

Zeitschrift:	Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft
Herausgeber:	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
Band:	93 (1996)
Heft:	3
Artikel:	Viele offene Fragen und kaum Antworten : beim neuen KVG überbordet der Föderalismus
Autor:	Alfirev-Bieri, Charlotte
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-838245

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Viele offene Fragen und kaum Antworten

Beim neuen KVG überbordet der Föderalismus

Wer in «bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen» lebt, soll gemäss dem neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Der allzugrosse Spielraum, der den Kantonen bei der Umsetzung gelassen wurde, führt zu den unterschiedlichsten Regelungen diesseits und jenseits von Kantongrenzen. Für die Sozialdienste ist die Neubearbeitung der Unterstützungsressorts mit viel Arbeit verbunden. Sich über die vielen offenen Fragen zu ärgern, hilft nicht weiter – Entscheidungsfreude ist gefragt.

«Könnten Sie mit diesem Thema nicht noch zwei, drei Monate zuwarten; dann wüssten wir mehr.» So lautete der Tenor von Fachleuten zu diesem ZöF-Schwerpunktbeitrag, der unter dem Arbeitstitel «Erste Erfahrungen mit dem neuen KVG aus der Sicht der Sozialhilfe» entstanden ist.

«Die Probleme werden beim KVG einmal mehr auf die unterste Stufe abgewälzt, die in finanziell engen Verhältnissen lebenden Menschen und auf die Gemeinden», ärgert sich Ueli Zillner, Leiter des Sozialdienstes Landquart. Doch den in der Praxis stehenden Sozialarbeitenden und den Gemeindebehörden hilft es wenig, sich über die schlecht vorbereitete Einführung des neuen Gesetzes aufzuhalten: Sie müssen auf die Fragen der Hilfesuchenden heute schon Antworten geben und Lösungen finden und dabei hoffen, dass sie mit ihrem Wurf nicht allzuweit neben der Linie zu liegen kommen, die die Experten derzeit noch suchen.

Kantönligeist

Um dem stark umstrittenen KVG nach einer Jahrzehntelangen politischen Auseinandersetzung doch noch zum Durchbruch zu verhelfen und es nicht am finanzpolitischen Widerstand der Kantone scheitern zu lassen, wurde den Kantonen bei der Umsetzung des Gesetzes ein sehr grosser Spielraum eingeräumt. Das Resultat ist ein föderalistischer Salat bei der Prämienverbilligung. Eine kinderreiche Familie muss sich nun gut überlegen, ob sie von einem Kanton in einen andern ziehen will. Unter Umständen kann sie ein Umzug teuer zu stehen kommen, indem die Prämienverbilligung für die Krankenkasse ganz wegfallen kann (siehe Tabelle nächste Seite). Erhält im Kanton Freiburg eine Familie mit vier Kindern und einem steuerbaren Einkommen von 40 000 Franken drei Viertel der Grundversicherungs-Jahresprämie oder rund 5600 Franken rückvergütet, so geht die gleiche Familie im Kanton Bern wegen der tieferen Einkommensgrenze leer aus.

Bürgerfreundlich oder . . .

Nicht nur die Einkommensgrenzen, die für den Bezug der Prämienverbilligung massgebend sind, liegen weit auseinander, auch der Weg zu diesem finanziellen Zustupf ist sehr unterschiedlich. Der Kanton Bern hat zwar eine tiefe Einkommensgrenze für den Bezug, dafür ist

Je nach Kanton grosse Unterschiede

Beispiel: 6köpfige Familie (Mutter, Vater, vier schulpflichtige Kinder) mit Fr. 40 000.– steuerbarem Einkommen

Kanton	Einkommensgrenze (steuerbares Einkommen) für minimale Prämienverbilligung	Wieviel erhält die 6köpfige Familie?	Wie kommt sie zur Verbilligung?
Bern	Fr. 32 000.– (inkl. 5% des Vermögens)	–.–	automatisch
Aargau	Fr. 68 000.– (inkl. 20% des Vermögens)	Fr. 233.–/pro Monat	auf Antrag
Baselland	Fr. 90 000.–	Fr. 190.–/pro Monat	Anmeldeformular wird den Berechtigten zugestellt
Freiburg	Fr. 67 000.– (inkl. 6 % des Vermögens)	Fr. 354.–/pro Monat	auf Antrag
Solothurn	Fr. 54 000.–	Fr. 187.50/pro Monat	Anmeldeformular wird den Berechtigten zugestellt
Zürich	Fr. 19 000.–	–.–	automatisch

