

Abklärung im Auftrag der Ortgruppensitzungsteilnehmer vom 18. Januar 2012

Es ging um die Frage: Wer trägt die Behandlungskosten, falls die Krankenkassenprämien nicht bezahlt worden sind? Was hat sich seit 1.1.2012 diesbezüglich geändert?

Hier der betreffende Artikel 64 des KVG:

3a. Abschnitt:¹³⁸

Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 64a¹³⁹

¹ Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.

² Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.

³ Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

⁴ Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.¹⁴⁰

⁵ Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.

⁶ In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinse und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt hat. Artikel

⁷ Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

¹³⁷ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 24. März 2000, in Kraft seit 1. Jan. 2001 (AS 2000 2305; BBl 1999 793). Siehe auch die SchlB dieser Änd. am Ende dieses Textes.

¹³⁸ Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 18. März 2005 (Prämienverbilligung), in Kraft seit 1. Jan. 2006 (AS 2005 3587; BBl 2004 4327).

¹³⁹ Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 19. März 2010, in Kraft seit 1. Jan. 2012 (AS 2011 3523; BBl 2009 6617 6631).

¹⁴⁰ Siehe auch die UeB Änd. 19. 3. 2010 am Schluss dieses Textes.

Krankenversicherung

38

832.10

⁷ Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen.

⁸ Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens, der Datenbekanntgabe der Versicherer an die Kantone sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.

⁹ Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen.

Grundsätzliches

Der Bundesrat setzte 2011 die revidierten Bestimmungen für den Fall der Nichtbezahlung fälliger Prämien auf den 1. Januar 2012 in Kraft. Ausserdem hat er entsprechende Änderungen der Verordnung verabschiedet, die gleichzeitig in Kraft getreten sind.

Im Fall der Nichtbezahlung der Prämien wird ab 2012 der Grundsatz des Aufschubs der Leistungsübernahme aufgehoben. Im Gegenzug übernehmen die Kantone 85 Prozent der Forderungen, für die ein Verlustschein ausgestellt wurde. Mit dieser Revision werden in erster Linie Versicherte entlastet, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Prämien oder Kostenbeteiligungen zu begleichen. Ausserdem erleichtert sie den administrativen Aufwand für die Kantone. Schliesslich verbessert sich auch die Situation der Leistungserbringer, bei denen der Aufschub der Übernahme der Kosten für die Leistungen zu zahlreichen unbezahlten Rechnungen geführt hat.

aus: <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=39746>

Allerdings kann das kantonale Recht schwarze Listen mit Versicherten vorsehen, "welche trotz Betreibung ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen". Diese sollen nur Notfallbehandlungen erhalten.

aus:

http://www.schuldeninfo.ch/tl_files/documents/stichwoerter/krankenversicherung.pdf
(auf dieser Homepage sind die Schritte der Betreibung durch die Krankenkassen sehr detailliert aufgeführt.

ein weiterer nützlicher Link: <http://www.beobachter.ch/geld-sicherheit/krankenkasse/artikel/18982/>

Was gilt im Kanton Zug?

zu 7. Der Kanton Zug wird vom Bundesgesetzgeber im KVG festgelegten Recht Gebrauch machen und eine Liste mit den säumigen Zahlern von Prämien, Selbstbeteiligungen und Verzugszinsen führen.

Die Stadt Zug baut im Auftrag der Zuger Gemeinden eine zentrale Durchführungsstelle auf. Markus Jans, Leiter des Sozialamts Zug, hat diese Aufgabe übernommen. Die Durchführungsstelle tritt dann in Aktion, wenn das ganze Verfahren (Betreibung, Schuldschein etc.) in Gang gekommen ist.

Hat jemand seine Prämien nicht bezahlt und steht auf dieser Liste, so gilt zunächst ein Leistungsaufschub. Geht jemand dann trotzdem zum Arzt und reicht die Rechnung bei der KK ein, so wird diese die Kosten nicht eher übernehmen, bis die Schulden (Prämien, Selbstbehalt, Verzugszinsen) beglichen sind. Kommt es zu einer Notfallbehandlung, übernehmen die Versicherer jedoch die Kosten.

Falls ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht, so ist die gängige Praxis der Sozialämter, abzuwägen, welche Kosten geringer sind: Handelt es sich um die Kosten einer hausärztlichen Behandlung, so ist es wohl günstiger, diese zu übernehmen, als die ganzen Prämienausstände zu finanzieren. Handelt es sich jedoch beispielsweise um die langwierige Behandlung einer chronischen Erkrankung, so ist die Finanzierung der Aussenstände möglicherweise vorteilhafter. (Zusammenfassung des Telefonates mit Frau Gross, juristische Mitarbeiterin im Direktionssekretariat der Gesundheitsdirektion im Januar 2012)

Wer sich im Detail informieren will, dem sein der unten angehängte Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 3. Mai 2011 zur "Übernahme von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung, des Gesetzes betreffend individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung und des Steuergesetzes)" empfohlen.

Elvira Metzen
Februar 2012

**Übernahme von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung,
des Gesetzes betreffend individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversiche-
rung und des Steuergesetzes)**

Bericht und Antrag des Regierungsrates
vom 3. Mai 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen die Vorlage zur Übernahme von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Umsetzung von nArt. 64a KVG):

1. In Kürze

Neue Regelung für uneinbringliche Krankenkassenprämien

Eine neue Bundesregelung erlaubt es den Krankenversicherern, uneinbringliche Krankenkassenprämien künftig der öffentlichen Hand in Rechnung zu stellen. Die Neuerung tritt voraussichtlich 2012 in Kraft. Im Kanton Zug ist vorgesehen, dass die Gemeinden diese Kosten tragen. Bereits heute müssen sie nämlich im Rahmen der Sozialhilfegesetzgebung uneinbringliche Prämien und Kostenanteile übernehmen. Im Gegenzug erhalten die Gemeinden neu die Möglichkeit, einen Leistungsaufschub zu veranlassen, wenn eine Schuldnerin oder ein Schuldner die Zusammenarbeit bei der Lösung der finanziellen Probleme verweigert.

