne vorgängige Kostengutsprache im oder ausserhalb des Zuweisungskantons und der Behandlungszeitpunkt liegt nicht länger als ein halbes Jahr zurück.

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Einführungsverordnung zum Ausländer- und zum Asylgesetz (EV AuG und AsylG) des Kantons Bern

Information des Kantonsarztamtes an die medizinischen Leistungserbringer über den Umgang mit Personen des Asylbereichs

Memo an die Leistungserbringer bezüglich Versicherungsobligatorium in der Krankenpflegeversicherung (umfasst u.a. Informationen zum Umgang mit Sans-Papiers)

Memo an die Gemeinden bezüglich Versicherungsobligatorium in der Krankenpflegeversicherung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (Sozialversicherungsrechtliche Abteilung) vom 12. Dezember 2005, KV 65126, zur Versicherungspflicht (Erwägung 6.2 betreffend Datenweitergabe/Schweigepflicht des ASVS)

Canton de Fribourg

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	Ce sont les communes qui sont compétentes pour le contrôle de l'affiliation.
Personnes sans affiliation à une caisse-maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> les informations sur des cas de personnes non assurées sont données par les communes ou par les prestataires de soins : L'hôpital et le personnel soignant procèdent d'abord à une enquête afin de déterminer la couverture LAMal et l'imputabilité de la prise en charge. S'il s'avère que la personne n'est pas assurée, la facture peut être adressée au Service de l'action sociale, en application de la LAS et de la LASoc.</p> <p><u>Procédure:</u> Le Service de l'action sociale procède à son tour à une enquête, notamment auprès du Service de la population et des migrants, selon le principe de subsidiarité. Si la personne est enregistrée au SYMIC, le Service de l'action sociale l'adresse à ORS Service ou à l'éventuel canton d'attribution. Sinon, le Service de l'action sociale l'affilie d'office auprès d'une caisse maladie.</p> <p>Le canton a signé un accord avec le CCSI (Centre de Contact Suisse Immigrés) en 2003 concernant d'abord les enfants mineurs (vu qu'ils étaient admis dans les écoles). Le CCSI remplit les demandes de réduction de primes en même temps que la demande d'affiliation à une caisse-maladie. En 2007, ce système a été étendu aux adultes. Toute personne sans papiers a ainsi la possibilité d'être assurée en passant par le CCSI. D'autres institutions comme le Service de protection de la jeunesse, ou SOS futures mères ont pu signaler des cas au canton (peu de cas). Depuis 2008, une telle convention a également été passée avec Fri-santé, institution qui offre une permanence infirmière et un réseau de médecins aux plus démunis (principalement des personnes sans papiers)</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>Les personnes tenues de quitter le pays arrivées depuis plus de 3 mois sur le territoire national sont affiliés à une caisse unique et y restent affiliés jusqu'au moment du départ de Suisse ou leur disparition. Si une personne relevant du domaine de l'asile disparaît, elle est désaffiliée de sa caisse maladie. Si elle engendre des frais médicaux importants sur le territoire national (hospitalisation notamment), elle est réaffiliée. Les personnes en détention administrative pour cause d'expulsion restent assurées jusqu'au moment de l'expulsion.</p> <p><u>Cas par cas:</u> exception pour les cas de NEM en Suisse depuis moins de 3 mois, donc pas affiliés, et qui demandent une aide d'urgence. Le canton finance les frais effectifs via le fonds d'aide d'urgence de la Confédération. Si les frais sont importants, le NEM est affilié. Procédure cas par cas.</p> <p><u>Type d'assurance:</u> Les personnes sont affiliées à une caisse unique. Une personne est réaffiliée aux mêmes conditions que précédemment et à compter du 1er jour du mois de la réalisation des frais médicaux. Pas de paiement rétroactif des primes, la personne ayant été radiée de sa caisse. Une « Covercard » spécifique à la société privée (ORS AG) qui gère l'encadrement des personnes relevant du domaine de l'asile, est octroyée à toutes les personnes tenues de quitter le pays. Cette carte sert en pharmacie pour la prise en charge des médicaments pris en charge par l'assurance de base. Les médecins facturent directement à l'ORS qui se charge de la relation avec la caisse-maladie unique.</p>
Réduction des primes	<u>Conditions:</u> Certificat de salaire ou attestation de revenu, certificat

	<p>d'assurance.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> l'Etablissement cantonal des assurances sociales prend la décision formelle de réduction de primes sur la base des documents fournis. L'autorité communale n'est pas informée du lieu de séjour de la personne sans statut légal. Si la personne disparaît, elle peut être retrouvée par Fri-Santé. Demande de réduction de prime par un tiers (CCSI et Fri-Santé) possible. Statistiques du nombre de sans papiers ayant obtenu une réduction de primes : 2003 : 15, 2004 : -, 2005 : 22, 2006 : 31, 2007 : 51, 2008 : 56, 2009 : 75, 2010 : 127 personnes.</p>
Soins médicaux	
Services de soins pour sans papiers hors des structures ordinaires médicales	<p>Fri-Santé a une permanence infirmière en ville de Fribourg et offre des contrôles de santé avec un diagnostic infirmier à une population constituée essentiellement de sans papiers et de SDF (faciliter l'accès aux soins, suite au rapport de MSF). Fri-Santé a mis sur pied un réseau de médecins qui acceptent de soigner ces gens gratuitement ou pour une contribution de Fr. 5.- à 20.-. Un laboratoire procède à des analyses à tarifs réduits ainsi qu'un institut de radiologie. Une pharmacie (pharmacie de Bourg) récupère des médicaments non utilisés et non périmés et les distribue gratuitement (un tiers de ces médicaments sont donnés à des sans papiers). Fri-Santé assure une couverture d'assurances et les accompagne aux urgences médicales.</p> <p>Le canton subventionne Fri-Santé pour son fonctionnement. Il a également signé une convention avec 23 pharmacies dans tout le canton en 2009. La pharmacie peut soumettre au Pharmacien cantonal une facture de médicament de caractère indispensable.</p>
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> Les infirmiers du réseau de soins d'ORS sont consultés en premier et les personnes sont au besoin dirigées vers un médecin de premier recours. Si les personnes à l'aide d'urgence obtiennent une aide sociale et sont hébergées dans un foyer à bas seuil : passage d'une infirmière une fois par semaine qui au besoin dirige les personnes vers un médecin de premier recours.</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> Infirmiers et médecins de premier recours. Au besoin les personnes sont dirigées vers d'autres spécialistes. Il n'y a pas de réseau formel de médecins ni d'accord avec le canton.</p> <p><u>Prestations:</u> Soins de base LAMal. Il n'y a pas de mesures de contrainte particulière en matière de soins.</p>
Prise en charge des coûts	<p>S'il s'agit d'une personne sans-papiers ne relevant pas du domaine de l'asile mais de la loi sur les étrangers (LEtr), ressortissante d'un pays n'ayant pas de convention particulière en la matière avec la Suisse, les frais médicaux d'urgence effectifs sont pris en charge par le canton, selon la Loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (Loi fédérale en matière d'assistance, LAS) et la LASoc. Nombre de cas : 2004 : 9, 2005 : 19, 2006 : 13, 2007 : 17, 2008 : 8, 2009 : 9, 2010 : 9.</p> <p>Personnes sans papiers ou momentanément pas assurées arrivant seules aux services d'urgence des hôpitaux ou accompagnées par Fri-Santé : prise en charge financière par le Service d'action sociale pour des maladies chroniques et des urgences.</p> <p>Si la personne est enregistrée au SYMIC, le Service de l'action sociale l'adresse à ORS Service ou à l'éventuel canton d'attribution. Il est également possible que cette personne s'adresse directement à FriSanté.</p>

Bases (légales) au niveau cantonal de la pratique adoptée

Loi cantonale sur l'aide sociale, 14.11.1991

Normes d'aide matérielle pour les personnes en séjour ou de passage ou sans autorisation de séjour dans le canton (1.4.2004)

Ordonnance cantonale sur l'asile (OAS)

Normes d'aide sociale pour les personnes relevant du domaine de l'asile, 1.4.2009

Loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat du 16.12.2008

Contrat entre la direction de la santé et des affaires sociales et le CCSI concernant la réduction de primes d'assurances maladie obligatoire des soins en faveur des personnes séjournant dans le canton de Fribourg sans être au bénéfice d'une autorisation de séjour

Contrat entre la Direction de la santé et des affaires sociales et Fri-Santé concernant la réduction de primes d'assurances maladie obligatoire des soins en faveur des personnes séjournant dans le canton de Fribourg sans être au bénéfice d'une autorisation de séjour

Canton de Genève

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	Les personnes soumises à la LAMal sont contrôlées par le Service de l'assurance maladie (SAM). L'information vient du Contrôle des habitants.
Personnes sans affiliation à une caisse-maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> Les cas de sans-papiers (adultes et enfants à l'école primaire) sont signalés au SAM par le Centre de Contact Suisse-Immigrés (CCSI), la Délégation à la petite enfance, les écoles ou les prestataires de soins.</p> <p><u>Procédure:</u> Les adultes peuvent être affiliés auprès d'une assurance maladie, mais à condition de venir au SAM avec une pièce d'identité, remplir un questionnaire, fournir une attestation comme quoi sont bien domiciliés dans le canton. Les enfants scolarisés sont soumis à l'assurance obligatoire des soins dès leur arrivée.</p> <p>La personne choisit elle-même son assurance. Si la personne ne choisit pas d'assureur, le SAM l'affilie d'office auprès d'une caisse dont la prime est égale ou inférieure à la prime moyenne cantonale. Pour les enfants, le SAM les adresse à des caisses où la prime est plus basse que la prime cantonale. Si une personne disparaît, on recherche son adresse ; si après 3 mois la personne n'est pas retrouvée, le SAM communique sa radiation à l'assureur. Seul le SAM peut radier quelqu'un de l'assurance obligatoire.</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>Les RA déboutés qui présentent une demande d'aide d'urgence, restent affiliés à leur caisse maladie. Les personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière ne sont pas affiliées auprès d'une caisse maladie, sauf les personnes considérées comme vulnérables, mineurs, femmes enceintes et personnes sévèrement malades. Celles-ci sont affiliées jusqu'à leur départ du territoire ou leur guérison sur décision médicale. La caisse-maladie est résiliée pour les cas « NEM Dublin », sauf avis médical contraire en cas de soins en cours.</p> <p><u>Type d'assurance:</u> Les caisses-maladies retenues sont les 12 principales représentées sur le canton de Genève (+de 10'000 adhérents) et les populations migrantes confiées à l'Hospice général y sont affiliées selon la même clé de répartition que la population genevoise dans son ensemble (clé de répartition transmise annuellement par le SAM). Les NEM en situation médicale d'urgence sont affiliés pendant 3 mois avec une franchise de Fr. 300.-</p> <p>Les RA déboutés qui présentent une demande d'aide médicale d'urgence, restent affiliés à leur caisse maladie (gérée par Hpr SA) aux mêmes conditions que pendant la procédure d'asile (primes, franchises et quote-part). Les RA déboutés reçoivent une carte « Hpr SA » qu'elles présentent auprès de tous les prestataires de soins. Les personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière exceptionnellement affiliées auprès d'une caisse-maladie sur décision médicale reçoivent une « attestation provisoire d'assurance-maladie » de l'Hospice général qu'elles présentent devant les prestataires de soins sollicités.</p>
Réduction des primes	<p><u>Conditions:</u> Les adultes doivent fournir une attestation de revenu ou une fiche de salaire de l'employeur (personne « au gris »).</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Pour les sans papiers, le CCSI peut faire une demande au SAM, ou la personne directement. Pour les enfants scolarisés, les répondants légaux remplissent le formulaire avec l'aide de l'école ou du</p>