das Verfahren für die Bürgerinnen und Bürger problemlos. Ende Januar haben viele der 250 000 berechtigten Personen bereits einen Brief mit einer erfreulichen Botschaft erhalten: «Aufgrund Ihrer finanziellen Verhältnisse haben Sie und Ihre Familie Anspruch auf Prämienverbilligung. Diese beträgt für Sie und Ihre Familie im Monat Fr. 130 (Alleinerziehende mit zwei Kindern). Die Verbilligungen werden voraussichtlich im Mai, im September 1996 und im Januar 1997 für vier Monate zusammen ausgerichtet und Ihnen auf Ihr Bankkonto X. überwiesen.»

Auf Druck des Kantonsparlamentes wurde im Kanton Bern beschlossen, dass die Prämienverbilligungen von Amtes wegen festgestellt und ausbezahlt werden. Beim kantonalen Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht ist man darüber nicht unglücklich, denn die Erfahrung zeigt, dass viele wirklich Bedürftige abgeschreckt werden, wenn sie einen Antrag stellen müssen. Vor zwei Jahren, als die frühere kantonale Prämienver-

billigung noch beantragt werden musste, erhielten nur 48 000 Personen einen Zustupf, neu werden es fünfmal mehr sein.

... mit Schikanen gespickt

Am abschreckendsten für finanzschwache Bürgerinnen und Bürger ist das Verfahren in den Kantonen Aargau, Basel-Stadt und Luzern geregelt. Dort bleibt es vollständig der Initiative der Einzelnen überlassen, einen Prämienverbilligungsantrag zu stellen (siehe Tabelle¹ auf Seite 35).

Wie in den meisten andern Kantonen, in denen die Verbilligung nicht von Amtes wegen festgestellt und automatisch ausgerichtet wird, erhalten im Kanton Graubünden die Versicherten eine Mitteilung des Kantons, ob sie zu den Anspruchsberechtigten gehören. Hundertprozentig können sich die Sozialdienste nicht darauf verlassen, dass alle Berechtigten angeschrieben werden. Deshalb

¹ Die Tabelle wurde von der Krankenkasse Visana Ende 1995 erarbeitet; die vorliegende Fassung wurde von der Redaktion aktualisiert.

Individuelle Prämienverbilligung in den Kantonen (IVP)

Kt.	Anlaufstelle	Telefonnummer	Antragsfrist	Antrag durch	Antrag von Amtes wegen an Versicherten	Auszahlung an
AG	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	31.03.	Versicherten	nein	offen
AI	Fürsorgedepartement in Appenzell	071 87 94 51	keine	von Amtes wegen durch Kanton		Versicherten
AR	AHV-Zweigstelle der Gemeinde (in der man am 1.1. Wohnsitz hatte)	Gemeinde	30.06.	Versicherten	ja	Versicherten
BE	Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht	031 633 76 66	keine	von Amtes wegen durch Kanton		Versicherten
BL	Kantonale Ausgleichskasse Binningen	061 425 25 25	keine	von Amtes wegen	Formular ergänzt einreichen	Versicherten
BS	Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt	061 267 86 65	PV ab Geltendmachung	Versicherten	nein	
FR	Wohngemeinde	037 25 52 52 oder Gemeinde	PV ab Geltendmachung	Versicherten (EL-Bezüger automatisch)	Verfügung	keine Angabe
GE	Service de l'assurance-maladie	022 787 65 30	31.12.	von Amtes wegen	ja, Antrag ergänzt einreichen an KK	Krankenkasse
GL	Kant. Ausgleichsstelle Glarus	058 63 61 11	keine Angabe	von Amtes wegen	ja, ergänzt einreichen	keine Angabe
GR	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	31.03.	Versicherten	ja	Versicherten
JU	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	spätestens 31.12.1996	von Amtes wegen durch Kanton	ja, ergänzt an KK einreichen	keine Angabe
LU	AHV-Zweigstelle der Gemeinde (in der man am 1.1. Wohnsitz hatte)	Gemeinde	31.03.	Versicherten	nein	Versicherten
NE	Service de l'assurance-maladie	038 39 66 30		von Amtes wegen durch Kanton		Krankenkasse
NW	Gemeinde oder Kant. Ausgleichskasse in Stans	Gemeinde oder 041 61 37 61	offen	Versicherten	ja	Versicherten
OW	Ausgleichskasse der Gemeinde (in der man am 1.1. Wohnsitz hatte)	Gemeinde	31.05.	Versicherten	ja	Versicherten
SG	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	sofort	Versicherten	ja	offen
SH	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	30.09.	Versicherten	ja	Versicherten
SO	Gemeindekanzlei	Gemeinde	keine Angabe	Versicherten	ja	keine Angabe
SZ	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	30.04.	Versicherten	ja	keine Angabe
TG	Gemeinde	Gemeinde	1)	Versicherten	ja, ergänzt einreichen	Krankenkasse
TI	Istituto delle assicurazioni sociali	091 821 91 11	30.09.	Versicherten	ja	keine Angabe
UR	Gemeindekanzlei	Gemeinde	15.03.	Versicherten	ja	Versicherten
VD	Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie	021 348 29 11	keine	von Amtes wegen durch Kanton		Krankenkasse
VS	Kantonale Ausgleichskasse	027 24 91 11	30.09.	Versicherten	ja	offen
ZG	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	31.03.	Versicherten	ja	Krankenkasse
ZH	AHV-Zweigstelle der Gemeinde	Gemeinde	keine Angabe	von Amtes wegen		keine Angabe