Neue Bundesregelung entlastet Krankenversicherer

Nach geltendem Recht tragen die Krankenversicherer die Verluste aus uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen selbst. Allerdings müssen sie ab dem Zeitpunkt der Betreibung keine Kosten für Behandlungen, Medikamente usw. mehr übernehmen, bis alle Schulden bezahlt sind (sog. Leistungsaufschub). Aufgrund einer Anpassung des Krankenversicherungsgesetzes ändert dies mit dem geplanten Inkrafttreten per Anfang 2012. Ab diesem Zeitpunkt werden 85 Prozent der uneinbringlichen Prämien und Kostenbeteiligungen vom Staat getragen. Dafür entfällt der automatische Leistungsaufschub durch die Krankenversicherer.

Kostenübernahme durch Gemeinden vorgesehen

Die neue Bundesregelung erfordert eine Änderung des kantonalen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG; BGS 842.1). Dabei sollen die Gemeinden für die Umsetzung zuständig sein und die Kosten tragen. Bereits heute besteht nämlich eine entsprechende Regelung bei ausgewiesener Bedürftigkeit im Rahmen der Sozialhilfegese-

setzung. Für die administrative Abwicklung bezeichnet der Regierungsrat im Einvernehmen mit den Gemeinden eine Durchführungsstelle.

Case Management soll Missbrauch verhindern

Von den säumigen Versicherten wird erwartet, dass sie aktiv bei der Lösung ihrer aktuellen finanziellen Probleme mitarbeiten und insbesondere auch künftige Ausstände vermeiden helfen. Um ein wirkungsvolles Case Management zu ermöglichen, erhalten die Gemeinden im Rahmen der Gesetzesänderung das notwendige Instrumentarium. Dazu gehört einerseits der Zugang zu den erforderlichen Steuer- und Prämienverbilligungsdaten. Andererseits bekommen die Gemeinden das Recht, bei mangelnder Kooperationsbereitschaft der Schuldnerinnen und Schuldner einen Leistungsaufschub zu verfügen. Dann schieben die Versicherer die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf, bis die ausstehenden Forderungen beglichen sind.

2. Ausgangslage

2.1 Bundesrechtliche Vorgaben

Die eidgenössischen Räte änderten am 19. März 2010 das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dahingehend, dass sie die Verluſtscheinübernahme für nicht bezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gesamtschweizerisch einheitlich regelten.

Unter der bisherigen Regelung mahnen und betreiben die Krankenversicherer versicherte Personen, die ihre Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlen. Sobald im Betreibungsverfahren das Fortsetzungsbegehren gestellt wird, schieben die Versicherer automatisch die Übernahme der Kosten für Leistungen auf, bis sämtliche Ausstände beglichen sind (Leistungsaufschub).

Unter dem geänderten Recht machen die Versicherer ihre Forderungen weiterhin auf dem Betreibungsweg geltend. Neu muss jedoch das Gemeinwesen 85 Prozent der Forderungen übernehmen, sobald aus der Betreibung ein Verluſtschein resultiert. Im Gegenzug verlieren die Krankenversicherer das Instrument des automatischen Leistungsaufschubs. Sie müssen die Kosten für bezogene Leistungen übernehmen, selbst wenn die Versicherten mit der Prämienzahlung im Rückstand sind. Die öffentliche Hand ihrerseits kann über Versicherte, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, einen Leistungsaufschub verhängen und eine entsprechende Liste führen. In diese Liste können die Leistungserbringer, die Gemeinde und der Kanton Einsicht nehmen. Die Kosten für Notfallbehandlungen müssen von den Krankenversicherern in jedem Fall übernommen werden.

Die Kantone müssen im kantonalen Recht einerseits die Zuständigkeiten bei der Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Regelung festlegen und andererseits die Meldepflichten der Versicherer und die Möglichkeit, einen Leistungsaufschub zu verfügen, regeln. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten (voraussichtlich per 1. Januar 2012).

2.2 Situation im Kanton Zug und finanzielle Auswirkungen der Neuregelung

Um die Auswirkungen der neuen Regelung auf den Kanton Zug abzuschätzen, analysierte die Gesundheitsdirektion die Situation im Rahmen einer Stichprobe (in Zusammenarbeit mit den Sozialämtern der Stadt Zug und der Einwohnergemeinde Baar sowie der Ausgleichskasse Zug und der kantonalen Steuerverwaltung – in Absprache mit dem Datenschutzbeauftragten). Die Untersuchung ergab, dass jährlich mit bis zu 2'000 Betreibungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechnen ist. Davon endet indessen nur ein kleiner Teil mit einem Verlustschein. Laut Stichprobe dürften ca. 200 Haushalte im Kanton Zug von Verlustscheinen aus der Krankenversicherung betroffen sein. Dabei handelt es sich um eine sehr grobe Schätzung, zumal die Meldedisziplin der Krankenkassen im heutigen System unsicher ist.