	CCSI. Evaluation par le SAM. Nombre de cas en 2009: 1382 enfants mineurs clandestins subsidiés, 242 adultes.
Soins médicaux	
Services de soins pour sans papiers hors des structures ordinaires médicales	L'unité mobile de soins communautaires (UMSCO) aux HUG, prise en charge à 100% par le canton. L'UMSCO assure trois types de prestations : soins infirmiers (soins généraux, prévention, éducation à la santé, relation d'aide et de soutien, évaluation globale de la personne et orientation en fonction de ses besoins), consultations de médecine de premier recours, consultations sociales.
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> Les RA déboutés et les cas NEM affiliés à une caisse maladie bénéficient de la même prise en charge LAMal que les RA : médecins de premier recours, consultation de spécialistes sur « avis de délégation », approvisionnement en médicaments auprès du réseau PharmAsile. Les personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière non affiliées sont prises en charge au niveau médical, selon les besoins, auprès du Programme Santé Migrants (PSM) des HUG. En cas d'urgence médicale, ils doivent se rendre au Centre d'urgence et d'accueil des HUG.</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> médecins de premier recours, consultation de spécialistes sur « avis de délégation ».</p> <p><u>Prestations:</u> Soins de base LAMal. Mêmes prestations que les RA.</p>
Prise en charge des coûts	<p>Sans papiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandes aux HUG : le médecin s'adresse aux assistants sociaux pour faire une demande d'assujettissement des personnes non assurées ou sans moyens. Les frais sont pris en charge par les HUG, y compris les médicaments (pharmacies du cœur). - Demandes au SAM : les frais pour les urgences (accident ou maladie chronique) sont pris en charge par le SAM. <p>RA déboutés : La gestion des factures LAMal est dévolue à un courtier (Hpr SA). Pour les prestations « hors LAMal », chaque Département compétent prend en charge les frais selon son degré de compétence (par ex. les frais dentaires pour les mineurs sont pris en charge par le Département de l'Instruction publique).</p> <p>Personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière : Les frais sont pris en charge par le PSM des HUG.</p>

Bases (légal) au niveau cantonal de la pratique adoptée

Loi sur l'aide sociale individuelle (LAS, J 4 04), 22 mars 2007

Règlement d'exécution de la loi sur l'aide sociale individuelle (RASI, J 4 04.01), 25 juillet 2007

Kanton Glarus

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde den Nachweis einer Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde oder durch Anfragen medizinischer Leistungserbringer beim kantonalen Gesundheitsamt bezüglich der Kostenübernahme medizinischer Leistungen. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer Frist bei einem Krankenversicherer versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die entsprechende Einwohnergemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Personen.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel bleiben Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist. Wird eine Person aufgrund unbekanntem Aufenthalts nicht versichert oder bei der Versicherung abgemeldet, wird sie bei der Versicherung (wieder) angemeldet, wenn sie Nothilfe beantragt oder in Haft genommen wird. Sind in der Zeit, in der die Person nicht versichert war, Kosten für medizinische Leistungen entstanden, die höher sind als die Kosten, die durch Prämienrückzahlungen entstehen, wird die Person rückwirkend versichert.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Die Personen des Asylbereichs werden individuell bei verschiedenen Versicherern, je nach ihrer Grösse und Prämienhöhe, versichert. Aus dem Wiedereintritt in die Versicherung ergeben sich Prämienrückzahlungen. Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten oder Selbstdeklaration der Einkünfte), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Die Voraussetzung eines Wohnsitzes im Kanton schliesst Sans Papiers von der Anspruchsberechtigung auf Prämienverbilligung aus. Bisher gab es noch keine Anträge von Sans Papiers, die kantonalen Behörden verfügen daher über keine Praxis hinsichtlich Sans Papiers.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einer Nothilfeunterkunft untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an die Betreuung, die medizinische Laienhilfe leistet. Abklärungen durch einen Erstversorgerarzt müssen, mit Ausnahme von Notfällen, vorgängig durch die Asylkoordination bewilligt werden. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt in Absprache mit der Asylkoordination beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei</p>

	<p>darf an einen für Personen des Asylbereichs zuständigen gerarzt gewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere versorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung notfallmedizinische Leistungen. Darüber hinausgehende Leistungen der Grundversicherung KVG unterstehen der Beurteilung des Erstversorgerarztes und der Bewilligung der Asylkoordination.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen ausreisepflichtiger Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, wenn es sich um einen Notfall handelt oder nach vorgängiger Kostengutsprache. Betrifft die Anfrage zur Kostenübernahme eine medizinische Leistung ausserhalb des Zuweisungskantons, wird die betreffende Person dem Zuweisungskanton zugeführt, sofern sie festgehalten werden kann und transportfähig ist.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

Verordnung über die Prämienverbilligung (GS VIII D/21/2)

Konzept für den Vollzug der Nothilfe für illegal anwesende Ausländer

Kreisschreiben: Asyl- und Flüchtlingswesen; Umsetzung Revision Asylgesetz und Einführung Ausländergesetz ab 01.01.2008

Kanton Graubünden

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde oder durch Anfragen medizinischer Leistungserbringer bei der Wohnsitzgemeinde bezüglich der Kostenübernahme medizinischer Leistungen. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Die zuständige Gemeinde nimmt mit der nicht versicherten Person Kontakt auf und klärt die Versicherungspflicht ab. Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer Frist bei einem Krankenversicherer versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die zuständige Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bei Ablauf der Ausreisefrist von der Krankenversicherung abgemeldet. Personen, die über die abgelaufene Ausreisefrist hinaus versichert bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder versichert werden, bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Wenn die Person nach Nothilfe ersucht oder in inhaftiert wird, entscheidet die Asylkoordination in Abhängigkeit des Gesundheitszustands der betroffenen Person und der zu erwartenden Kosten (effektive medizinische Leistungen versus Prämienzahlungen und Prämiennachzahlung bei Versicherungslücken) über die Weiterführung der Krankenversicherung oder einen allfälligen Wiedereintritt.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Rahmenvertrag mit einem Versicherer für alle Personen des Asylbereichs. Durch den Wiedereintritt einer Person in die Versicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten. Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (in der Regel Steuerdaten; Personen mit Quellensteuer: Lohnabrechnungen), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Bestätigung über den Wohnsitz durch die Gemeinde oder Kopie der Aufenthaltsbewilligung.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Keine Praxis.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Punktuellen medizinischen Leistungen für ausreisepflichtige Personen durch private Initiativen.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einer Nothilfeunterkunft untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an die Betreuung, die medizinische Laienhilfe leistet und bei Bedarf einen Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbart. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.

	<p><u>Medizinische Versorger:</u> Personen, die Nothilfe beziehen, werden einem zuständigen Erstversorgerarzt zugewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung sowohl für versicherte wie auch nicht versicherte Personen notfallmedizinische Leistungen. In Einzelfällen werden darüber hinausgehende Leistungen bewilligt. Als vulnerabel geltende Personen haben bei Bedarf Zugang zu darüber hinausgehenden medizinischen Leistungen, die vorgängig von der Asylkoordination bewilligt wurden.</p>
Kostenübernahme	<p>Für die Beurteilung der Zuständigkeit für die Unterstützung von Ausländern mit oder ohne Wohnsitz in der Schweiz gelten Art. 20 und 21 ZUG (SR 851.1). Für eine subsidiäre Übernahme von medizinischen Kosten durch die Gemeinde ist in jedem Fall unabdingbar, dass es sich um einen Notfall gehandelt hat, in zeitlicher und sachlicher Hinsicht nur die minimal nötige Hilfe geleistet wurde und der Leistungserbringer seine (erfolglosen) Inkassobemühungen sowie die Bedürftigkeit der Person nachweist.</p> <p>Der Kanton übernimmt Kosten für medizinische Leistungen nur für Personen, die bei einer Einwohnergemeinde angemeldet sind oder im Rahmen des Asylbereichs dem Kanton zugewiesen wurden. Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der medizinische Leistungserbringer holt bei der Asylkoordination eine Kostengutsprache ein für eine über einen Notfall hinausgehende Behandlung. - Es handelt sich um eine Behandlung im Notfall (Unfall, akute schwere Erkrankung) ohne vorgängige Kostengutsprache im oder ausserhalb des Zuweisungskantons.

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Internes Weisungshandbuch über abgewiesene Asylsuchende

Kantonales Einführungsgesetz zum AsylG und AuG

Canton du Jura

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	Le contrôle dépend du Service cantonal de la santé en partenariat avec les services sociaux régionaux qui signalent les cas (les communes également en tant qu'autorités tutélaires). Le contrôle se fait par signalement, il n'y a pas de listings. Si une personne n'est pas assurée, l'affiliation se fait d'office par le Service d'action sociale par le biais des services sociaux régionaux.
Personnes sans affiliation à une caisse-maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> Informations sur des cas de personnes non assurées par des prestataires de soins, des services sociaux régionaux, des communes, le Service de l'action sociale (moins de 5 cas par an). Les personnes séjournant illégalement sur le territoire nécessitant des soins sont annoncées à la Caisse de compensation du canton du Jura.</p> <p><u>Procédure:</u> la personne choisit elle-même son assurance. Si la personne ne choisit pas d'assureur, c'est le canton qui l'affilie auprès d'une caisse maladie de son choix. Contrôles effectués : titre de séjour, lieu de résidence, existence d'une assurance préalable. La procédure administrative sur le plan de l'autorisation de séjour est engagée dès le moment de la réassurance.</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>Les RAD et les personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière sont assurés jusqu'à la date de l'entrée en force du départ. Ils ne sont plus assurés tant qu'ils n'ont pas besoin de soins. Si la personne disparaît, elle n'est donc plus assurée ; si elle demande une aide d'urgence pour des soins, elle a accès aux soins. L'Association jurassienne d'accueil des migrants (AJAM) paie les frais aussi longtemps qu'ils sont inférieurs au montant de la prime d'assurance. S'ils sont supérieurs, l'AJAM réaffilie la personne. En cas d'accident ou de soins importants, les personnes sont affiliées rétroactivement 3 mois.</p> <p><u>Type d'assurance:</u> assurance de base LAMal individuelle auprès d'une caisse. Les personnes doivent avoir un bon de l'AJAM pour la pharmacie, le médecin ou le dentiste, sauf pour les cas d'urgence où les personnes vont de leur propre chef chez le médecin ou à l'hôpital.</p>
Réduction des primes	<p><u>Conditions:</u> la demande est déposée auprès de la Caisse de compensation ; une déclaration fiscale doit être fournie.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> la procédure ne peut pas être engagée.</p>
Soins médicaux	
Services de soins pour sans papiers hors des structures ordinaires médicales	Pas d'offre spécifique.
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> l'AJAM a un infirmier pour les cas de demandes de soins et en cas de doutes, il donne son avis à l'assistant social.</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> l'AJAM collabore avec un certain nombre de médecins (4 à 5), qui ont des compétences particulières, notamment transculturelles. En plus, recours possible à l'infirmier de l'AJAM.</p> <p><u>Prestations:</u> Soins urgents et indispensables.</p>

