SKOS CSIAS COSAS
Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
Conférence suisse des institutions d'action sociale
Conferenza svizzera delle instituzioni dell'azione sociale
Conferenza svizra da l'agid sozial

Medizinische Nothilfe / Finanzierungsfragen bei Touristinnen und Touristen und Durchreisenden

Monbijoustrasse 22, Postfach, CH-3000 Bern 14
T +41 (0)31 326 19 19, F +41 (0)31 326 19 10
admin@skos.ch, www.skos.ch

Inhalt

1. Ausgangslage 3
2. Grundlagen 3
2.1. Rechtsgrundlagen 3
2.2. Definition des medizinischen Notfalls 3
3. Empfehlung zum Umgang mit Kostengutsprachegesuchen medizinischer Leistungserbringer 3
3.1. Zeitpunkt der Fallanmeldung 3
3.2. Notwendige Angaben im Kostengutsprachegesuch: 3
3.3. Erteilung einer subsidiären Kostengutsprache 4
3.4. Geltendmachung der Forderung 4
3.5. Nachweis der Uneinbringlichkeit 5
3.6. Umfang der Kostenübernahme 5
4. Rettungseinsätze und Sanitätstransporte 5
4.1. Rettungseinsätze 5
4.2. Sanitätstransporte 6
5. Fallpauschalen bei Patientenverlegungen innerhalb der Schweiz 6

1. Ausgangslage

Wenn Touristinnen und Touristen in der Schweiz in eine medizinische Notlage gelangen, haben sie Anspruch auf Hilfeleistung. Da in diesen Fällen häufig unklar ist, ob eine genügende Versicherung besteht oder die Betroffenen die Kosten aus eigenen Mitteln berappen können, reichen die medizinischen Leistungserbringer in solchen Fällen - sofern keine anderen kantonalen Gesetzesgrundlagen bestehen - bei den Sozialhilfeorganen zwecks Sicherung der Finanzierung ein Gesuch um (subsidiäre) Kostengutsprache ein. Dies teilweise verbunden mit einem Unterstützungsantrag der betroffenen Person.

2. Grundlagen

2.1. Rechtsgrundlagen

Gemäss Art. 21 ZUG ist der Aufenthaltskanton unterstützungspflichtig, wenn eine ausländische Person, die sich in der Schweiz aufhält, hier aber keinen Wohnsitz hat, sofortiger Hilfe bedarf. Der Aufenthaltskanton sorgt sodann für die Rückkehr in ihren Wohn- oder Heimatstaat, sofern ein Arzt nicht von der Reise abrät. Der zuständige Aufenthaltskanton bestimmt sich nach Art. 11 ZUG. Der Anspruch der betroffenen Person beschränkt sich auf Hilfe im Notfall (siehe dazu auch Ziffer 3 des Papiers betreffend «Unterstützung ausländischer Personen aus Drittstaaten» sowie Ziffer 9 des Papiers betreffend «Sozialhilfe und Personenfreizügigkeitsabkommen (FZA)»).

2.2. Definition des medizinischen Notfalls

Ein medizinischer Notfall liegt dann vor, wenn sofort Hilfe geleistet werden muss, also mit der Behandlung nicht zugewartet werden kann, bis die Kostensicherung geklärt ist. Ob ein medizinischer Notfall vorliegt, entscheidet abschliessend ein Arzt oder eine Ärztin.

3. Empfehlung zum Umgang mit Kostengutsprachegesuchen medizinischer Leistungserbringer

3.1. Zeitpunkt der Fallanmeldung

Es ist wichtig, dass die medizinischen Leistungserbringer insbesondere bei stationären Notfallbehandlungen sehr rasch mit dem zuständigen Sozialhilfeorgan Kontakt aufnehmen. Dies weil nur so lange, als ein Notfall fortbesteht bzw. eine Rückreise aus medizinischer Sicht nicht möglich ist, Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe übernommen werden können und eine Rückführung der betroffenen Person immer so schnell wie möglich an die Hand genommen werden sollte. Die aus der Rückführung entstehenden Kosten können – soweit keine anderweitige Kostensicherung besteht – wie die notwendigen Behandlungskosten aus Mitteln der Sozialhilfe gedeckt werden.

3.2. Notwendige Angaben im Kostengutsprachegesuch:

- Vollständige Personalien der betroffenen Person
- Bezeichnung allfälliger leistungspflichtiger Dritter (z.B. Krankenkasse, Unfallversicherung, Reiseversicherung, Garantieerklärung)
- Angaben zur Behandlungsursache
- Bestätigung des Vorliegens eines Notfalls
- Effektiver Aufenthaltsort vor dem Unfall / der Erkrankung
- Zeitpunkt und Ort des Unfalls und der Erkrankung
- die einweisende Stelle
- voraussichtliche Dauer des Spitalaufenthalts

- Zeitpunkt der Transportfähigkeit (falls bereits absehbar) der betroffenen Person sowie die empfohlene Transportart.