Ebenso lässt sich über die finanzielle Zusatzbelastung für das Gemeinwesen ab 2012 nur spekulieren. Immerhin gibt es Erfahrungswerte aus Kantonen, die Verlustscheine aus der Krankenversicherung gestützt auf Art. 105c Abs. 6 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) bereits heute übernehmen (Anmerkung: Der Kanton Zug hat von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht). So betragen in den Kantonen Zürich und St. Gallen die Kosten pro Kopf der Bevölkerung 17 bis 18 Franken, in den Kantonen Luzern und Schwyz knapp 10 Franken. Dabei darf davon ausgegangen werden, dass die Werte im kantonalen Vergleich für den Kanton Zug im unteren Bereich liegen. Dies, weil die Zuger Prämienverbilligung einerseits gut ausgebaut ist und andererseits direkt an die Krankenversicherer ausbezahlt wird. Somit ist zu erwarten, dass die Kosten für das Gemeinwesen die Millionengrenze nicht überschreiten werden.

3. Umsetzung im Kanton Zug

3.1 Finanzierung durch die Gemeinden

Bereits heute müssen die Einwohner- und Bürgergemeinden bei ausgewiesener Bedürftigkeit im Rahmen der Sozialhilfegesetzgebung uneinbringliche Prämien und Kostenanteile der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernehmen (§ 5 Abs. 2 EG KVG). Zwar ist die Übernahme von Forderungen nach nArt. 64a KVG nicht direkt an die Kriterien der Sozialhilfegesetzgebung gebunden, doch bildet die Betreibung bis zum Verlustschein ein gewichtiges Indiz, dass eine Person weitgehend mittellos und insofern bedürftig ist.

Es ist deshalb folgerichtig, dass die Gemeinden auch künftig die Kosten im Zusammenhang mit der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen tragen – zumal sie mit ihrem direkten Zugang zur Bevölkerung durch ein geeignetes Case Management Einfluss auf die säumigen Prämienzahlerinnen und -zahler nehmen und der Entstehung von weiteren Forderungen präventiv entgegenwirken können.

Das Bundesgesetz sieht vor, dass das Gemeinwesen 85 Prozent der Forderungen aus der obligatorischen Krankenversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinse und Betreibungskosten) zu übernehmen hat, wenn die Versicherer einen Verlustschein oder einen gleichwertigen Rechtstitel vorweisen (nArt. 64a Abs. 3 und 4 KVG).

Im Sinne einer Simulation wäre bei einem Schuldscheinvolumen von einer Million Franken (vgl. Ausführungen unter Ziff. 2.2) für die einzelnen Gemeinden mit folgenden Beträgen pro Jahr zu rechnen (umgelegt nach der Bevölkerungszahl 2010; gerundet):

	<u>Bürgergemeinde</u>	<u>Einwohnergemeinde</u>	<u>Total</u>
Stadt Zug	Fr. 38'000.--	Fr. 191'000.--	Fr. 229'000.--
Oberägeri	Fr. 14'000.--	Fr. 35'000.--	Fr. 49'000.--
Unterägeri	Fr. 12'000.--	Fr. 59'000.--	Fr. 71'000.--
Menzingen	Fr. 7'000.--	Fr. 32'000.--	Fr. 39'000.--
Baar	Fr. 29'000.--	Fr. 165'000.--	Fr. 194'000.--
Cham	Fr. 13'000.--	Fr. 118'000.--	Fr. 131'000.--
Hünenberg	Fr. 8'000.--	Fr. 68'000.--	Fr. 76'000.--
Steinhausen	Fr. 8'000.--	Fr. 73'000.--	Fr. 81'000.--
Risch	Fr. 8'000.--	Fr. 73'000.--	Fr. 81'000.--
Walchwil	Fr. 5'000.--	Fr. 27'000.--	Fr. 32'000.--
Neuheim	Fr. 2'000.--	Fr. 15'000.--	Fr. 17'000.--
Total	<u>Fr. 144'000.--</u>	<u>Fr. 856'000.--</u>	<u>Fr. 1'000'000.--</u>

3.2 Zentrale Durchführungsstelle

Neu schreibt Art. 64a Abs. 3 KVG den Kantonen vor, eine kantonale Behörde zu bezeichnen, die den Informationsfluss mit den Versicherern betreffend ausstehenden Forderungen sicherstellt und die Zahlungen an die Versicherer abwickelt. Zur Zahlstellenfunktion gehört auch die Entgegennahme der Rückzahlungen der Versicherer, sobald eine versicherte Person ihre Ausstände teilweise oder vollständig bezahlt hat. In diesem Fall erstattet der Versicherer die Hälfte der von der versicherten Person bezahlten Beträge zurück.

Der Regierungsrat bezeichnet im Einvernehmen mit den Gemeinden die zentrale Durchführungsstelle. Im Sinne der Einheit von Aufgabe, Verantwortung und Kompetenz und unter Berücksichtigung der fiskalischen Äquivalenz sind die Kosten der zentralen Durchführungsstelle von den Gemeinden zu tragen. Die Höhe der Kosten für die zentrale Durchführungsstelle lässt sich noch kaum abschätzen. Die Grössenordnung könnte im Bereich von 100'000 Franken pro Jahr liegen, wobei in einer ersten Phase aufgrund des Initialaufwands doppelt so hohe Werte nicht ausgeschlossen sind (höchst unsichere und unverbindliche Schätzung).