1) Nach Erhalt der Bestätigung ist diese innerhalb von 60 Tagen an die Krankenkasse weiterzuleiten.

fordern sie alle Klientinnen und Klienten auf, fristgerecht einen Antrag einzureichen, auch wenn sie keine offizielle Aufforderung erhalten haben.

Dabei darf die Frist nicht verpasst werden. Wer den Antrag nicht bis am 31. März eingereicht hat, geht leer aus. Auch für die Zuzüger wird keine Ausnahme gemacht; wer erst im April oder später nach Graubünden zieht, hat das Nachsehen.

Selbst wenn die Bezugsberechtigung für einen Klienten im Kanton Graubünden feststeht, ist noch unklar, wie viel er schlussendlich erhalten wird. Bis die erste Zahlung im Herbst angewiesen wird, muss der Sozialdienst die Verbilligung bevorschussen bzw. die vollen Krankenkassenprämien in die Unterstützungs-budgets einbeziehen. Es sei für die Unterstützten nicht zumutbar, dass sie sich mit einem Fehlbetrag mehrere Monate durchschlagen müssten, sagt Ueli Zillner. Für die Sozialdienste ist dies mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden, denn es gilt, für jeden einzelnen Fall eine Abtretungserklärung zu erarbeiten, unterzeichnen zu lassen und schliesslich auch durchzusetzen.

Was wird angerechnet?

Eine Frage, mit der alle Befragten bereits konfrontiert wurden, ist, ob nun ins Unterstützungsbudget nur noch die Prämien für die Grundversicherung einzogen werden sollen. Im Prinzip ja, ist die einhellige Meinung der Fachleute. In der Stadt Biel wurden anfangs Jahr alle 4000 Dossiers der Personen mit Fürsor-

geleistungen oder Zuschüssen nach Dekret² im Blick auf den Krankenversicherungsschutz unter die Lupe genommen. Geprüft wurde einmal, ob überhaupt eine Krankenversicherung besteht. Wenn nicht, muss der oder die Betroffene bis Ende März bei einer Krankenkasse versichert werden. Gleichzeitig wurde kontrolliert, ob wirklich nur die Grundversicherung übernommen wurde. Zusatzversicherungen haben keinen Platz mehr. Diese restriktive Haltung wird von allen grösseren Städten im Kanton Bern angewandt.

Der Leistungskatalog der Grundversicherung habe eine spürbare Verbesserung erfahren und umfasse die Behandlung in einer allgemeinen Abteilung eines öffentlichen Spitals im Wohnkanton und Notfälle in der ganzen Schweiz, führt das Fürsorgeamt Bern zur Begründung an. Wie weit die Grundversicherung auch die allgemeine Abteilung von Privatspitalern abdecke, sei noch offen und müsse nötigenfalls auf dem Rechtsweg abgeklärt werden. Hansruedi Jegerlehner, Leiter des Fürsorgeamtes der Stadt Biel, sieht Ausnahmen von der Regel, dass nur die Grundversicherung übernommen wird, in einem engen Rahmen, als «sozialarbeiterisches Handeln». Die Zusatzversicherung wäre dann als eine sogenannte «weitere Hilfe» zu betrachten mit dem Ziel, die Ablösung von der Sozialhilfe zu beschleunigen.