Prise en charge des coûts	<p>Les frais sont pris en charge pour les personnes non assurées (RAD, personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière, Sans papiers) pour les soins de base LAMal, les urgences (accidents) et les traitements dentaires anti-douleurs. Si le traitement est de longue durée, la personne est automatiquement assurée, mais l'avis du médecin cantonal (ou du dentiste cantonal) est d'abord requis sur le traitement. Les sans papiers sont envoyés au Service de l'action sociale. Le service d'action sociale prend en charge les frais et contacte l'AJAM pour contrôler si la personne n'a pas été requérante d'asile auparavant. Il contacte éventuellement aussi le canton d'attribution. La procédure administrative est enclenchée (communication au Service de la population).</p> <p>Pour l'aide d'urgence pour des soins, c'est la Confédération qui prend en charge sur le Fonds d'aide d'urgence.</p>
---------------------------	---

Bases (légales) au niveau cantonal de la pratique adoptée

Ordonnance sur l'aide sociale du 30.4.2002, RS JU 850.111

Kanton Luzern

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde den Nachweis einer Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei Anmeldung auf der Einwohnergemeinde oder bei Kontakt mit entsprechenden Behörden, z.B. bei Inhaftierung. Leistungserbringer wenden sich bei uneinbringbaren Kosten direkt an die kommunalen Sozialämter. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Grundsätzlich können sich nicht versicherte Personen innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die zuständige Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Grundsätzlich bleiben alle Personen über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert, sofern sie Nothilfe beantragen. Sie bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist. Ist der Verbleib unbekannt, werden sie nach ca. drei Monaten in der Regel abgemeldet.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Personen, deren Verbleib unbekannt ist, bleiben versichert, wenn sie an einer bekannten, schweren Krankheit leiden. Beantragt eine Person Nothilfe, deren Verbleib unbekannt war, wird in Abhängigkeit der erwarteten Aufenthaltsdauer entschieden, ob die Person wieder versichert wird.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Rahmenvertrag mit mehreren Versicherern für Personen des Asylbereichs. Durch einen Wiedereintritt in die Krankenversicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung, Prämienzuschlag). Den versicherten Personen wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienvorbereitung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse via Steuerdaten, Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Einwohnerkontrolldaten vorhanden. Das Antragsformular muss bei der zuständigen Gemeinde eingereicht werden.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Keine Praxis.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Freier Zugang zur Regelversorgung. Personen, die in einer Nothilfestruktur untergebracht sind, können sich bei gesundheitlichen Beschwerden an das medizinische Betreuungspersonal des Zentrums oder direkt an einen Grundversorger wenden.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Grundsätzlich umfasst die medizinische Versorgung</p>

	medizinische Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen.
Kostenübernahme	<p>Für die Übernahme von Kosten für medizinische Leistungen für nicht versicherte Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist die Aufenthaltsgemeinde zuständig.</p> <p>Der Kanton übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Kantonales Sozialhilfegesetz (SRL Nr. 892 vom 24. Oktober 1989) und –verordnung (SRL 892a vom 13.07.1990)

Gesetz über die Verbilligung von Prämien der Krankenversicherung (Prämienverbilligungsgesetz) vom 24. Januar 1995; vom Grossen Rat des Kantons Luzern; Artikel I Zweck, Aufsicht und Organisation, §3 f Aufgaben der Ausgleichskasse

Regierungsratsbeschluss über den Verteilschlüssel bei Zwangszuweisungen

Canton de Neuchâtel

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	L'Office cantonal de l'assurance-maladie (OCAM) contrôle l'affiliation des permis G, L, B, C et un fichier de sans papiers. Les permis N et F sont gérés par le Service des Migrations y compris l'affiliation. Les informations sont fournies par le Contrôle de l'habitant communal à une base de données centralisée, y compris les mutations.
Personnes sans affiliation à une caisse-maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> en cas de non-assurance de sans-papiers, affiliation uniquement sur demande de la personne concernée qui s'adresse à l'OCAM.</p> <p><u>Procédure:</u> en général, l'OCAM écrit à la personne concernée pour demander si elle est affiliée et auprès de quelle caisse. En cas de non-réponse, la personne est affiliée d'office auprès d'une caisse maladie choisie par l'OCAM par tournus. Tous les contrôles se font à l'OCAM (identité, titre de séjour, assurance préalable). Dans le cas de sans-papiers, la personne concernée doit présenter une demande d'affiliation, choisit sa caisse et l'OCAM l'affilie. Le contrôle se fait par confirmation de l'affiliation par la caisse. Une vingtaine de cas par an. Aucune information n'est donnée à d'autres services.</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>Les RA déboutés sont affiliés jusqu'au moment de l'exécution du renvoi ou du constat de disparition. Les personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière ne sont affiliées que si les frais médicaux sont d'une certaine importance (calcul entre primes qui seraient à payer et frais médicaux en cas de non-affiliation).</p> <p><u>Type d'assurance:</u> contrat cadre avec une caisse-maladie (prime inférieure à la prime moyenne cantonale, avec obligation de consulter en 1^{er} lieu le médecin généraliste de premier recours). Possibilité d'affilier rétroactivement, mais pas de paiement rétroactif des frais. Les gens reçoivent des bons médicaux pour la pharmacie et les prestataires de soins.</p>
Réduction des primes	<p><u>Conditions:</u> déclaration fiscale, taxation en cours, situation familiale.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> pour les sans papiers, l'OCAM a besoin de la preuve de couverture d'assurance, le subsidie est accordé sur demande de la personne ou d'un tiers. Très peu de cas (2 à 3).</p>
Soins médicaux	
Services de soins pour Sans Papiers hors des structures ordinaires médicales	Migration et Santé en collaboration avec Médecins du Monde, structure à la Chaux de Fonds, essentiellement pour les sans papiers. Une infirmière donne les premiers soins et adresse la personne à un médecin si nécessaire (quelques médecins travaillent gratuitement).
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> La décision est prise par la direction, avec selon les cas, l'avis du Médecin cantonal ou du Dentiste cantonal.</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> les médecins généralistes de premier recours. Au besoin les personnes sont dirigées vers d'autres prestataires de soins selon le problème médical spécifique.</p> <p><u>Prestations:</u> indispensables et urgents (interprétation plus large pour les mineurs, mais pas de droits subjectifs différents entre adultes et enfants).</p>
Prise en charge des coûts	Sans papiers : pas de demandes et pas de prise en charge des frais par

	<p>le canton. Si la personne concernée est soignée, les frais sont à la charge des prestataires de soins.</p> <p>RAD et personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière : L'office de l'aide sociale prend les frais médicaux en charge. Si la personne réapparaît en Suisse après une mesure d'expulsion, elle est signalée à la cellule de renvoi du service (enquête de police).</p>
--	--

Bases (lécales) au niveau cantonal de la pratique adoptée

<p>Loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LILAMal), 4 octobre 1995</p> <p>Règlement d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance maladie (RALILAMal), 31 janvier 1996</p> <p>Arrêté concernant l'application de la législation fédérale sur l'asile, 9 mai 2001</p> <p>Directive du Conseil d'Etat relative à l'assurance maladie des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger, 23 décembre 2005</p> <p>Convention entre l'Ordre neuchâtelois des pharmaciens (ONP) et la République et Canton de Neuchâtel, portant sur la facturation des médicaments délivrés aux requérants d'asile bénéficiant de l'aide sociale</p> <p>Convention entre la Société neuchâteloise de médecine (SNM) et la République et Canton de Neuchâtel, portant sur l'institution de médecins de premier recours à l'intention des requérants d'asile bénéficiant de l'aide social</p>

Kanton Nidwalden

Versicherungsobligatorium in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht erfolgt bei Personen mit Schweizer Staatsbürgerschaft durch die AHV-Zweigstellen in den Gemeinden, die die Versicherungsdeckung von neu zuziehenden Personen überprüft. Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft werden vom kantonalen Amt für Migration über die Versicherungspflicht informiert. Zwischen der Ausgleichskasse und den grössten kantonalen Arbeitgebern besteht zudem eine Vereinbarung zur Sicherstellung der Einhaltung der Versicherungspflicht ausländischer
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Durch die AHV-Zweigstellen, der Ausgleichskasse oder allenfalls über eine Meldung durch einen medizinischen Leistungserbringer. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die Ausgleichskasse einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bleiben versichert bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Für Personen des Asylbereichs bestehen Rahmenverträge mit vier regional verankerten Krankenversicherungen. Aus einem Wiedereintritt in die Versicherung ergeben sich Prämiennachzahlungen. Eine Person mit gesundheitlichen Beschwerden erhält vom Betreuungspersonal des Zentrums oder von der Asylkoordination für den Bezug medizinischer Leistungen einen</p>
Prämienvorbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten), Krankenversicherungsnachweis, Bestätigung über den Wohnsitz.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Es ist nicht möglich, dass die Ausgleichskasse eine sich dauerhaft ohne Aufenthaltsbewilligung im Kanton aufhaltende Person bei der ordentlichen Prämienvorbilligung berücksichtigt. Anträge von Personen, über die keine Einwohnerkontrolldaten bestehen, werden als Betrugsversuch gemeldet.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen mit gesundheitlichen Beschwerden wenden sich an das Betreuungspersonal des Zentrums, oder an die Asylkoordination, die bei Bedarf einen Krankenschein ausstellen und einen Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbaren. Die Zentrumsbetreuung leistet zudem medizinische Laienhilfe. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch einen Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Erstversorgerarzt. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p>

	<p><u>Leistungsumfang:</u> Die medizinische Versorgung umfasst Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen. Darüber hinausgehende Leistungen bedürfen einer Kostengutsprache des Kantons.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton hat keine Erfahrung mit zahlungsunfähigen illegal anwesenden Personen ausserhalb des Asylbereichs. Der Kanton übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

<p>Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung</p> <p>Verordnung zur Prämienverbilligung</p> <p>Gesetz über Niederlassung und Aufenthalt</p> <p>Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer sowie zum Asylgesetz</p> <p>Vollzugsverordnung zum Einführungsgesetz zum Ausländerrecht (Ausländerverordnung)</p>
--

Kanton Obwalden

Versicherungsobligatorium in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht erfolgt durch die Einwohnerkontrollen der Gemeinden.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Grundsätzlich werden nicht versicherte Personen von der zuständigen Einwohnergemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Für die Betreuung von Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid sind die Gemeinden zuständig. Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen des Asylbereichs werden auf drei Versicherer verteilt und individuell versichert. Bisher keine Fälle von Wiedereintritt in die Versicherung. Die versicherten Personen verfügen über ihre Versichertenkarte.</p>
Prämienerbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Primärer steuerrechtlicher Wohnsitz im Kanton, bei einer anerkannten Kasse versichert, Einkommens- und Vermögensnachweis. Der Antrag ist bei der Steuerverwaltung einzureichen.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid, die durch die Asylkoordination versichert sind, werden bei der Ausrichtung der Prämienverbilligung berücksichtigt. Es besteht keine Praxis für andere Sans Papiers.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen mit gesundheitlichen Beschwerden beurteilen die Notwendigkeit eines Arztbesuchs selbstständig und wenden sich bei Bedarf an ihren Hausarzt (Hausarztmodell).</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Erstversorgerarzt und andere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid haben Zugang zu Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen.</p>
Kostenübernahme	Der Kanton hat keine Erfahrung mit zahlungsunfähigen illegal anwesenden Personen ausserhalb des Asylbereichs. Die zuständige Gemeinde übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihr vom Kanton zugewiesen wurden.