3.3 Leistungsaufschub

Grundsätzlich stehen Versicherungsleistungen nur denjenigen Personen zu, welche Versicherungsprämien bezahlen. Das geänderte Krankenversicherungsrecht weicht von diesem Automatismus ab, indem die Versicherer medizinische Leistungen neu auch bei Prämienausständen vergüten. Im Gegenzug stellen die Versicherer der öffentlichen Hand 85 Prozent der Verlustscheine aus ausstehenden Prämien und weiteren Forderungen in Rechnung (siehe Ziff. 2.1). Da es nicht sein kann bzw. darf, dass der Staat als Zahler ohne Weiteres in die Bresche springt, wird von den Versicherten erwartet, dass sie aktiv bei der Lösung der aktuellen finanziellen Probleme und insbesondere auch bei der Vermeidung künftiger Ausstände mitarbeiten.

Die Gemeinden werden deshalb ermächtigt, Versicherte, die von den Versicherern betrieben werden und nicht aktiv bei der Problemlösung mitwirken, in eine Liste eintragen zu lassen. Für diese Versicherten schiebt der Versicherer die Vergütung der Leistungen auf. In Fällen, wo die nötige Kooperationsbereitschaft fehlt, können die Gemeinden somit den Leistungsaufschub als zusätzliches Instrument einsetzen, um ein wirkungsvolles Case Management zu betreiben. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder. Da sie nicht zur Lösung der finanziellen Prob-

leme der verantwortlichen Eltern beitragen können, würde ein Leistungsaufschub die Falschen treffen. Im Übrigen wird die Einschätzung, ob im Einzelfall ein Leistungsaufschub die gewünschte Wirkung erzielen kann, dem Ermessen der Gemeinden überlassen. Da sie die Kosten im Zusammenhang mit der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen tragen, erscheint das nicht nur sachgerecht, sondern geradezu zwingend.

Für die Aktivierung des Leistungsaufschubs erlässt die Gemeinde eine anfechtbare Verfügung und meldet die betroffene Person der zentralen Durchführungsstelle. Diese führt eine Liste mit allen Personen, für die der Leistungsaufschub gilt. Laut Bundesgesetz können Leistungserbringer, die Gemeinde und der Kanton Einsicht in die Liste nehmen. Diese Bestimmung dient dem Gläubigerschutz und bewahrt die Leistungserbringer davor, aufschiebbare medizinische Leistungen zu erbringen, die von den Versicherern nicht vergütet werden.

Die Versicherer schieben für die Versicherten auf der Liste die Übernahme der Kosten für Leistungen – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – auf. Listenplatzierung und Leistungsaufschub sind somit von Bundesrechts wegen eng miteinander verknüpft (Art. 64a Abs. 7 KVG). Das Recht, jemanden auf die Liste zu setzen, liegt bei den staatlichen Behörden (Art. 64a Abs. 7 erster Satz KVG), das heisst im Kanton Zug bei den Gemeinden. Entsprechend sind die Gemeinden gehalten, den Listeneintrag zu löschen, wenn die Voraussetzungen für die Listenplatzierung nicht mehr gegeben sind. Der Eintrag auf der Liste wird folglich wieder gelöscht, wenn

- a) der Versicherte die nötige Kooperationsbereitschaft zeigt und damit die Voraussetzung nach § 5f Abs. 1 wegfällt oder
- b) der Versicherer meldet, dass die ausstehenden Forderungen beglichen wurden (Art. 64a Abs. 7 KVG).

Da das Hoheitsrecht über die Liste bei den Gemeinden liegt und die Listenplatzierung Bedingung für den Leistungsaufschub bildet, sind die Versicherer verpflichtet, den Leistungsaufschub aufzuheben, wenn eine versicherte Person von der Liste gestrichen wird.

4. Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

4.1 Allgemeines

Am 28. Februar 2011 eröffnete die Gesundheitsdirektion das Vernehmlassungsverfahren. Die interessierten Kreise konnten bis zum 1. April 2011 ihre Stellungnahmen einreichen. Angesprochen wurden die im Kantonsrat vertretenen Parteien, die Einwohner- und Bürgergemeinden sowie santésuisse und der Datenschutzbeauftragte. Sie wurden gebeten, ihre Meinung zu den zentralen Themen anhand eines Fragekatalogs abzugeben.

Insgesamt gingen 23 Stellungnahmen ein. Die Vorlage stiess sowohl bei den Einwohner- als auch bei den Bürgergemeinden auf grosses Interesse. Mit Ausnahme von Neuheim gaben alle Einwohnergemeinden eine Stellungnahme ab; von den Bürgergemeinden äusserten sich ausser Oberägeri und Steinhausen ebenfalls alle. Von den politischen Parteien liessen sich die CVP, die FDP, GLP und die SVP vernehmen; nicht geäussert haben sich die ALG und die SP.

Die politischen Parteien stimmen der Vorlage im Wesentlichen zu. Die Einwohnergemeinden lehnen sie einhellig ab, weil sie mit dem Finanzierungsmodus nicht einverstanden sind. Die Bürgergemeinden stimmen der Übernahme der Forderungen der Krankenversicherer durch die Gemeinden zu, lehnen jedoch die Finanzierung der Durchführungsstelle durch die Gemeinden

ab. Unbestritten blieb die Schaffung einer Liste, auf der Versicherte, die nicht mit den Behörden zur Schuldensanierung zusammenarbeiten, erfasst werden können und für die ein Leistungsaufschub veranlasst wird. Einzelne Vernehmlassungsteilnehmende warfen Fragen im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung und schon bestehenden Ausständen auf.

Der kantonale Datenschutzbeauftragte gab Empfehlungen dazu ab, welche Rahmenbedingungen zur Datenweitergabe im Gesetz festgelegt werden sollten. Santésuisse äusserte sich kritisch zur Möglichkeit der Gemeinden, den Leistungsaufschub wieder aufheben zu lassen.