Vorsicht ist schon nur deshalb am Platz, weil die Krankenkassen neu das Recht haben, die Zusatzversicherung zu kündigen, wenn sie leistungspflichtig werden. Es ist wahrscheinlich, dass nicht alle Krankenkassen dieses Kündigungs-

² Der EL ähnliche, nicht rückerstattungspflichtige Fürsorgeleistungen für nicht betreuungsbedürftige Personen, vorab Heimbewohner und Alleinerziehende.

recht gleich handhaben werden. Da lohnt es sich, die Kassen miteinander zu vergleichen. Eine Zusatzversicherung kann auch bei einer anderen Kasse abgeschlossen werden, als die Grundversicherung.

Paul Lalli, Vorsteher des Amtes für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz, meint ebenfalls, dass die Fürsorge nur die Grundversicherung übernehmen sollte. Für kleine Kantone wie Schwyz, die in der Spitalversorgung sehr weitgehend auf andere Kantone angewiesen sind, wird dies aber mit Mehrkosten verbunden sein. Im Grundsatz müssen die Kassen nur jenen Tarif bezahlen, der im Wohnkanton gilt. Handelt es sich jedoch um eine medizinisch indizierte Behandlung in einem ausserkantonalen Spital, so kommt Art. 41 Abs. 3 zum Zuge. Die Kasse hat 50% der kosten-deckenden Taxe zu übernehmen, die im Standortkanton des Spitals gilt. Die Differenz der Wohnkanton des Patienten.

Freizügigkeit in der Grundversicherung

In der Grundversicherung müssen alle Kassen die gleichen Leistungen erbringen; die Prämien können dennoch von einander abweichen. Die Versicherung kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf das Ende eines Kalendersemesters gewechselt werden (Art. 7 KVG), bei einer Prämienerhöhung innerhalb von einem Monat.

Die Kassen sind nun verpflichtet, alle Personen aus ihrem Tätigkeitsgebiet in die Grundversicherung aufzunehmen.

Ueli Zillner vom Sozialdienst Landquart kann sich im Einzelfall sehr wohl vorstellen, dass er auch eine Zusatzversi-

cherung mitsanzieren würde, wenn ein Klient bereits krank wäre und die Grundversicherung nicht alles abdecken würde. Auch eine Taggeldversicherung sieht er im Einzelfall als sinnvoll an. Zu den Taggeldversicherungen schreibt das Fürsorgeamt Bern: «Der Abschluss einer Taggeldversicherung dürfte in der Regel dann sinnvoll sein, wenn eine Erwerbstätigkeit besteht. Andernfalls muss damit gerechnet werden, dass die Krankenkasse die Ausrichtung des Taggeldes unter Hinweis auf das Überentschädigungsverbot ablehnt. Noch ungewiss ist, ob die Krankenkassen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung lediglich ein minimales Taggeld anbieten und für höhere Ansätze Zusatzversicherungen abgeschlossen werden müssten, für welche die Fürsorge jedoch eine Kostenübernahme ablehnen müsste.»

Wie ist dann vorzugehen, wenn ein Klient eine Zusatzversicherung bereits abgeschlossen hat, ohne dass aus Sicht der Fürsorge ein überzeugender Grund dafür vorliegt? Darf der Versicherte dann gezwungen werden, die Zusatzversicherung zu kündigen? Ausgehend von anderen Ausgabepositionen, die nach den SKÖF-Richtlinien nicht übernommen werden (etwa ein Auto, das nicht für den Arbeitsweg benötigt wird), können die Kosten für die Zusatzversicherung aus der Berechnung gestrichen werden, sobald eine Auflösung der Versicherung möglich wäre. Es wäre jedoch kaum verhältnismässig, eine Kündigung durchzusetzen, wenn die Klienten für die Weiterführung der Zusatzversicherung andere Einschränkungen in Kauf nehmen. Später könnte die Sozialhilfe durch einen besseren Versicherungsschutz entlastet werden (z. B. für teure Zahnstellungskorrekturen bei Kindern, die von der Grundversicherung nicht übernommen

werden). Unverhältnismässig wäre eine erzwungene Kündigung auch dann, wenn die Notlage wahrscheinlich nur von kurzer Dauer sein dürfte.

Und die Franchise?

Soll für Sozialhilfeklienten eine höhere Franchise gewählt werden, um damit Krankenkassenprämien zu sparen? Müssen unter die Franchise und Selbstbehalte fallende Arzt- und Medikamentenkosten übernommen werden? Viele Sozialdienste, auch das Fürsorgeamt der Stadt Zürich, meinen ja.