Diese Angaben dienen der Zuständigkeitsprüfung und dienen als Entscheidungsgrundlage für den Umfang der Notfallhilfe.

3.3. Erteilung einer subsidiären Kostengutsprache

Subsidiäre Kostengutsprache wird erteilt, wenn zu erwarten ist, dass die Leistungen anderweitig, also durch die betroffene Person selber oder Dritte, gedeckt werden. In diesen Fällen verpflichtet sich das Gemeinwesen gegenüber dem Leistungserbringer nur unter der Bedingung, dass die betroffene Person oder der Dritte nicht leistet.

Bei medizinischen Leistungserbringern ist das Erteilen einer subsidiären Kostengutsprache gestützt auf das Sozialhilferecht angezeigt, wenn ein Notfall vorliegt und die Kostensicherung noch unklar ist. Wenn kein Notfall vorliegt, ist es zumutbar, dass sich der medizinische Leistungserbringer vorab um Kostensicherung bemüht. Hat eine Drittstelle die Kostenübernahme bereits zugesichert, besteht kein Raum mehr für die Erteilung einer subsidiären Kostengutsprache.

3.4. Geltendmachung der Forderung

Da bei einer subsidiären Kostengutsprache von einer anderen Kostendeckung ausgegangen wird, muss der Leistungserbringer die Uneinbringlichkeit seiner Forderung nachweisen. Er muss also darlegen, dass er alles Zumutbare unternommen hat, um seine Forderung anderweitig zu decken.

a) Deckung durch Kranken- Unfallversicherungen bei EU-/EFTA-Staatsangehörigen

EU/EFTA-Bürgerinnen und Bürgern verfügen in der Regel über einen Kranken- und Unfallversicherungsschutz. Deshalb muss der Leistungserbringer seine Abrechnungen in erster Linie bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE KVG; www.kvg.org) in Solothurn einreichen. Diese wickelt Leistungsfälle von EU-EFTA-Staatsangehörigen, die Zugang zum schweizerischen Gesundheitssystem benötigen (z.B. Touristen), ab. Die durch Spitäler, Ärzte etc. in Rechnung gestellten Behandlungskosten werden von der GE KVG vorfinanziert und bei den entsprechenden Staaten eingefordert. Liegt keine Europäische Versicherungskarte (EHIC/EVKV) vor, muss vom Spital ein Ablehnungsnachweis der GE KVG erbracht werden. In diesen Fällen müssen die Spitäler sich mit den entsprechenden Verbindungsstellen für Krankheit in den jeweiligen EU/EFTA-Ländern in Verbindung setzen, um allenfalls dort einen Nachweis darüber beizubringen, dass entweder kein Versicherungsschutz oder allenfalls ein Versicherungsschutz auf privater Basis besteht. Im letzten Fall muss der Leistungserbringer seine Forderung beim privaten Versicherer geltend machen, wobei er gegebenenfalls von der Patientin bzw. dem Patienten eine Abtretungserklärung unterzeichnen lassen muss. Es muss nachvollziehbar sein, weshalb der Versicherer die Leistungen abgelehnt hat bzw. dass die durchgeführte Behandlung tatsächlich nicht durch den privaten Versicherer gedeckt werden kann (zum Nachweis der Uneinbringlichkeit siehe unten Ziffer 3.5).

b) Reiseversicherung

Insbesondere Drittstaatenangehörige verfügen häufig über eine Reiseversicherung. Ist dies der Fall, muss der medizinische Leistungserbringer seine Forderung dort einreichen, wobei der medizinische Leistungserbringer gegebenenfalls von der Patientin bzw. dem Patienten eine Abtretungserklärung unterzeichnen lassen muss. Es muss nachvollziehbar sein, weshalb der Versicherer die Leistungen abgelehnt hat bzw. dass die durchgeführte Behandlung tatsächlich nicht durch die Reiseversicherung gedeckt werden kann (zum Nachweis der Uneinbringlichkeit siehe unten Ziffer 3.5).

c) Depotzahlungen

Es ist zumutbar, dass die medizinischen Leistungserbringer bei unklaren Kostendeckungssituationen Depotzahlungen verlangen. Sollte eine Depotzahlung fehlen, sollte eine ausführliche Begründung verlangt werden, ist doch davon auszugehen, dass Personen, welche als Touristen in die Schweiz kommen, auch über finanzielle Mittel verfügen (Bargeld, Kreditkarte, Travellerchecks). Depots (oder Sofortzahlungen) sind auch bei Vorliegen einer Reiseversicherung - insbesondere bei Personen aus Drittstaaten - zu verlangen (sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen). Dies weil erfahrungsgemäss in vielen Fällen die Reiseversicherung eine Kostenübernahme (z.B. wegen vorbestehender Krankheit) ablehnt.

d) Garantieerklärung

Existiert eine Garantieerklärung (bei Verwandtenbesuchen etc.) ist zu erwarten, dass zunächst der Garant zur Kasse gebeten wird. Dies bis zur Höhe der erteilten Garantie.

e) Ableben der betroffenen Person

Im Falle des Ablebens der betroffenen Person geht die Forderung auf die Erben über, sofern diese die Erbschaft nicht ausschlagen. In solchen Fällen muss der Leistungserbringer nachweisen, dass die Forderung nicht aus dem Nachlass gedeckt bzw. von den Erben nicht bezahlt werden konnte.