4.2 Zu einzelnen Themen

4.2.1 Die Gemeinden zeigten sich erstaunt, dass eine gesetzliche Regelung in Kraft gesetzt werden soll, die dem Ergebnis einer Umfrage aus dem Jahr 2007 widerspreche. Zu jener Zeit hatte die Gesundheitsdirektion die Gemeinden angefragt, ob sie aufgrund einer damals neuen KVG-Regelung bereit wären, im Rahmen einer speziellen Vereinbarung die Kosten für uneinbringliche Krankenkassenprämien zu übernehmen, damit die Krankenversicherer im Gegenzug auf den Leistungsaufschub verzichteten. Die Gemeinden lehnten das ab. Da im damaligen Zeitpunkt die Übernahme von Verlustscheinen im Bundesrecht lediglich als "Kann-Bestimmung" formuliert war, verfolgte die Gesundheitsdirektion die Angelegenheit in Übereinstimmung mit dem Umfrageergebnis nicht weiter. Der Wille der Gemeinden wurde also vollumfänglich respektiert. Inzwischen schreibt das Bundesrecht hingegen zwingend vor, dass die Verlustscheine übernommen werden müssen, weshalb der Kanton jetzt zum Handeln verpflichtet ist.

4.2.2 Verschiedentlich wurde in der Vernehmlassung die Frage nach der Übernahme von Verlustscheinen aufgeworfen, die vor der Gesetzesänderung ausgestellt wurden. Diese Frage, regelt das Bundesrecht. Es bleibt den Gemeinwesen überlassen, ob sie die ausstehenden Forderungen übernehmen. Eine Pflicht zur Übernahme besteht folglich nur für 85 Prozent derjenigen Forderungen der Krankenversicherer, die nach dem Inkrafttreten der neuen Regelung fällig werden. Sogenannte "Altlasten" müssen nicht übernommen werden.

4.2.3 Die Gemeinden bezweifeln, ob der Leistungsaufschub einen genügenden Anreiz für die Schuldnerinnen und Schuldner darstellt, damit sie sich um eine Lösung ihrer finanziellen Probleme kümmern. Nach den Erfahrungen der Sozialbehörden bemühten sich Versicherte erst um eine Lösung, wenn ein dringendes gesundheitliches Problem anstehe.

Der Nutzen eines Leistungsaufschubs wird tatsächlich unterschiedlich beurteilt. Deshalb steht es den Gemeinden frei zu entscheiden, bei welchen Personen ein Leistungsaufschub die angestrebte Wirkung zeigen könnte.

4.2.4 Santésuisse stellt sich auf den Standpunkt, ein einmal verhängter Leistungsaufschub bleibe bestehen, bis die ausstehenden Forderungen bezahlt seien. Sie bestreitet damit das Recht der zuständigen Behörde, über die Aufhebung der Listenplatzierung und somit auch über die Aufhebung des Leistungsaufschubs zu befinden.

Diese Auffassung ist nicht haltbar. Die Gemeinde ordnet die Aufnahme in die Liste in Form einer anfechtbaren Verfügung rechtsgestaltend an. Damit werden gemäss Bundesrecht die Versicherer in erzwingbarer Weise verpflichtet, die Kostenübernahme von Leistungen aufzuschie-

ben. Sobald eine Versicherte oder ein Versicherter aktiv mit der zuständigen Behörde zusammenarbeitet, fällt nach kantonalem Recht die Voraussetzung für die Verhängung des Leistungsaufschubs weg. Mit dem Wegfall der Voraussetzung ist die formell rechtskräftige Verfügung in Revision bzw. Wiedererwägung zu ziehen. Dieser allgemeingültige Grundsatz gilt auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts in besonderer Masse (vgl. Art. 53 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]; SR 830.10). Denkbar ist auch, dass es sich nachträglich herausstellt, dass die oder der Versicherte zu Unrecht auf die Liste gesetzt wurde. Auch in solchen Fällen muss der Leistungsaufschub durch Widerruf der Verfügung aufgehoben werden können. Das Hoheitsrecht über die Liste – und damit automatisch über den Leistungsaufschub – liegt deshalb bei den Gemeinden.

4.3 Berücksichtigte Anliegen

4.3.1 Die Gemeinden kritisierten, dass sie die zentrale Durchführungsstelle finanzieren müssen, ohne diese jedoch selbst bezeichnen oder über die Organisation der Durchführung sowie den Finanzierungsschlüssel bestimmen zu können.

Der Regierungsrat nahm diese Kritik auf. Im Sinne der Einheit von Aufgabe, Verantwortung und Kompetenz und unter Berücksichtigung der fiskalischen Äquivalenz wird den Gemeinden grösstmögliche Freiheit bei der Durchführung zugestanden:

- Der Regierungsrat bezeichnet die Durchführungsstelle im Einvernehmen mit den Gemeinden (§ 5e Abs. 1). Damit wird offen gelassen, ob – wie in den meisten Kantonen – die Ausgleichskasse diese Funktion übernehmen wird.
- Es wird den Gemeinden überlassen, wie sie die Kosten der Durchführungsstelle untereinander verteilen wollen (§ 5g Abs. 2).
- Bei der Bezeichnung der Revisionsstelle bezieht der Regierungsrat die Gemeinden ebenfalls ein (§ 5e Abs. 3).
- Es steht den Gemeinden nicht nur frei, ob sie die Aufnahme in die Liste verfügen wollen, sondern auch zu welchem Zeitpunkt (§ 5f Abs. 1). Damit kann die Gemeinde den Leistungsaufschub schon nach Ansetzen der Betreibung veranlassen, falls sie dies als sinnvoll erachtet. Folgerichtig werden die Versicherer verpflichtet, der Durchführungsstelle die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt zu geben (§ 5e Abs. 4).