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Einführungsgesetz zum Gesetz über die Krankenversicherung

Verordnung zum Einführungsgesetz zum Gesetz über die Krankenversicherung

Sozialhilfegesetz und –verordnung

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer sowie zum Asylgesetz (Verordnung zum Ausländerrecht)

Kanton Schaffhausen

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Die zuständige Gemeinde nimmt mit der nicht versicherten Person Kontakt auf und klärt die Versicherungspflicht ab. Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist. Personen, die bereits mit einem rechtskräftigen NEE dem Kanton zugewiesen werden, werden in der Regel nicht versichert. Personen, die über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder versichert werden, bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Personen, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie zu einem absehbaren Zeitpunkt wieder in das Asylverfahren aufgenommen werden sowie Familien und Minderjährige, bleiben in der Regel über den rechtskräftigen Entscheid hinaus versichert. Gegebenenfalls werden Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid in Abhängigkeit ihres Gesundheitszustands oder wenn sie längerfristig in Haft sind (betrifft insbesondere den Strafvollzug) wieder versichert.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Die Personen des Asylbereichs werden bei der gleichen Versicherung individuell versichert. Durch den Wiedereintritt einer Person in die Versicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag). Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienvorbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft können einen Anspruch auf ordentliche Prämienvorbilligung nur dann geltend machen, wenn sie über einen Ausländerausweis verfügen und über einen Wohnsitz im Kanton verfügen.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Die versicherten Personen verpflichten sich mit ihrer Unterschrift dazu, dass sie nur zu von der Koordination bestimmten Erstversorgerärzten gehen. Versicherte und nicht versicherte Personen wenden sich bei gesundheitlichen

	<p>schwerden an das Betreuungspersonal des Zentrums, das medizinische Laienhilfe leistet und bei Bedarf einen Arzttermin vereinbart. Die wendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Personen, die Nothilfe beziehen, werden einem zuständigen Erstversorgerarzt zugewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Bei Bedarf umfasst die medizinische Versorgung sowohl für versicherte wie auch nicht versicherte Personen Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen.</p>
<p>Kostenübernahme</p>	<p>Handelt es sich um eine ausländische Person, die nicht angemeldet und nicht dem Asylbereich zugeordnet ist, kann der Kanton medizinische Kosten gemäss ZUG übernehmen. Sobald die Person transportfähig ist, sorgt der Aufenthaltskanton für die Rückkehr der Personen in ihren Wohnsitz- oder Heimatstaat.</p> <p>Der Kanton übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden. Dies trifft in der Regel auch dann zu, wenn die Leistungen ausserhalb des Zuweisungskantons erbracht wurden.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Kantonales Nothilfekonzept

Kanton Schwyz

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei Anmeldung bei der Einwohnergemeinde oder durch Anfragen medizinischer Leistungserbringer bei der angegebenen Wohngemeinde, der kantonalen Ausgleichskasse oder bei der Asylkoordination bezüglich der Kostenübernahme medizinischer Leistungen. An die Asylkoordination werden drei- bis viermal im Jahr Rechnungen für medizinische Leistungen geschickt, die Personen betreffen, die nicht im ZEMIS erfasst sind, offenbar nicht versichert und zahlungsunfähig sind.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Wird der Migrationsbehörde eine Person zur Kenntnis gebracht, die sich illegal im Kanton aufhält, wird ein Wegweisungsverfahren eingeleitet. Die Ausgleichskasse verfügt über keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers. Grundsätzlich können sich nicht versicherte Personen innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die kantonale Ausgleichskasse einem Versicherer zugewiesen.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist. In der Regel bleiben als im gesundheitlichen Sinn vulnerabel identifizierte Personen (ärztliches Attest), Familien mit schulpflichtigen Kindern sowie Frauen versichert. Personen, die dem Kanton erst nach erwachsener Rechtskraft eines NEE zugewiesen werden, werden nur versichert, wenn Sie sich bei Einreise in den Kanton beim Amt für Migration anmelden bzw. Nothilfe beantragen. Personen, die über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder versichert werden, bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist. Personen im Strafvollzug werden durch die zuständige Behörde versichert, Personen in Administrativhaft werden durch das Amt für Migration versichert.</p> <p><u>Ausnahmen:</u> Bei Personen, die in der Regel nicht versichert werden oder versichert bleiben, wird in Abhängigkeit des Gesundheitszustands über die Weiterführung der Krankenversicherung oder den Wiedereintritt in die Krankenversicherung entschieden. Dies betrifft alleinreisende männliche Personen, Personen, deren Verbleib unbekannt ist, die aber im oder ausserhalb des Zuweisungskantons medizinische Kosten verursachen sowie Personen, die erst nach erwachsener Rechtskraft eines Wegweisungsentscheids dem Kanton zugewiesen werden.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen in der Nothilfe sind in der Regel bei der gleichen Versicherung individuell versichert. Personen, die in einem Durchgangszentrum untergebracht waren und bereits im Rahmen eines Kollektivvertrags versichert waren, bleiben in dieser Form versichert. Personen, die bereits auf eine Gemeinde verteilt wurden und von dieser versichert wurden, bleiben bei der durch die Gemeinde gewählten Versicherung. Durch den Wiedereintritt einer Person in die Versicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag). Der versicherten Person wird keine Versicherungskarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungs-

	<p>nachweis, Wohnsitz im Kanton.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Grundsätzlich haben alle Personen, die dem Versicherungsobligatorium unterstehen, also auch Sans Papiers, im Bedarfsfall Anspruch auf Prämienverbilligung. Bisher gab es noch keine Anträge von Sans Papiers und die kantonale Ausgleichskasse verfügt daher über keine Praxis.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in der Nothilfeunterkunft untergebracht sind wenden sich während den Öffnungszeiten der Unterkunft bei gesundheitlichen Beschwerden an das Betreuungspersonal, das – allenfalls in Absprache mit der Asylkoordination – einen Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbart. Ausserhalb der Öffnungszeiten der Nothilfeunterkunft wenden sich Personen mit gesundheitlichen Beschwerden an die Asylkoordination, die medizinische Laienhilfe leistet und bei Bedarf einen Termin beim zuständigen Erstversorgerarzt vereinbart. Personen, die in einem Durchgangszentrum untergebracht sind (vulnerable Personen, Frauen), wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an das medizinische Betreuungspersonal des Zentrums (Pflegefachpersonen), das eine Erstversorgung leistet. Bei Bedarf wird ein Termin bei einem Erstversorgerarzt vereinbart. Für Personen, die in den Gemeinden bleiben (Familien mit schulpflichtigen Kindern), ist der Zugang durch die Gemeinde geregelt. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei Bedarf an einen Erstversorgerarzt gewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Personen, welche ab dem EVZ mit einem N-Status dem Kanton Schwyz zugewiesen werden, erhalten nach Ankunft für eine Erstuntersuchung einen Erstversorgerarzt. Personen mit NEE ab EVZ werden keiner medizinischen Erstuntersuchung unterzogen. In der Regel umfasst die medizinische Versorgung notfallmedizinische Leistungen. Darüber hinausgehende Leistungen bedürfen der Beurteilung des Erstversorgerarztes und einer Bewilligung durch die Asylkoordination.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton übernimmt in der Regel nur Kosten für Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die im ZEMIS erfasst sind und dem Kanton zugewiesen sind. Ist der illegale Aufenthalt einer Person den kantonalen Behörden jedoch bekannt, sind diese für die Wegweisung zuständig. Kann die Wegweisung nicht vollzogen werden, ist der Kanton zuständig für entstandene medizinische Kosten oder allenfalls Kostengutsprachen für medizinische Leistungen. Beantragt die Person Nothilfe, wäre die Gemeinde, in der sich die Person aufgehalten hat, zuständig für die Ausrichtung der Nothilfe und damit auch der Gesundheitsversorgung und die dadurch entstehenden Kosten.</p> <p>Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um eine medizinische Leistung, die im

	<p>sungskanton erbracht wurde und eine Person in der Nothilfe trifft. Hat sich die Person selbstständig an einen medizinischen Leistungserbringer gewandt, bei dem es sich nicht um den ständigen Erstversorgerarzt handelt, weist die Asylkoordination den Leistungserbringer darauf hin, dass die betreffende Person bei weiteren Konsultationen an den zuständigen Erstversorgerarzt überwiesen werden soll. Wenn etwas gegen die Person vorliegt oder sie ausgeschafft werden kann, wird sie im Ripol ausgeschrieben und den zuständigen Behörden zugeführt, wenn sie festgehalten werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um eine medizinische Leistung, die im Zuweisungskanton erbracht wurde und eine Person betrifft, die nicht Nothilfe bezieht und die Kosten sind entweder tief oder eine Beurteilung des Kantonsarztes kommt zum Schluss, dass die Behandlung notwendig war. - Für Leistungen ausserhalb des Zuweisungskantons ist eine vorgängige Kostengutsprache ergangen. Die Prüfung des Gesuchs erfolgt durch den Kantonsarzt. Dieser entscheidet auch darüber, ob die Person zur Behandlung in den Kanton überführt wird.
--	---

Kantonspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

<p>Interne Weisung an die Mitarbeitenden des Migrationsamts über Personen in der Nothilfe</p> <p>Kantonales Gesetz über die Ausrichtung von Sozialhilfe</p> <p>Kantonales Gesetz über die Prämienverbilligung, Vollzugsverordnung</p> <p>Kantonales Migrationsgesetz und Ausführungsverordnung</p> <p>Weisung des Kantonsarztes an medizinische Leistungserbringer zum Umgang mit Personen in der Nothilfe bei medizinischen Behandlungen</p> <p>Weisung an die Zentrumsleitung bezüglich der Ausrichtung von Nothilfe</p>
--