3.5. Nachweis der Uneinbringlichkeit

Das Vorliegen von Bedürftigkeit bei der betroffenen Person ist auch bei subsidiären Kostengutsprachen die Voraussetzung für die Kostentragung aus Mitteln der Sozialhilfe. Der Nachweis ist in der Regel erbracht, wenn

- der Leistungserbringer die betroffene Person erfolglos gemahnt und betrieben hat bzw. ein Verlustschein vorliegt
- sich die betroffene Person als unauffindbar erweist und deshalb die Geltendmachung der Forderung bei ihr selber nicht möglich ist
- der Nachweis erbracht ist, dass kein Dritter die Kosten übernimmt

Stehen Leistungen Dritter, insbesondere von Kranken- oder Unfallversicherungen, im Raum, muss zusätzlich der Nachweis erbracht werden, dass diese für die Kosten nicht aufkommen. Sollte keine oder lediglich eine sehr tiefe Depot- oder Sofortzahlung verlangt worden sein, muss der medizinische Leistungserbringer ebenfalls dafür eine Begründung abgeben (vgl. oben Ziffer 3.4).

3.6. Umfang der Kostenübernahme

Da es Sache des Leistungserbringers ist, die Uneinbringlichkeit der Forderung nachzuweisen, gehen sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit der Eintreibung derselben stehen, zu seinen Lasten. Es können also nur die im Zusammenhang mit der erbrachten Leistung angefallenen Kosten, für welche Kostengutsprache erteilt wurde, aus Mitteln der Sozialhilfe gedeckt werden. Betreibungs-, Mahn-, Inkassokosten etc. müssen abschliessend vom Leistungserbringer getragen werden.

4. Rettungseinsätze und Sanitätstransporte

4.1. Rettungseinsätze

Gestützt auf die «Richtlinien zur teilweisen Übernahme nicht einbringlicher Kosten von Rettungseinsätzen zu Lasten der öffentlichen Fürsorge (Sozialhilfe)» der Fürsorgedirektorenkonferenz (heutige SODK) von 1992 (nachfolgend Richtlinien) können Rettungsorganisationen ohne vorgängige Kos-

tengutsprache einen Teil ihrer uneinbringlichen Forderungen beim zuständigen Sozialhilfeorgan geltend machen. Die Richtlinien finden Anwendung auf alle Personen, die sich auf Grund des Wissensstandes im Zeitpunkt der Alarmierung der Rettungsorganisation in einer Gefahr für Leib und Leben befunden haben. Es können sich alle Rettungsorganisationen (und nicht nur die REGA) auf die Richtlinien berufen. Die Voraussetzungen für eine Geltendmachung der Forderung gegenüber den Sozialhilfeorganen sind:

- die Unaufschiebbarkeit der Hilfeleistung und das Vorliegen eines Notfalls
- die Verhältnismässigkeit der Rettungs- und Transportmittel
- die Uneinbringlichkeit der Rettungskosten
- das (stillschweigende) Einverständnis der betroffenen Person mit dem Einbezug der Sozialhilfe
- Gemeinnützigkeit der Rettungsorganisation

Die Rettungsorganisationen tragen 50% der uneinbringlichen Forderung sowie Rechnungsbeiträge von Fr. 1000 und weniger selbst.

4.2. Sanitätstransporte

Sanitätstransporte gehören genauso zu den medizinischen Leistungen wie die Behandlungskosten. Die dafür anfallenden Kosten können oben wie unter Ziffer 3 beschrieben als Hilfe im Notfall beim zuständigen Sozialhilfeorgan geltend gemacht werden. Es gelten die gleichen Voraussetzungen. Zu beachten ist, dass für Sanitätstransporte auch bei versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmen der Hilfe im Notfall Kosten anfallen können, da Leistungen der Santitätstransporteure häufig nicht vollumfänglich durch die Versicherer gedeckt werden.

5. Fallpauschalen bei Patientenverlegungen innerhalb der Schweiz

Gemäss Ziffer 3.4 der Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG (abrufbar unter www.swissdrg.org) rechnet bei einer Verlegung jedes involvierte Spital diejenige Fallpauschale ab, welche sich aus seiner Behandlung ergibt. Sowohl das verlegende wie auch das aufnehmende Spital müssen aber einen Abschlag gewärtigen. Damit soll erreicht werden, dass die Vergütungen für einen Patienten, der in mehreren Institutionen behandelt wird, die unter den Anwendungsbereich der SwissDRG-Abrechnungsregeln fallen, gesamthaft nicht höher ausfallen als die Vergütung für die Behandlung in einer einzigen Institution.

Kommission Rechtsfragen, 24. April 2014