4.3.2 Bei der Prävention künftiger Ausstände spielt die Prämienverbilligung eine wichtige Rolle. In der Regel machen die betroffenen Personen ihren Anspruch selbst geltend. Wie im Rahmen der Vernehmlassung vorgeschlagen, wird den Gemeinden neu die Kompetenz gegeben, stellvertretend den Antrag auf Prämienverbilligung einzureichen. Voraussetzung ist allerdings, dass die versicherte Person mangels Kooperation auf die Liste gesetzt wurde. Für den stellvertretenden Antrag durch die Gemeinden gelten ansonsten die gleichen Regeln wie bei einem direkten Antrag durch die Berechtigten.

4.3.3 Es wurde weiter kritisiert, dass sich das Gesetz nicht dazu äussere, welche Gemeinde bei einem Wohnsitzwechsel die Forderungen der Krankenversicherer übernehmen muss. Neu wird nun festgehalten, dass diejenige Gemeinde zuständig ist, in welcher der Verlustschein ausgestellt wurde (§ 5g Abs. 1). Auf nationaler Ebene wird eine analoge Lösung für den Wohnsitzwechsel über die Kantonsgrenzen hinweg vorgeschlagen.

4.3.4 Der Datenschutzbeauftragte gab Empfehlungen ab, welche Rahmenbedingungen auf Stufe Gesetz geregelt werden sollten. Diese wurden teilweise in die Vorlage aufgenommen. Neu wird festgehalten, dass die Leistungserbringer nur im Einzelfall, nämlich im Hinblick auf eine konkrete Leistung, Auskunft erhalten, ob eine versicherte Person auf der Liste vermerkt ist (§ 5f Abs. 2). Zudem sind nur diejenigen Leistungserbringer abfrageberechtigt, die eine KVG-Zulassung haben. Damit wird dem Anliegen des Datenschutzbeauftragten Rechnung getragen, dass der Kreis der Auskunftsberechtigten im Gesetz eingegrenzt wird.

4.4 Nicht berücksichtigte Anliegen

4.4.1 Die Gemeinden schlugen vor, die Kosten der Verlustscheinübernahme über das System der Prämienverbilligung zu finanzieren und verwiesen auf entsprechende Regelungen in anderen Kantonen. Eine solche Lösung wurde vom Regierungsrat nicht vorgeschlagen, weil sie weder sachgerecht ist noch finanzielle Vorteile bringt. Die Regelungen der anderen Kantone stammen nämlich meist aus einer Zeit, in welcher der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung vom Eigenbeitrag des Kantons abhängig war. Damit bestand insbesondere für finanzschwache Kantone ein Anreiz, auch die – eigentlich sachfremden – Kosten für die Verlustscheinübernahme via die Prämienverbilligung abzurechnen, um mit einem höheren Eigenbeitrag höhere Bundesbeiträge zu erzielen. Nachdem 2008 fixe Bundesbeiträge eingeführt wurden, resultiert jedoch kein finanzieller Vorteil mehr, da die Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung automatisch zu 100 Prozent ausgeschöpft werden. Es besteht somit kein Anlass, heute eine entsprechende Regelung einzuführen, zumal die Ausgabentransparenz durch die Vermischung der Verlustscheinübernahme mit der Prämienverbilligung beeinträchtigt würde. Schliesslich ist festzuhalten, dass die Prämienverbilligung nicht – wie in einzelnen Vernehmlassungsantworten angenommen – aus einem Fonds alimentiert wird, der von Jahr zu Jahr übertragen werden kann, sondern aus der laufenden Rechnung des Kantons.

4.4.2 Ebenso lehnt der Regierungsrat die rückwirkende Geltendmachung von Prämienverbilligungsbeiträgen im Zusammenhang mit der Schuldscheinübernahme ab, da damit eine neue und administrativ aufwendige Prämienverbilligungskategorie ohne konkreten Nutzen geschaffen würde (vgl. Ziff. 4.4.1).

4.4.3 Die Gemeinden schlugen weiter vor, für die Anfechtung der Verfügungen der Gemeinden betreffend Aufnahme in die Liste den ordentlichen Rechtsweg (Verwaltungsbeschwerde an den Regierungsrat) nach § 39 des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen (Verwaltungsrechtspflegegesetz; BGS 162.1) vom 1. April 1976 vorzusehen. Dabei gingen sie von der irrtümlichen Annahme aus, die im Entwurf vorgeschlagene Bestimmung basiere auf Art. 52 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1). Sie kritisierten, die Anwendung des ATSG sei nicht sachgerecht. Gründe, die gegen ein einfaches und rasches Verfahren sprechen würden, führten die Gemeinden keine an.

Der vom Regierungsrat vorgeschlagene Rechtsweg basiert auf § 34 Verwaltungsrechtspflegegesetz (Einsprache). Der Regierungsrat hält daran fest, dass sich bei den Verfügungen betreffend Aufnahme in die Liste ein einfaches und rasches Verfahren aufdrängt, das die rasche Korrektur von allfälligen Fehlern sicherstellen kann. Diese Regelung hat sich schon bei der Prämienverbilligung bewährt und wird auch vom Verwaltungsgericht befürwortet.