Können die Franchise-bedingten Kosten nach ZUG weiterverrechnet werden, obwohl neu Kosten für die Krankenkassenprämien wie andere Sozialversicherungsprämien nicht mehr weiterverrechnet werden können? Solche und viele andere Fragen tauchen in den Sozialdiensten und Fürsorgeämtern auf. Die präzisen Antworten dazu werden noch gesucht.

Im Fürsorgeamt der Stadt Zürich wird bedauert, dass die Krankenkassenprämien durch Änderung von Art. 3 Abs. 2 lit. b) ZUG anlässlich der Revision des KVG nicht mehr Fürsorgeleistungen darstellen und die Weiterverrechenbarkeit ausgeschlossen wird. Krankenkassenprämien gehören zu den normalen Lebenshaltungskosten, die nach Ansicht des Fürsorgeamtes keine Sonderbehandlung verdienen. Aus diesem Grund seien sie in der Novelle des ZUG vom Juni 1992 auch als weiterverrechenbare Fürsorgeleistungen anerkannt worden. Die jetzige Kehrtwendung sei nicht einsehbar und habe nun einen administrativen Mehraufwand zur Folge, weil die von den Sozialdiensten im Budget berücksichtigten Prämien für

die Weiterverrechnung wieder separat erfasst und abgezogen werden müssten.

Potente, aber säumige Prämienzahler

Von Interesse ist auch das Verhältnis von Art. 9 KVV zu den Regelungen in den kantonalen Sozialhilfegesetzen, wonach Kostengutsprachen von Spitälern bei fehlender Deckung durch eine Krankenkasse innert bestimmter Fristen eingereicht werden müssen (Kt. Zürich, § 21 SHV). Nach Art. 9 KVV haben Versicherer bei trotz Mahnung ausstehenden Prämien das Vollstreckungsverfahren einzuleiten und, wenn dieses mit einem Verlustschein endet, «die zuständige Sozialhilfebehörde zu benachrichtigen». Was macht die Sozialhilfebehörde mit dieser Meldung, wenn der säumige Prämienzahler sich nicht um seine Prämien kümmert, obwohl er eigentlich über genügend Einkommen verfügen würde? Notlage und Anspruch auf wirtschaftliche Hilfe müssten in diesem Fall ja verneint werden.

In der Praxis wird es darauf hinauslaufen, dass die Krankenkassen die Leistungen sperrt. Falls diese Person sich in Spitalpflege begibt und infolge Leistungssperre die Spital- oder Arztkosten vom Versicherer nicht gedeckt werden, kommt der Fall erneut zur Sozialhilfebehörde, via Kostengutsprachegesuch des Spitals oder des Arztes. Spätestens dann bleibt wohl nichts anderes übrig, als die Prämien nachzuzahlen, um die Aufhebung der Leistungssperre zu erwirken. Wie auch immer, es scheint bei der Fürsorge hängen zu bleiben. Gegen säumige PrämienzahlerInnen blieben wohl keine Sanktionsmittel, wird im Fürsorgeamt Zürich befürchtet.

Verlust der EL wegen Prämienverbilligung?

Betroffen vom neuen KVG und der unglücklichen Lösung der Prämienverbilligung sind ebenfalls die Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen. Damit EL-Beziehende nicht in eine Notlage geraten und kurzfristig unterstützt werden müssen, ist im Kanton Bern den EL-Bezügern die ganze Prämie für die Grundversicherung durch das Amt für Sozialversicherung bereits auf Anfang Februar ausgerichtet worden. In andern Kantonen müssen die Sozialdienste auch den EL-Bezügern die Prämien bevorschussen.

Bei der EL können die Krankenkassenprämien nicht mehr als anrechenbare Kosten aufgeführt werden. Das hat zur Folge, dass einzelne Berechtigte wegen eines zum Teil minimalen Betrages ihre EL-Berechtigung verlieren und damit unter Umständen eine wesentlich höhere Einbusse erleiden.

Auch Ueli Zillner vom Sozialdienst Landquart kennt ein solches Beispiel aus eigener Erfahrung. Um lächerliche 160 Fränkli pro Jahr liegt nun das Einkommen einer alten Frau über der EL-Grenze. «In ihrem Fall habe ich noch einen andern Posten in der Berechnung entdeckt, der es wahrscheinlich ermöglicht, ihr wieder zur EL zu verhelfen», glaubt Zillner.