Kanton Solothurn

Versicherungsobligatorium in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung bei der Einwohnergemeinde oder durch eine Meldung durch einen medizinischen Leistungserbringer. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Nicht versicherte Personen werden durch die zuständige Gemeinde oder den Kanton einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist. Personen, die dem Kanton erst nach erwachsener Rechtskraft eines NEE zugewiesen werden, werden nicht versichert.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bleiben versichert, wenn sie sich bereits über längere Zeit im Kanton aufhalten. In Abhängigkeit der erwarteten effektiven Kosten für medizinische Leistungen bzw. den Kosten für die Krankenversicherung werden Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid gegebenenfalls wieder versichert. Bei Familien entscheidet die Asylkoordination in Abhängigkeit der Krankheitsgeschichte und der individuellen Fallumstände darüber, ob eine allfällige Fortführung der Krankenversicherung über den rechtskräftigen Wegweisungsentscheid hinaus gerechtfertigt ist. Bei Aufrechterhaltung oder Wiederversicherung bleibt die Versicherung in der Regel bestehen, bis eine Ausreise bestätigt ist oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Rahmenvertrag mit einem Versicherer für alle Personen des Asylbereichs. Durch den Wiedereintritt einer Person in die Versicherung entstehen keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag). Die versicherte Person erhält für den Arztbesuch einen Zuständigkeitsausweis, der dem Versicherungsnachweis dient und den Kanton als Rechnungsadresse angibt.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse via Steuernachweis, Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Sans Papiers können bei der ordentlichen Prämienverbilligung nur berücksichtigt werden, wenn sie einen Steuernachweis erbringen können.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einem Nothilfezentrum untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an den Zentrumsarzt. Personen, die Nothilfe in einer kommunalen Einrichtung beziehen, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an einen der durch den Kanton bezeichneten Grundversor-

	<p>gerärzte.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Grundversorgerärzte. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung notfallmedizinische Leistungen. Die Leistungserbringer entscheiden über den Umfang der notfallmedizinischen Behandlung. Der Leistungsumfang ist für versicherte und nicht versicherte Personen gleich.</p>
Kostenübernahme	<p>Der Kanton hat keine Erfahrung mit zahlungsunfähigen illegal anwesenden Personen ausserhalb des Asylbereichs. Der Kanton übernimmt Kosten für medizinische Leistungen bei zahlungsunfähigen/nicht versicherten Personen grundsätzlich nur bei sozialer Bedürftigkeit der betreffenden Person oder bei medizinisch dringlichen Notsituationen.</p> <p>Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, in der Regel nur unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Kosten betreffen medizinische Leistungen bei Unfall. - Die Kosten betreffen medizinische Leistungen bei Krankheit, für die vorgängig eine Kostengutsprache ergangen ist oder die CHF 100 nicht übersteigen. - Behandlungskosten, die in ausserkantonalen Spitälern entstehen, wenn die Leistung unmittelbar angezeigt wird oder vorgängig eine Kostengutsprache an den Kanton gerichtet wurde.

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

<p>Sozialgesetz und -verordnung</p> <p>Handbuch Asyl</p> <p>Regierungsratsbeschluss 2007/2002: Sozialhilfe: Richtlinien über die Nothilfe an Personen mit rechtskräftigem Nichteintretens- oder Abweisungsentscheid und Wegweisungsentscheid nach Asylgesetzgebung</p>
--

Kanton St. Gallen

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen aus einer anderen Gemeinde müssen bei der Anmeldung auf dem Einwohneramt der Gemeinde einen gültigen Krankenversicherungsnachweis gemäss KVG einer schweizerischen Krankenversicherung (Krankenversicherungspolice oder Krankenversichertenkarte) beibringen. Personen, welche aus dem Ausland zuziehen, müssen sich bei der Kontrollstelle für Krankenversicherung melden. Dort wird abgeklärt ob sie der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG unterstehen oder ob sie von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht freigestellt
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung auf dem Einwohneramt oder der Kontrollstelle für Krankenversicherung. Bisher keine Erfahrung mit nicht versicherten illegal anwesenden Personen, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Die zuständige Gemeinde nimmt mit der nicht versicherten Person Kontakt auf und klärt die Versicherungspflicht ab. Nicht versicherte Personen können sich innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die zuständige Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Für die Betreuung von Personen des Asylbereichs sind auch nach einem rechtskräftigen Wegweisungsentscheid die Gemeinden zuständig. Ein gemeinsames Handbuch empfiehlt den Gemeinden, in Abhängigkeit des Gesundheitszustands der betreffenden Person über die Fortführung oder die Beendigung der Krankenversicherung zu entscheiden. Die Praxis unterscheidet sich zwischen den Gemeinden, so bleiben in einigen Gemeinden alle Personen über den Wegweisungsentscheid hinaus versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist. In anderen Gemeinden werden nur als vulnerabel definierte Personen in der Krankenversicherung belassen. Personen in Haft sind nicht mehr in der Zuständigkeit der Gemeinden. Der Kanton entscheidet über die Krankenversicherung.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Gegebenenfalls wird eine Person in Abhängigkeit ihres Gesundheitszustands wieder versichert.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> In der Regel sind die Personen des Asylbereichs individuell versichert. Die Gemeinden arbeiten mit unterschiedlichen Versicherern mit unterschiedlicher Praxis bspw. bezüglich eines Wiedereintritts in die Versicherung zusammen. In einzelnen Gemeinden wird den versicherten Personen eine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienvorbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton oder Grenzgänger aus einem EU-Mitgliedstaat.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft können einen Anspruch auf ordentliche Prämienvorbilligung nur dann geltend machen, wenn sie über einen Ausweis C, B, F, N oder L verfügen. Es ist deshalb nicht möglich, dass die Sozialversicherungsanstalt eine sich dauerhaft ohne Aufenthaltsbewilligung im Kanton aufhaltende Person bei der</p>
Medizinische Versorgung	

Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Versicherte Personen können sich selbstständig an einen medizinischen Leistungserbringer (in der Regel Hausarzt vor Ort) wenden. Melden sich unversicherte Personen bei medizinischen Leistungserbringern vor Ort, holt dieser zuerst die Einwilligung der Gemeinde (bzw. eine Kostengutsprache) ein.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> In der Regel Hausarzt vor Ort. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Für versicherte Personen besteht der Leistungsumfang in der Regel im Grundleistungskatalog KVG und geht über eine Notfallversorgung hinaus. Für unversicherte Personen umfasst die medizinische Versorgung in der Regel notfallmedizinische Leistungen. Sind bei unversicherten Personen darüber hinausgehende medizinische Leistungen notwendig, wird die betreffende Person gegebenenfalls wieder versichert.</p>
Kostenübernahme	<p>Handelt es sich um eine ausländische Person, die nicht angemeldet und nicht dem Asylbereich zugeordnet ist, kann der Kanton medizinische Kosten gemäss Art. 21. Abs. 1 ZUG, in Verbindung mit Art. 3 Abs. 2 Sozialhilfegesetz, übernehmen. Sobald die Person transportfähig ist, sorgt der Aufenthaltskanton für die Rückkehr der Person in ihren Wohnsitz- oder Heimatstaat.</p> <p>Für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich übernimmt die zuständige Gemeinde die Kosten für medizinische Leistungen unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um eine Leistung in der Grundversicherung KVG, die im Zuweisungskanton erbracht wurde und die entweder eine versicherte Person betrifft oder für die bei einer nicht versicherten Person, die Nothilfe bezieht, vorgängig eine Kostengutsprache eingeholt wurde. - Es handelt sich um eine Behandlung im Notfall, die im Zuweisungskanton erbracht wurde (nicht versicherte Personen in und ausserhalb der Nothilfe). <p>Die Koordinationsstelle der St. Galler Gemeinden für Migrationsfragen (KOMI) ist zuständig für medizinische Kosten, die ausserhalb des Zuweisungskantons anfallen und übernimmt diese unter der Bedingung, dass es sich um eine Behandlung im Notfall handelt oder für die Behandlung eine Kostengutsprache ergangen ist. Die Kosten werden bei stationären Behandlungen nur übernommen, wenn der medizinische Leistungserbringer den innerkantonalen und nicht den ausserkantonalen Tarif verrechnet.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Kantonale Verordnung zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung

Kantonales Sozialhilfegesetz

Praxishandbuch KOMI

Canton du Tessin

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	Le contrôle de l'obligation d'assurance est de la compétence des communes. Les communes ont la responsabilité de contrôler que les personnes résidentes au canton sont affiliées auprès d'une caisse reconnue. Les communes sont tenues à signaler les personnes sans affiliation à l'Ufficio dei contributi.
Personnes sans affiliation à une caisse maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> les informations sur des cas de personnes non assurées sont généralement données par les communes ou les prestataires de soins (hôpitaux, médecins etc.).</p> <p><u>Procédure :</u> l'Ufficio dei contributi vérifie par la base de données que la personne n'est pas déjà affiliée. Si la personne ne choisit pas d'assureur le service procède à une enquête auprès l'éventuelle commune précédente, la Sezione dei permessi e dell'immigrazione et les assureurs principales. Finalement il l'affilie d'office. Des cas particuliers sont traités séparément le cas échéant.</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>Les RAD et personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière sont assurés jusqu'au moment du départ ou au moment de la disparition. Dans le cas de personnes disparues ou sans domicile connu, le service radie la personne en accord avec la caisse maladie. Si la personne reste sur le territoire tessinois, soit le canton paie les factures arriérées, soit il réaffilie la personne en cas de problème médical grave.</p> <p><u>Type d'assurance:</u> un contrat collectif d'assurance maladie est conclu pour tous les requérants d'asile. Tous les assurés sont traités de la même manière et couverts pour les soins de base LAMal. Pas d'information sur des coûts découlant d'une éventuelle réaffiliation. Pas de carte d'assuré.</p>
Réduction des primes	<u>Conditions:</u> les directives cantonales en la matière ne mentionnent pas le cas de sans papiers ou personnes séjournant illégalement sur le territoire cantonal.
Soins médicaux	
Services de soins pour sans papiers hors des structures ordinaires médicales	Salute nell'ombra (réseau de médecins soignant gratuitement les personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière et les sans papiers, subsidiés annuellement par le canton) ; Salute nell'ombra est une branche de May Day.
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> la personne peut s'adresser au médecin de premier recours ou à l'hôpital. Si le traitement n'est pas urgent, le rapport médical est soumis pour avis au Médecin cantonal par l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI).</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> médecins de premier recours (les hôpitaux pour les RAD, une collaboration entre l'hôpital et Salute nell'ombra pour les NEM).</p> <p><u>Prestations:</u> pour les personnes dites « vulnérables » (femmes seules, mineurs non accompagnés et personnes avec des problèmes de santé chronique ou importants : soins de base LAMal et hospitalisations urgentes. Pour les autres personnes: soins médicaux urgents et indispensables.</p>
Prise en charge des coûts	Le canton, par l'USSI, prend en charge des frais des traitements

	caux. L'information n'est pas communiquée à un autre service. Une centaine de cas de sans papiers sont assistés par le service.
--	--

Bases (légales) au niveau cantonal de la pratique adoptée

Istruzioni per la richiesta della riduzione individuale del premio 2011, Istituto delle assicurazioni sociali (IAS)