4.4.4 Der Datenschutzbeauftragte gab verschiedene Empfehlungen ab. So sei der Zweck der Datenbekanntgabe und der Kreis der einsichtsberechtigten Stellen im Kanton und den Gemeinden abschliessend aufzuführen. Ebenso solle festgehalten werden, dass Personendaten nur aufgrund eines (kurzen) begründeten schriftlichen Gesuchs bekannt gegeben werden dürfen. Ausserdem sei ausdrücklich zu bestimmen, dass die Durchführungsstelle die Liste der Versicherten mit einem Leistungsaufschub stets aktuell zu halten habe. Einträge auf der Liste seien definitiv zu löschen, wenn der Grund des Eintrags weggefallen sei und nicht dem Staatsarchiv anzubieten.

Der Regierungsrat folgte diesen Empfehlungen nur teilweise.

- Den Kreis der Einsichtsberechtigten in die Liste bestimmt schon das Bundesrecht: Die Liste muss nach nArt. 64a Abs. 7 KVG den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich gemacht werden.
- Der Zweck der Bekanntgabe der Daten ergibt sich ebenso aus dem Krankenversicherungsrecht: Die Leistungserbringer sollen keine Leistungen erbringen müssen, die ihnen von den Krankenversicherern nicht vergütet werden (Gläubigerschutz). Die Tatsache der Betreuung wird an die Gemeinden gemeldet, damit sie die Entstehung von weiteren Ausständen vermeiden helfen können. So kann die Sozialbehörde abklären, ob und wie zahlungsunfähige Personen unterstützt werden sollen oder ob allenfalls ein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht.
- Es lässt sich nicht rechtfertigen, das Archivgesetz (BGS 152.4) ausser Kraft zu setzen, da es sich nicht um hochsensible Daten handelt.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass – ausser die Leistungserbringer – alle involvierten Stellen als Organe im Sinne des Datenschutzgesetzes (BGS 157.1) an die kantonalen Datenschutzvorschriften gebunden sind. Eine Wiederholung der Grundsätze erübrigt sich.

Der Regierungsrat wird das Nähere zur Liste, insbesondere die Modalitäten des Zugriffsrechts der Leistungserbringer und die Verpflichtung der Durchführungsstelle, die Liste aktuell zu halten, regeln. Der Datenaustausch zwischen der Durchführungsstelle und den Versicherern regelt der Bundesrat.

5. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

5.1 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

§ 5 Abs. 1 und 2 Gemeinden

Abs. 1 zweiter Satz wird aufgehoben, da die Meldepflicht der Versicherer in dieser Form hinfällig wird.

Abs. 2 ist selbsterklärend.

§ 5e (neu) Organisation

Abs. 1 ist selbsterklärend.

Abs. 2 überträgt der Durchführungsstelle die Abwicklung aller administrativen Arbeiten, die sich aus der Umsetzung der Bundesregelung ergeben. Der Bundesrat wird die Einzelheiten der Da-

tenbekanntgabe der Versicherer an die Durchführungsstelle sowie die Zahlungsabwicklung in der KVV regeln. Das Eidgenössische Departement des Innern wird die technischen und organisatorischen Vorgaben für den Datenaustausch erlassen.

Abs. 3 ermächtigt den Regierungsrat, im Einvernehmen mit den Gemeinden die vom Bundesgesetzgeber vorgesehene Revisionsstelle zu bezeichnen, welche die Forderungen der Versicherer gegenüber den Gemeinden auf ihre Richtigkeit überprüft. Die detaillierten Aufgaben der Revisionsstelle wird der Bundesrat in der KVV festlegen.

Die Finanzierung der Revisionsstelle wird im Bundesgesetz nicht ausdrücklich geregelt und soll vom Bundesrat in der KVV festgelegt werden. Der diesbezügliche Entwurf vom 9. März 2011 sieht einen Kompromiss vor: Die Kosten für die Tätigkeiten der Revisionsstelle sollen nur dann zu Lasten des Gemeinwesens gehen, wenn dieses eine andere Revisionsstelle bezeichnet als die externe Revisionsstelle des Versicherers nach Art. 86 KVV, welche die ordentliche jährliche Revision durchführt.

Abs. 4 verpflichtet die Versicherer, der Durchführungsstelle die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt zu geben. Einzelne Gemeinden können verlangen, dass die Durchführungsstelle die Daten, welche ihre Einwohnerinnen und Einwohner betreffen, jeweils an sie weiterleitet. Mit dieser Regelung können die Gemeinden vorzeitig eingreifen.

§ 5f (neu) Leistungsaufschub

Abs. 1 ermächtigt die Gemeinden, Versicherte bei mangelnder Kooperationsbereitschaft (vgl. vorne unter Ziffer 3.3, S. 4) in die Liste der Durchführungsstelle einzutragen. Gemäss Bundesrecht schieben die Versicherer bei diesen Personen nach Meldung durch die Durchführungsstelle automatisch die Kostenübernahme von Leistungen auf (Leistungsaufschub). Die Gemeinden bestimmen die Aufnahme in die Liste in Form einer anfechtbaren Verfügung.

Abs. 2 schränkt die Einsichtsmöglichkeit der Leistungserbringer in die Liste ein. Die Anfrage, ob aktuell ein Leistungsaufschub besteht, muss im Hinblick auf eine geplante Behandlung oder Untersuchung einer bestimmten Patientin oder eines bestimmten Patienten erfolgen. Die Durchführungsstelle beantwortet die Anfrage innert angemessener Frist mit Ja oder Nein.

Abs. 3 beauftragt den Regierungsrat, die Einzelheiten zu regeln. Ein besonderes Augenmerk hat er dabei auf den Datenschutz bei der Einsicht in die Liste durch Dritte (insbesondere die Leistungserbringer) zu legen. Den Datenaustausch zwischen der Durchführungsstelle und den Versicherern regelt der Bundesrat (nArt. 64a Abs. 8).