Wenn das Einkommen nicht allzuweit über der EL-Grenze liegt, besteht aber doch noch die Möglichkeit, dass Betagte und Invaliden krankheitsbedingte Mehrkosten geltend machen können.³ Diese Möglichkeit ist jedoch bei den Sozialdiensten wenig bekannt, und schon gar nicht den Rentenbezügern. Eine Bevorschussung durch die Fürsorge wird dennoch auch in diesen Fällen oft nötig sein, denn die Krankheitskosten werden nur einmal jährlich durch die EL vergütet.

³ «Gemäss Art. 2 Abs. 1^{bis} ELG erhöht sich die massgebliche Einkommensgrenze für die Vergütung von Kosten, die durch Heimaufenthalt, Krankheit, Pflege oder Hilfsmittel entstehen, um einen Dritt. Die Kantone können die Einkommensgrenzen in den genannten Fällen bis zu einem weiteren Dritt erhöhen.» Carigiet, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV; Schulthess-Verlag, Zürich, 1995.

Wenn Klienten nicht bezahlen

In manchen Kantonen wird es vorkommen, dass die öffentliche Hand für Unterstützte doppelt bezahlt wird. Zuerst werden dem Klienten durch den Sozialdienst die Krankenkassenprämien beverzuschusst. Anschliessend erhält er den Prämienzuschuss direkt ausbezahlt, verwendet diesen aber für andere Zwecke als die Bezahlung der Krankenkassenprämie. Die Krankenkasse meldet die Rückstände beim Sozialdienst und kündigt die Einstellung der Leistungen an, wenn dieser die Ausstände nicht bezahlt. Den Gemeinden wird nicht viel anderes übrig bleiben als zu bezahlen.

Diese Sorgen sind die Fürsorgebehörden in den Kantonen Neuenburg, Thurgau, Waadt und Zug los, denn dort werden die Prämienverbilligungen direkt an die Krankenkassen entrichtet. Ebenfalls im Kanton Schwyz wird die Prämienverbilligung grundsätzlich den Versicherern ausbezahlt. Sobald jedoch eine versicherte Person Fürsorgeleistungen benötigt, kann die Fürsorgebehörde ein Gesuch um Prämienverbilligung einreichen. Der Kanton zahlt dann der Fürsorgebehörde die volle individuelle Prämie der Grundversicherung aus, womit die Gemeinden für Krankenkassenprämien keine Kosten mehr zu tragen haben.

Auch im Kanton Bern konnte gemeinsam mit den Krankenkassen ein Weg gefunden werden, den Fürsorgebehörden Ärger mit zweckentfremdeten Prämienverbilligungs-Beiträgen zu ersparen, obwohl eigentlich die Verbilligung direkt den Versicherten ausbezahlt wird. Die Sozialdienste und Fürsorgebehörden melden dem kantonalen Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht alle Bezüger von Fürsorgeleistungen und Zuschüssen. Für diese Personen bezahlt das kantonale

Amt die volle Prämie für die Grundversicherung den Krankenkassen direkt. Die Unterstützten können ihre Prämienrechnungen samt Einzahlungsschein dem Fürsorgeamt zur Weiterleitung abgeben.

Für 1997 wird angestrebt, dass die Verbilligungen in der ganzen Schweiz den Versicherten direkt auf der Prämienrechnung der Krankenkasse abgezogen wird. Nicht nur Sozialämter, auch die Krankenkassen haben stark unter den unübersichtlichen kantonalen Regelungen zu leiden. Die völlig unterschiedlichen Regelungen in den Kantonen führen für sie zu einem riesigen Mehraufwand. Indirekt tragen damit die Kantone zur Kostensteigerung in der Krankenversicherung bei.

Obligatorium

Früher kannte Biel als einzige Berner Gemeinde ein Krankenkassenobligatorium. Vor rund drei Jahren wurde das Obligatorium aufgehoben, und nun ist es auf eidgenössischer Ebene wieder eingeführt worden. Ist nun Hansruedi Jegerlehner froh darüber, dass niemand mehr durch die Maschen fallen wird? «Ich habe zu dieser Frage zwei Seelen in meiner Brust», meint er. Als Fürsorgeamtsvorsteher sei er glücklich darüber, dass seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern künftig der Ärger mit unbezahlten Spital- und Arztrechnungen erspart bleiben werde und für alle ein Versicherungsschutz besthe. Als Privatperson störe ihn am neuen KVG, dass viele Bürger aus dem Mittelstand Opfer bringen müssten, indem ihre Prämien stark ansteigen. Da sie nicht in den Genuss einer Verbilligung kämen, könnten sie sich auch eine Zusatzversicherung nicht mehr leisten.

Charlotte Alfirev-Bieri