Legge sull'assistenza sociale, RL 6.4.11.1: L sull'assistenza sociale - 8 marzo 1971

Regolamento sull'assistenza sociale, 6.4.11.1.1: R sull'assistenza sociale - 18 febbraio 2003

Procedura di gestione e valutazione dell'intervento cantonale (aiuto d'urgenza) per le persone colpite da una decisione d'allontanamento passata in giudicato e alle quali è stato fissato un termine di partenza (NEM e TP), 11.9.2009

Procedura di gestione e valutazione dell'intervento cantonale (aiuto d'urgenza) per le persone colpite da una decisione d'allontanamento passata in giudicato e alle quali è stato fissato un termine di partenza (NEM e TP), versione 1.0 del 11 settembre 2009

Kanton Thurgau

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung bei der Einwohnergemeinde oder durch medizinische Leistungserbringer, die sich mit Anfragen bezüglich der Übernahme medizinischer Kosten von nicht versicherten Personen, die sich bei ihnen in Behandlung begeben, an die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde wenden. Der Kanton wurde bereits mit Fällen konfrontiert, die illegal anwesende Personen betreffen haben, die keinem Kanton für den Vollzug des Asyl- und Ausländerrechts zugewiesen wurden.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde klärt in der Folge nach Rücksprache mit den kantonalen Behörden ab, ob sich die Person tatsächlich in der Gemeinde aufgehalten hat und weist die nicht versicherte Person einem Krankenversicherer zu. Die zuständige Gemeinde informiert bei illegal anwesenden ausländischen Staatsangehörigen das kantonale Migrationsamt und die zuständige Botschaft. Wenn die betroffene Person nach der Notfallbehandlung transportfähig ist, wird sie in ihr Herkunftsland zurückgeführt, sofern ihr illegaler Aufenthalt nicht in einen rechtmässigen Aufenthaltsstatus überführt werden kann.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen nach abgelaufener Ausreisefrist bei der Versicherung abgemeldet. Als vulnerabel definierte Personen (Mütter und Kinder) bleiben in der Regel versichert oder werden versichert, wenn sie Nothilfe beantragen. Personen, die über die abgelaufene Ausreisefrist hinaus versichert bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder versichert werden, bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt, der Verbleib unbekannt ist oder der Versicherungsgrund nicht mehr besteht.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Bei Personen, die in der Regel nicht versichert werden oder versichert bleiben, wird in Abhängigkeit des Gesundheitszustands über die Weiterführung der Krankenversicherung oder den Wiedereintritt in die Krankenversicherung entschieden. Dies betrifft insbesondere alleinreisende Personen und Personen in Administrativhaft.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen in der Nothilfe sind in der Regel bei der gleichen Versicherung individuell versichert. War die Person zuvor während des Asylverfahrens bei einer anderen Krankenkasse versichert, wird sie dort abgemeldet und bei der gleichen Krankenkasse angemeldet wie die anderen Personen, die Nothilfe beziehen. Durch den Wiedereintritt einer Person in die Versicherung entstehen in der Regel keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag), sofern während der Versicherungslücke keine medizinischen Kosten entstanden sind und die Person rückwirkend versichert werden muss. Der versicherten Person wird keine Versi-</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (in der Regel Steuerdaten), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz oder Aufenthalt im Kanton. Die Zuständigkeit für die Ausrichtung der Prämienverbilligung liegt bei den Gemeinden.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Grundsätzlich ist es so, dass jede Person, die versicherungspflichtig und versichert ist, einen Anspruch auf Prämienverbilligung geltend machen kann unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Eine illegal</p>

	<p>anwesende Person muss ihre wirtschaftliche Situation und ihren Aufenthaltsort glaubwürdig darlegen können, wenn sie den Antrag direkt beim Kanton und nicht bei der zuständigen Gemeinde stellt. Es ist möglich, dass ein Hilfswerk, unter anderem die Caritas, als Mittlerin für die versicherte Person den Antrag auf Prämienverbilligung stellt. Personen, deren Krankenversicherung von der öffentlichen Hand finanziert wird, können bei der Ausrichtung der Prämienverbilligung nicht berücksichtigt werden.</p>
<p>Medizinische Versorgung</p>	
<p>Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen</p>	<p>Keine.</p>
<p>Medizinische Versorgung in der Nothilfe</p>	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen mit gesundheitlichen Beschwerden wenden sich an das Betreuungspersonal des Zentrums, das medizinische Laienhilfe leistet und bei Bedarf – allenfalls nach Rücksprache mit dem Erstversorgerarzt – einen Termin beim Erstversorgerarzt vereinbart. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei Bedarf an einen Erstversorgerarzt gewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung sowohl für versicherte wie auch nicht versicherte Personen Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen. Allerdings stehen bei nicht versicherten Personen die medizinische Laienhilfe und die Notfallmedizin etwas stärker im Vordergrund.</p>
<p>Kostenübernahme</p>	<p>Die Wohngemeinde oder allenfalls die Aufenthaltsgemeinde der nicht versicherten zahlungsunfähigen Person mit ausländischer Staatsbürgerschaft übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen, wenn es sich um eine unerlässliche medizinische Leistung zur Überlebenssicherung handelt (Notfallbehandlung). Das Ziel der Behandlung ist die Herstellung der Transportfähigkeit. Die Kostenübernahme erfolgt nach folgendem Schlüssel: Die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde übernimmt die Tagestaxe bis zu einem Betrag von 162 CHF. Für darüber hinausgehende Beträge, kann die Gemeinde ein Gesuch an den Kanton auf Kostenübernahme stellen. Dieser übernimmt einen Betrag von maximal weiteren 162 CHF. Was darüber hinaus geht, wird zur Hälfte vom Kanton und zur Hälfte von der Gemeinde bezahlt.</p> <p>Der Kanton übernimmt in der Regel die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden. Bei ausserkantonalen Hospitalisationen ist eine Kostengutsprache des Kantonsarztes notwendig, da der dadurch entstehende Aufpreis durch den kantonsärztlichen Dienst übernommen wird. Der Restbetrag wird durch die Asylkoordination geschuldet. Erfolgt keine Kostengutsprache (kein Notfall, Leistung kann im Zuweisungskanton erbracht werden), trägt der Leistungserbringer das finanzielle Risiko. Wenn eine Person ausserkantonal hospitalisiert wird, wird die Person dem Zuweisungskanton zugeführt, sobald sie</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Handbuch für die Betreuung von nothilfebeziehenden Personen

Handbücher Prämienverbilligung und Versicherungspflicht

Leitfaden Asylwesen

Merkblatt des kantonalen Fürsorgeamts und des Kantonsärztlichen Dienstes über die Übernahme der Krankheitskosten von illegal anwesenden Personen

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995

Kanton Uri

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bisher keine Fälle.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Grundsätzlich können sich nicht versicherte Personen innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die Einwohnergemeinde einem Versicherer zugewiesen. Bei Zuweisungen werden meist Versicherer mit tieferen Prämien bevorzugt. Es besteht keine Praxis für nicht versicherte Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>Alle Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid bleiben in der Regel versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Bei Personen, die dem Kanton erst nach erwachsener Rechtskraft eines NEE zugewiesen werden, wird in Abhängigkeit der voraussichtlichen Dauer des Aufenthalts in Nothilfestrukturen oder Administrativhaft entschieden, ob sie versichert werden. Bleiben jedoch die Personen länger als drei Monate in der Nothilfe wird eine Krankenversicherung abgeschlossen.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen in der Nothilfe sind in der Regel bei der gleichen Versicherung individuell versichert. Bisher keine Fälle von Wiedereintritt in die Versicherung. Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Voraussetzung für eine Prämienverbilligung sind ein steuerrechtlicher und zivilrechtlicher Aufenthalt und Wohnsitz im Kanton, sowie Versicherungspflicht und Nachweis einer Krankenversicherung.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Aufgrund der Bestimmung, dass die Person einen steuerrechtlichen und zivilrechtlichen Wohnsitz im Kanton haben muss, kann davon ausgegangen werden, dass unangemeldete Personen, über die keine Steuerdaten vorliegen, keine Prämienverbilligungen erhalten können. Bisher gab es noch keine Anträge von Sans Papiers.</p>
Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen mit gesundheitlichen Beschwerden wenden sich an das Betreuungspersonal des Zentrums, das bei Bedarf einen Termin beim Erstversorgerarzt vereinbart. Das Betreuungspersonal leistet allenfalls auch medizinische Laienhilfe, d.h. z.B. Abgabe von Schmerztabletten bei Kopfschmerzen u.ä. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch Erstversorgerarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei Bedarf an einen Erstversorgerarzt gewiesen. Dabei werden alle Erstversorgerärzte vor Ort berücksichtigt, sofern diese noch Patientinnen und</p>

	<p>Patienten aufnehmen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Die medizinische Versorgung umfasst Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung hinausgehen.</p>
Kostenübernahme	<p>Anfragen zur Kostenübernahme werden in der Regel an den Sozialdienst einer Gemeinde oder der Region (nicht alle Gemeinden haben einen eigenen Sozialdienst) gerichtet. Die Zuständigkeit wird anhand der letztgemeldeten/angegebenen Adresse abgeklärt. Keine Praxis für nicht versicherte zahlungsunfähige Personen mit illegalem Aufenthalt, die nicht dem Asylbereich zugeordnet sind.</p> <p>Die Gemeinden übernehmen die Kosten für medizinische Leistungen (d.h. Selbstbehalt und Franchise) für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden. Keine Praxis bezüglich Personen, die dem Kanton zugewiesen sind, aber nicht Nothilfe beziehen.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Handbuch zur Praxis bei Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich

Kantonale Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Reglement über die Prämienverbilligung für die Krankenpflege-Grundversicherung

Canton du Valais

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	Le contrôle est de la compétence des communes. Lors de la prise de domicile des nouveaux résidents, les communes ont aussi la responsabilité de contrôler si la personne est déjà affiliée auprès d'une caisse.
Personnes sans affiliation à une caisse-maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> les informations sur des cas de personnes non assurées sont généralement données par les hôpitaux (avis d'hospitalisation adressé au Service de l'action sociale (SAS)).</p> <p><u>Procédure:</u> la commune affine d'office, le dossier est annoncé et traité par le SAS. Si des frais médicaux sont présentés, le SAS gère le dossier et effectue les contrôles nécessaires pour trouver d'éventuelles autres affiliations à des assurances étrangères ou suisses. Conséquences pour la personne concernée : régularisation de la situation au niveau de l'assurance-maladie et au niveau du permis de séjour. Cependant, la plupart du temps, le SAS n'a connaissance de ces dossiers que lorsque les personnes sont déjà reparties.</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>Les RAD/personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière sont assurés jusqu'à l'exécution du renvoi ou leur disparition. Le Service de l'action sociale (SAS) gère l'affiliation, la résiliation, le calcul des primes et leur paiement, encaisse les participations de la caisse maladie. Réaffiliation à une assurance dès que le RAD/la personne frappée d'une décision de non-entrée en matière réapparaît sur le territoire cantonal.</p> <p><u>Type d'assurance:</u> le canton a signé une convention avec 3 assureurs portant sur l'assurance des RA, RAD et personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière. Le canton peut réaffilier les personnes relevant de l'asile quand il veut, il n'y a pas de paiement rétroactif. Lorsqu'un RAD/une personne frappée d'une décision de non-entrée en matière doit se rendre chez un médecin ou retirer des médicaments, les bureaux d'accueil régionaux lui délivrent une attestation qui fait également office de garantie de paiement pour les</p>
Réduction des primes	<p><u>Conditions:</u> pour les bénéficiaires ordinaires, le droit aux subsides est annoncé automatiquement sur la base de la taxation fiscale. En cas de changement de la situation financière ou familiale (mariage, divorce, naissance), une demande spéciale peut être déposée et le droit sera examiné sur la base de la déclaration fiscale.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> la procédure ne peut pas être engagée.</p>
Soins médicaux	
Services de soins pour sans papiers hors des structures ordinaires médicales	Il n'existe pas d'offre spécifique pour les personnes sans papiers.
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> les bureaux d'accueil régionaux délivrent des attestations et contactent le médecin. Seul le médecin est compétent pour décider des soins médicaux urgents.</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> il y a un réseau officieux de médecins et de pharmaciens qui traitent les cas d'urgence.</p> <p><u>Prestations:</u> toutes les prestations de base LAMal.</p>