§ 5g (neu) Finanzierung

Abs. 1 ist selbsterklärend.

Abs. 2 ist selbsterklärend.

§ 5h (neu) Rechtsmittel

Die Aufnahme in die Liste nach § 5b Abs. 1 erfolgt in Form einer anfechtbaren Verfügung. Die Verfügung legt die Listenplatzierung mit dem daraus fliessenden Leistungsaufschub für alle Beteiligten definitiv und in erzwingbarer (vollstreckbarer) Weise fest (Art. 64a Abs. 7 KVG). Um ein einfaches Verfahren und eine rasche Korrektur von allfälligen Fehlern sicherzustellen, wird

ein Einspracheverfahren vorgesehen (Abs. 1). Der Einspracheentscheid kann direkt an das Verwaltungsgericht weitergezogen werden (Abs. 2). Dieser Rechtsweg entspricht der Regelung bei der Prämienverbilligung, wo sie sich bewährt hat.

5.2 Gesetz betreffend individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung

§ 9 Abs. 4 (neu) Auskunfts- und Schweigepflicht

Diese Regelung verpflichtet die Durchführungsstelle der individuellen Prämienverbilligung, den Organen, die für die Übernahme von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach nArt. 64a KVG zuständig sind (namentlich den zuständigen Gemeindebehörden) Auskunft über die Ausrichtung einer Prämienverbilligung zu Gunsten einer säumigen Person zu geben. Personen, die ihren Anspruch auf Prämienverbilligung nicht geltend gemacht haben, können somit angehalten werden, ihren Antrag künftig rechtzeitig einzureichen.

§ 11 Abs. 1^{bis} (neu) Gesuchstellung und Fristen

Diese Bestimmung zielt auf diejenigen Personen mit uneinbringlichen Forderungen aus der Krankenversicherung ab, die einen Anspruch auf Prämienverbilligung hätten, diesen aber nicht geltend machen. Hier ist die Gefahr gross, dass auch in Zukunft hohe Ausstände entstehen, welche später von den Gemeinden übernommen werden müssten. Im Sinne der Prävention wird deshalb den Gemeinden ermöglicht, stellvertretend für die betreffenden Personen ein Gesuch um Prämienverbilligung einzureichen. Das weitere Verfahren der Prämienverbilligung wird dadurch nicht tangiert, das heisst, die Fristen und Abläufe richten sich nach § 11 ff. IPVG, und der Anspruch verbleibt bei der berechtigten Person.

Zuständig ist die Einwohner- bzw. Bürgergemeinde, in der die anspruchsberechtigte Person zum Zeitpunkt der Gesuchsstellung Wohnsitz hat, da es um die Verhinderung bzw. Reduktion künftiger Forderungen geht. Diese würden mit grosser Wahrscheinlichkeit die heutige Wohnsitzgemeinde treffen.

Die Stellvertretung ist nur bei Personen möglich, die auf der Liste nach § 5f Abs. 1 EG KVG verzeichnet sind, das heisst bei Personen, die nicht aktiv mit den zuständigen Behörden zusammenarbeiten. In allen anderen Fällen – wenn also eine Kooperation besteht – kann davon ausgegangen werden, dass die anspruchsberechtigten Personen ihren Antrag auf Prämienverbilligung selbst stellen.

5.3 Steuergesetz

§ 108 Abs. 4 Bst. g (neu) Geheimhaltungspflicht

Die kantonalen und gemeindlichen Steuerbehörden werden ermächtigt, den Organen, die für die Übernahme von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach nArt. 64a KVG zuständig sind (namentlich den zuständigen Gemeindebehörden), schriftliche Auskünfte zur Einkommens- und Vermögenssituation zu erteilen. Die Auskunftspflicht der Steuerbehörden erleichtert es den zuständigen Stellen, zahlungsunwillige von zahlungsunfähigen Versicherten zu unterscheiden. Die Anfrage hat schriftlich zu erfolgen.

Da es sich bei der Kostenübernahme um eine Gemeindeaufgabe handelt, sind entsprechende Anfragen in erster Linie von den gemeindlichen Steuerämtern zu beantworten, die elektronischen Zugriff auf die wichtigsten Steuerdaten ihrer Einwohnerinnen und Einwohner haben. Nur wenn weitergehende Informationen für die Beurteilung der Bedürftigkeit notwendig sind, wird die kantonale Steuerverwaltung diese im Einzelfall aus den Original-Steuerakten heraussuchen müssen.

6. Finanzielle Auswirkungen auf den Staatshaushalt

Die hier geänderten Erlasse haben keine Auswirkungen auf den Staatshaushalt des Kantons. Die Kosten aus den Verlustscheinen tragen die Gemeinden, ebenso die Kosten für die Durchführungsstelle. Eine grobe Schätzung – gestützt auf die Erfahrungen in anderen Kantonen – ergibt ein Schuldscheinvolumen von ca. einer Million Franken. Bei den Prämienverbilligungen, welche die Gemeinden stellvertretend für die anspruchsberechtigten Personen beantragen können, handelt es sich um reguläre Prämienverbilligungsbeiträge. Sie sind somit in der Finanzplanung und im jeweiligen Jahresbudget bereits enthalten.

7. Antrag

Gestützt auf diesen Bericht stellen wir folgenden Antrag:

Auf die Vorlage Nr. 2047.2 - 13764 sei einzutreten und es sei ihr zuzustimmen.

Zug, 3. Mai 2011

Mit vorzüglicher Hochachtung
Regierungsrat des Kantons Zug

Der Landammann: Matthias Michel

Der Landschreiber: Tino Jorio