Prise en charge des coûts	<p>La loi fédérale sur l'assistance des personnes dans le besoin (LAS) règle les compétences : le canton de séjour est compétent pour décider le mode de prise en charge et pour payer les frais. Si l'hospitalisation est de longue durée, le SAS avise le Service de la population et des migrations (SPM) pour que celui-ci décide, le cas échéant, du règlement des conditions de séjour ou du renvoi. Les décisions du SPM sont prises sur la base d'un rapport médical.</p> <p>RAD et personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière : à défaut d'autorisation/attestation, les prestataires de soins ne sont pas remboursés par le canton, sauf pour des aides médicales d'urgence (pour lesquels le médecin peut accorder des soins jusqu'à Fr. 500.-). Pour les frais dentaires, les devis sont soumis à un médecin dentiste conseil désigné par le Département.</p>
---------------------------	---

Bases (légal) au niveau cantonal de la pratique adoptée

<p>Loi cantonale sur l'assurance maladie du 22.6.1995</p> <p>Ordonnance concernant l'assurance-maladie obligatoire et les subventions cantonales, du 19.1.2005</p> <p>Directives pour 2010 du Service de la santé publique pour le subventionnement des cotisations d'assurance-maladie des assurés de condition économique modeste et sur l'obligation d'assurance</p> <p>Loi sur l'intégration et l'aide sociale du 29 mars 1996, 850.1</p> <p>Arrêté du Conseil du 5.3.2008 concernant la prise en charge des personnes relevant du domaine de l'asile dans le canton du Valais</p> <p>Directive du 1.2.2008 relative au règlement des factures d'hospitalisation, de soins ambulatoires et de transport dans la cadre de la loi sur l'intégration et l'aide sociale.</p>
--

Canton de Vaud

Le régime de l'assurance obligatoire des soins	
Contrôle général de l'obligation d'assurance	Le contrôle a lieu par le biais des agences communales d'assurances sociales (50 environ) suite à l'inscription au Contrôle de l'habitant, par les hôpitaux, les écoles, parfois par les employeurs. Des annonces spontanées sont aussi possibles.
Personnes sans affiliation à une caisse-maladie	<p><u>Constatation de l'absence de couverture d'assurance:</u> information donnée à l'OCC par les prestataires de soins (hôpitaux), partenaires sociaux et services sociaux, personnes elles-mêmes. Environ 50 nouveaux cas par an.</p> <p><u>Procédure:</u> l'agence d'assurances sociales adresse un courrier à la personne, puis 2 rappels, puis transfère le dossier à l'Office de contrôle de l'assurance maladie (OCC) qui adresse une sommation avec délai de 30 jours. Puis procède à une affiliation d'office avec un délai de 30 jours pour faire opposition. L'OCC collabore avec un pool d'assureurs (20 assureurs en 2010), selon une clé de répartition et une prime inférieure ou égale à la prime cantonale de référence pour l'aide sociale. L'OCC a des contacts avec l'agence d'assurances sociales, le contrôle de l'habitant, éventuellement l'employeur (contrôle de l'identité, du type de permis de séjour, adresse, date d'arrivée en Suisse, membres de la famille en Suisse, activité lucrative, nom de l'employeur, données déjà dans le système (subside et contentieux).</p> <p>Personnes illégales dans le canton : Informations échangées uniquement avec les agences d'assurances sociales et les services de l'OCC (subsides et contentieux). Dans le système de données de l'OCC figurent les critères du domicile et du revenu mais pas ceux du statut.</p> <p>L'OCC contrôle si la personne a déjà été assurée, mais n'a qu'une vision partielle vu l'absence de données sur toutes les affiliations vaudoises. L'OCC peut contrôler si la personne est connue du FARMED (réseau de santé spécifique pour requérants d'asile). Si la personne a déjà été assurée, elle est en priorité réaffiliée auprès de cette assurance, sauf si la radiation a été effectuée après 12 mois de disparition et donc de suspension. Dans ce cas, il y a affiliation auprès d'un nouvel assureur. Si la personne était assurée pendant la procédure d'asile, une nouvelle assurance est conclue, car une personne faisant l'objet d'une NEM sort du réseau FARMED. Si un renouvellement d'assurance est possible, les arriérés de primes sont pris en charge par le canton si cela permet d'éviter une suspension des prestations.</p> <p>L'OCC procède à des recherches et si la personne a disparu, il autorise l'assureur à suspendre l'affiliation pendant 12 mois puis à radier.</p>
L'assurance obligatoire des soins pour les personnes tenues de quitter le pays relevant du domaine de l'asile	<p>La couverture LAMal fait l'objet d'une résiliation avec effet au premier jour du mois qui suit l'échéance du délai de départ impartit par une décision exécutoire de renvoi, à moins que la personne ne soit portée disparue dans l'intervalle, auquel cas l'affiliation prend fin au premier jour qui suit la disparition. La couverture LAMal se poursuit sans discontinuité si la personne déboutée est mise au bénéfice de l'aide d'urgence. En cas de détention administrative, la personne est affiliée après 30 jours de détention et avec effet rétroactif au premier jour du mois de détention.</p> <p><u>Type d'assurance:</u> La couverture pour le risque maladie et accidents est souscrite auprès d'une série de caisses sélectionnées en fonction du nombre d'assurés et du niveau des primes. Conséquences financières d'une réaffiliation : dès lors que la demande d'affiliation intervient dans les trois mois (art. 3, al. 1 LAMal), la couverture d'assurance prend effet</p>

	<p>rétroactivement à partir de la date de réadmission. Au-delà des trois mois, le canton s'expose à la majoration pour affiliation tardive prévue à l'art. 5 LAMal. Un système de bons régule l'accès aux fournisseurs de soins.</p>
Réduction des primes	<p><u>Conditions:</u> formulaire de demande de subside, joindre la décision de taxation pour l'année de référence, justificatifs de tous les revenus pour les personnes taxées d'office ou sans taxation définitive, une copie de la police d'assurance.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> réduction de primes possible : dépôt de la demande auprès de l'agence d'assurances sociales du lieu de domicile ou exceptionnellement auprès de l'OCC, si la personne n'ose pas se rendre auprès du service communal, aux mêmes conditions que pour le reste de la population (rendre vraisemblable la constitution d'un domicile vaudois, produire des justificatifs du revenu ou un budget détaillé). Une demande de réduction de prime par un tiers est possible via les partenaires sociaux (Appartenances, Caritas, CSP); Le plus souvent l'assuré fait la démarche lui-même après que le partenaire social ait réuni les documents (problème de traduction des documents en français). Une dizaine de cas par an.</p>
Soins médicaux	
Services de soins pour sans papiers hors des structures ordinaires médicales	<p>PMU (policlinique médicale universitaire); Point d'Eau, subventionné par la Ville de Lausanne; St Martin, unité de toxicodépendance du CHUV.</p>
Soins médicaux dans l'aide d'urgence	<p><u>Accès aux soins médicaux:</u> le corps médical et infirmier du réseau de santé FARMED décide quel type de soins sont nécessaires et selon quels critères.</p> <p><u>Prestataires de soins:</u> le réseau de santé FARMED ; collaboration avec les médecins et les organismes de premier recours du réseau de soins.</p> <p><u>Prestations:</u> soins de base selon la LAMal, quelque soit le statut. Schéma thérapeutique adapté à la perspective temporelle de la durée de séjour (traitements et rythme des investigations différencié).</p>
Prise en charge des coûts	<p>Demandes auprès du SASH (Service cantonal des assurances sociales et de l'hébergement) le plus souvent par les hôpitaux. Prestations : prestations de base LAMal, frais dentaires urgents, traitements d'urgence (accidents), frais d'hospitalisation y compris dans le cadre de la LAVI (loi fédérale sur l'aide aux victimes en cas d'infraction). Les hôpitaux (CHUV ou hôpitaux de zone) font la demande de prise en charge auprès du SASH avec le cas échéant, un plan de remboursement d'une partie des frais (au minimum Fr. 50.- par mois pendant 3 ans maximum). Ne concerne que des cas lourds, sinon les gens sont adressés à la PMU. Pas de conséquences pour la personne concernée.</p> <p>Le canton / le Service de la population prend en charge les prestations hospitalières dans le canton et celles hors du canton si les personnes en séjour illégal ont fait l'objet d'une attribution cantonale dans le cadre d'une procédure d'asile.</p>

Bases (légal) au niveau cantonal de la pratique adoptée

Guide d'assistance 2010, recueil du règlement du 3.12.2008 sur l'assistance et l'aide d'urgence octroyés en application de la loi sur l'aide aux requérants d'asile t à certaines catégories d'étrangers et des directives du département de l'intérieur en la matière

Loi vaudoise du 7 mars 2006 sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers (LARA)

Présentation du concept vaudois de couverture d'assurance LAMal pour les personnes relevant du domaine de l'asile et de l'aide d'urgence,

Kanton Zug

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	<p>Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen. Ausländische Krankenversicherung: Es wird gemäss KVG abgeklärt, ob die betreffende Person von der Versicherungspflicht in der Schweiz nach Art. 2 KVV befreit werden kann oder ob sie eine Schweizer Krankenversicherung abschliessen muss. Können die Unterlagen für eine Befreiung nicht beigebracht werden oder schliesst diese Person innert Frist trotz Aufforderung der Durchführungsstelle keine Schweizer Krankenversicherung ab, wird sie gemäss Art. 6 Abs. 2 einem Schweizer Krankenversicherer zugewiesen.</p>
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei der Anmeldung auf der Einwohnerkontrolle oder durch Anfragen medizinischer Leistungserbringer bezüglich der Übernahme von Kosten für medizinische Leistungen beim Sozialamt einer Gemeinde.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Grundsätzlich müssen sich nicht versicherte Personen innerhalb einer kurzen Frist bei einem Krankenversicherer versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie durch die zuständige Gemeinde einem Versicherer zugewiesen. Keine Praxis für Sans Papiers.</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist. Personen, die dem Kanton erst nach erwachsener Rechtskraft eines NEE zugewiesen werden, werden in der Regel nicht versichert. Halten sich die ausreisepflichtigen Personen nach einer dreimonatigen Frist weiterhin im Kanton auf (Nothilfe, Administrativhaft, Strafvollzug), werden sie rückwirkend bzw. neu versichert. Personen, die regelmässiger medizinischer Versorgung bedürfen, sowie Familien bleiben versichert. Personen, die über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids hinaus versichert bleiben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder versichert werden, bleiben versichert, bis eine Ausreise bestätigt oder der Verbleib unbekannt ist.</p> <p><u>Ausnahmen:</u> Personen, die vor Ablauf der dreimonatigen Frist medizinische Kosten verursachen, werden ohne weitere Wartezeit (wieder) versichert.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Rahmenverträge für alle Personen des Asylbereichs mit vier verschiedenen Versicherern. Durch den rückwirkenden Wiedereintritt einer Person in die Versicherung schuldet die Asylkoordination der Versicherung die Prämien für den Versicherungsunterbruch. Dafür wird kein Prämienzuschlag verrechnet. Der versicherten Person wird keine Versichertenkarte abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis, Wohnsitz im Kanton, Aufenthaltsbewilligung bei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Aufgrund der Bestimmung, dass eine Person mit ausländischer Staatsbürgerschaft eine Aufenthaltsbewilligung haben muss, um einen Anspruch auf Prämienverbilligung geltend zu machen, kann davon ausgegangen werden, dass Sans Papiers keine Prämienverbilligungen erhalten können.</p>

Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Keine.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Personen, die in einer Nothilfestruktur untergebracht sind, wenden sich bei gesundheitlichen Beschwerden an das Betreuungspersonal, das medizinische Laienhilfe leistet (wie Abgabe von Tabletten etc.) und bei Bedarf einen Termin beim zuständigen Hausarzt vereinbart. Die Notwendigkeit von weitergehenden medizinischen Abklärungen wird durch den Hausarzt beurteilt.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Nothilfebeziehende Personen werden bei Bedarf an den Hausarzt angewiesen. Bei Bedarf erfolgt die Überweisung an weitere Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> In der Regel umfasst die medizinische Versorgung sowohl für versicherte wie auch nicht versicherte Personen eingeschränkte Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG.</p>
Kostenübernahme	Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden, wenn der Behandlungszeitpunkt bei der Rechnungsstellung nicht mehr als ein Jahr zurück liegt (bis jetzt gab es keinen solchen

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

Die Ausrichtung der Nothilfe ist im allgemeinen Handbuch des Sozialen Diensts Asyl geregelt
Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG); BGS 842.1
Gesetz betreffend individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung; BGS 842.6

Kanton Zürich

Versicherungspflicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht	Zuziehende Personen müssen bei der Anmeldung auf der Einwohnergemeinde einen Nachweis der Krankenversicherung erbringen. Gelingt ihnen dies nicht, werden sie von der Gemeinde einer Kasse zugewiesen. Über Ausnahmen von der Versicherungspflicht entscheidet die Gesundheitsdirektion.
Personen ohne Krankenversicherung	<p><u>Feststellung des fehlenden Versicherungsschutzes:</u> Bei Anmeldung auf der Einwohnergemeinde oder durch Anfragen medizinischer Leistungserbringer bezüglich der Übernahme von Kosten für medizinische Leistungen. Die Gesundheitsdirektion wurde bisher noch nicht mit Fällen konfrontiert, die illegal anwesende Personen betreffen haben, die Asylkoordination nur mit vereinzelt.</p> <p><u>Vorgehen bei fehlendem Versicherungsschutz:</u> Grundsätzlich können sich nicht versicherte Personen innerhalb einer Frist bei einer Krankenversicherung versichern. Kommt die Person der Aufforderung nicht nach, wird sie einem Versicherer zugewiesen. Die Gesundheitsdirektion verfügt über keine Praxis für nicht versicherte</p>
Obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ausreisepflichtigen Personen aus dem Asylbereich	<p>In der Regel werden Personen bei der Versicherung abgemeldet, sobald der Wegweisungsentscheid in Rechtskraft erwachsen ist. Personen, die nach einem rechtskräftigen Wegweisungsentscheid in einer Gemeindeunterkunft bleiben, bleiben versichert.</p> <p><u>Einzelfälle:</u> Das kantonale Sozialamt entscheidet in Abhängigkeit des Gesundheitszustands und der erwarteten Aufenthaltsdauer der betreffenden Person über die Weiterführung der Krankenversicherung von Personen mit rechtskräftigem Wegweisungsentscheid. Personen, zu denen 10 Tage kein Kontakt mehr bestand, werden als abgereist betrachtet und abgemeldet.</p> <p><u>Versicherungsform:</u> Personen, die über die Rechtskraft des Wegweisungsentscheids versichert bleiben oder bei Bedarf wieder versichert werden, sind in der Regel individuell bei der gleichen Krankenkasse versichert. Personen, die in kommunaler Obhut bleiben, bleiben Teil des Rahmenvertrags mit einer Versicherung für Personen im Asylverfahren (Hausarztmodell). In der Regel fallen durch einen Wiedereintritt einer Person in die Versicherung keine zusätzlichen Kosten (Prämiennachzahlung oder Prämienzuschlag) an. Der versicherten Person wird für den Bezug medizinischer Leistungen eine Versicherungsbestätigung abgegeben.</p>
Prämienverbilligung	<p><u>Voraussetzungen:</u> Nachweis wirtschaftlich bescheidener Verhältnisse (Steuerdaten oder Selbstdeklaration der Einkünfte und des Vermögens), Versicherungspflicht gegeben, Krankenversicherungsnachweis. Automatische Ermittlung der Anspruchsberechtigung durch Gemeinden. Nicht erfasste Personen müssen die Ausrichtung der Prämienverbilligung bei der Gemeinde beantragen.</p> <p><u>Sans Papiers:</u> Aufgrund der fehlenden Aufenthaltsbewilligung ist es nicht vorgesehen, dass Sans Papiers im Kanton Zürich bei der Prämienverbilligung berücksichtigt werden. In grösseren Städten ist es Sans Papiers allerdings möglich, Prämienverbilligung zu erhalten.</p>

Medizinische Versorgung	
Spezifische Angebote für Sans Papiers ausserhalb der medizinischen Regelstrukturen	Meditrina, durch das SRK geführt, leistet medizinische Versorgung von Menschen mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus und überweist sie im Bedarfsfall an Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachpersonen aus einem Netz von über 50 Allgemein-, Spezial- und nicht-ärztlichen Praxen, spezialisierten Beratungsstellen und der SOS-Beratung des SRK.
Medizinische Versorgung in der Nothilfe	<p><u>Zugang zur medizinischen Versorgung:</u> Bei Personen, die nicht versichert sind, wird die Notwendigkeit einer medizinischen Leistung vom Sozialamt – allenfalls in Rücksprache mit dem kantonsärztlichen Dienst – beurteilt. Versicherte Personen beurteilen die Notwendigkeit eines Arztbesuchs selbstständig und wenden sich bei Bedarf an einen zuständigen Arzt. Zu diesem Zweck besteht eine von der kantonalen Ärztesgesellschaft, dem Versicherer und dem Sozialamt erstellte Liste mit zuständigen Leistungserbringern vor Ort.</p> <p><u>Medizinische Versorger:</u> Erstversorgerarzt, Regelversorger.</p> <p><u>Leistungsumfang:</u> Die medizinische Versorgung umfasst sowohl für versicherte wie auch nicht versicherte Personen Leistungen des Grundleistungskatalogs KVG, die über eine Notfallversorgung</p>
Kostenübernahme	<p>Bei Sans Papiers gilt das ZUG, das heisst die Kosten für Leistungen in medizinisch dringlichen Notsituationen werden durch das kantonale Sozialamt übernommen (weniger als 50 Fälle pro Jahr).</p> <p>Der Kanton übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen für ausreisepflichtige Personen aus dem Asylbereich, die ihm zugewiesen wurden.</p>

Kantonsspezifische Grundlagen der kantonalen Praxis

<p>Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz</p> <p>Verordnung zum EG KVG</p> <p>Sozialhilfegesetz</p> <p>Verordnung zum Sozialhilfegesetz</p> <p>Verordnung über die Gewährung von Nothilfe an Personen ohne Aufenthaltsrecht</p>

Fragekatalog zur Praxis von Krankenversicherern im Umgang mit Personen ohne Aufenthaltsbewilligung

Wir bitten Sie um eine schriftliche Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

1. Welche Angaben muss eine Person zwingend machen, um bei Ihrer Gesellschaft die Aufnahme in die obligatorische Grundversicherung (OKP) zu beantragen (z.B. Name, Adresse, AHV-Nummer, Aufenthaltsstatus, Bankverbindung/Kontonummer etc.)?
(Diese Frage können Sie auch beantworten, indem Sie uns ein konkretes Antragsformular zustellen und darauf die zwingenden Angaben markieren.)
2. Wie erkennen Sachbearbeitende, ob es sich bei einer Antrag stellenden Person um eine Person ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans Papiers, ausreisepflichtige Asylsuchende) handelt?
3. Wie geht Ihre Gesellschaft mit Versicherungsanträgen von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans Papiers, ausreisepflichtige Asylsuchende) um?
4. Nimmt Ihre Gesellschaft in Zusammenhang mit Versicherungsanträgen von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung mit kantonalen oder kommunalen Behörden Kontakt auf (z.B. zur Verifizierung von Identität, Aufenthaltsstatus und Wohnsitz oder zur Kontrolle der Versicherungspflicht der Antrag stellenden Person)? Bei welchem Anlass bzw. in was für Fällen? Erfolgt die Kontaktaufnahme routinemässig oder im Einzelfall? Welche Behörden werden kontaktiert? Welche Informationen werden dabei ausgetauscht?
5. Stellen sich bei der Interaktion (z.B. Korrespondenz, Prämieninkasso, Umsetzung einer allfälligen Leistungsassistierung) mit versicherten Personen ohne Aufenthaltsbewilligung im Vergleich mit anderen Personen spezifische Probleme? Welche?
6. Wie geht Ihre Gesellschaft mit Versicherungsanträgen um, bei denen eine Organisation (z.B. Beratungsstelle für Sans Papiers) als Vertretung der Antrag stellenden Person auftritt?
7. Wie geht Ihre Gesellschaft vor, wenn eine versicherte Person ohne Aufenthaltsbewilligung die Versicherungsprämie nicht mehr bezahlt? Weicht das Vorgehen von demjenigen bei Personen mit Aufenthaltsbewilligung ab?

Sofern Sie über schriftliche Dokumente verfügen, die einen oder mehrere der uns interessierenden Sachverhalte erläutern (z.B. interne Weisungen, Ablaufschemen etc.), können Sie diese gerne Ihrer Rückmeldung beilegen.

Besten Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!