

VERNEHMLASSUNGSBERICHT

DER REGIERUNG

BETREFFEND

DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN

ZUR ALTERS-, HINTERLASSENEN- UND INVALIDENVERSICHERUNG

(ELG) SOWIE DES GESETZES ÜBER DIE ALTERS- UND

HINTERLASSENENVERSICHERUNG (AHVG)

Ressort Soziales

Vernehmlassungsfrist: 7. September 2012

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	5
Zuständiges Ressort	5
Betroffene Institutionen	5
1. Ausgangslage	7
2. Notwendigkeit der Vorlage.....	8
2.1 Allgemeines	8
2.2 Ergänzungsleistungen	8
2.3 Besondere medizinische Massnahmen.....	9
2.4 Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung	9
2.5 Betreuungsgutschriften.....	10
3. Schwerpunkte der Vorlage	10
3.1 Allgemeines	10
3.2 Ergänzungsleistungen	10
3.2.1 Hintergrund und Zweck	10
3.2.2 Grundprinzipien der Ergänzungsleistungen.....	12
3.2.3 Methode der Bedarfsprüfung	13
3.2.4 EL als Dauerleistung, EL-Krankheitskosten und behinderungsbedingte Mehrkosten	16
3.2.5 Vorschlag zur Gesetzesanpassung	17
3.3 Anpassung der Ergänzungsleistungen.....	23
3.3.1 Aktuelle Situation.....	23
3.3.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung	24
3.4 Hilfenentschädigung	24
3.5 Besondere medizinische Massnahmen.....	25
3.5.1 Entstehungsgeschichte und Hintergrund	25
3.5.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung	29
3.6 Betreuungs- und Pflegegeld	32
3.6.1 Aktuelle Situation.....	32
3.6.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung	33
3.7 Rhythmus der Aufwandvergütung.....	34
3.7.1 Bisherige Praxis	34
3.7.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung	35
3.8 Betreuungsgutschriften.....	35

3.8.1	Aktuelle Situation.....	35
3.8.2	Vorschlag zur Gesetzesanpassung	36
4.	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	36
4.1	Änderungen betreffend das Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)	36
4.2	Änderungen betreffend das Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG).....	39
4.3	Übergangsrecht	39
4.4	Inkrafttreten	40
5.	Regierungsvorlagen	43

ZUSAMMENFASSUNG

Anlass für die vorliegenden Gesetzesvorschläge ist das Bestreben, das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) in Teilbereichen zu modernisieren, d.h. einzelne veraltete Regelungen aufzuheben und für andere Bereiche eine zeitgemässe Neuregelung zu treffen. Es handelt sich dabei um verschiedene Bestimmungen in den Bereichen Krankheit, Pflege und Betreuung. Bei dieser Gelegenheit ist auch eine Lockerung bei den damit im Zusammenhang stehenden Betreuungsgutschriften nach dem Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) angezeigt.

ZUSTÄNDIGES RESSORT

Ressort Soziales

BETROFFENE INSTITUTIONEN

AHV-IV-FAK-Anstalten

Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege

Informations- und Beratungsstelle Alter

Vaduz, 03. Juli 2012

RA 2012/1257-6313

P

1. AUSGANGSLAGE

Das Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) wurde im Jahre 1965 erlassen und ist seit 1. Januar 1966 in Kraft. Dieses Gesetz beinhaltet neben Bestimmungen zu den Ergänzungsleistungen auch Bestimmungen zu anderen Leistungen, so zur Hilfloosenentschädigung, zu den besonderen medizinischen Massnahmen und zum Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung.

Die im ELG enthaltenen Leistungen sind unterschiedlich aufgebaut und finanziert. Zum Teil sind im ELG enthaltene Leistungen an den Wohnsitz gebunden, in besonderen Konstellationen (zwischenstaatliches Recht) sind diese auch exportierbar, gewisse Leistungen sind einkommens- und vermögensabhängig und bei anderen besteht ein Anspruch unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen des Bezügers. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt teilweise ausschliesslich durch das Land und teilweise durch Land und Gemeinden zusammen. Nachstehend findet sich ein Überblick über die Leistungen und deren – zum Teil – unterschiedlichen Grundausrichtungen:

Leistungen	Wohnsitz	Wirtschaftliche Bedarfsprüfung	Finanzierung
Ergänzungsleistungen	wohnsitzgebunden	ja	Land und Gemeinden
Hilflosenentschädigung	exportierbar	nein	Land
Bes. med. Massnahmen	exportierbar	nein	Land
Betreuungs- und Pflege- geld	wohnsitzgebunden	nein	Land und Gemeinden

2. NOTWENDIGKEIT DER VORLAGE

2.1 Allgemeines

Das ELG ist ein komplexes Regelwerk. Dies ergibt sich einerseits aufgrund seiner Systematik und andererseits aufgrund der inhaltlich schwierigen Leistungen. Die eigentlichen Grundprinzipien und die Methode der Ergänzungsleistungen sind im geschriebenen Recht nur schwer erkennbar. Zudem weist das ELG zum Teil auch Regelungen auf, die von der heutigen Wirklichkeit entfernt sind. Durch die Einführung weiterer Leistungen ins ELG hat dieses Gesetz mehrere Änderungen erfahren, die in redaktioneller Hinsicht die Lesbarkeit stark erschweren. Diese Auffassung vertreten neben der Regierung auch die das ELG hauptsächlich vollziehenden AHV-IV-FAK-Anstalten.

Eine Modernisierung von Teilbereichen des ELG drängt sich daher aufgrund der geschilderten Umstände auf.

2.2 Ergänzungsleistungen

Folgende Bereiche werden zur Abänderung vorgeschlagen:

- Aufteilung verschiedener, bisher zusammengefasster Ausgabenposten auf mehrere einzelne Bestimmungen zur besseren Lesbarkeit des Gesetzes (Art. 1 Abs. 2 ELG sowie Art. 2 Abs. 4 lit. d, e, i, j, k und l ELG);

- Ermöglichung der Anrechnung von Zahnbehandlungskosten ausserhalb des Grenzwertes der höchstmöglichen Ergänzungsleistungen (Art. 1 Abs. 3^{bis} ELG und Art. 2 Abs. 4 lit. I ELG),
- Senkung der Ausgabenpauschale „Krankenkassenbeiträge“ bei der EL-Berechnung von CHF 2'400.- auf CHF 1'200.- jährlich (Art. 2 Abs. 4 lit. d ELG);
- Einführung einer Pauschale für Krankheitskosten bei der EL-Berechnung anstatt der bisherigen Berücksichtigung von Einzelkosten (Art. 2 Abs. 4 lit. i ELG);
- Entkoppelung der Teuerungsanpassung bei den Ergänzungsleistungen von der Teuerungsanpassung bei den Renten (Art. 2^{bis} Abs. 1 ELG);
- gesetzliche Regelung des Rhythmus der Vergütung des Aufwandes an die Durchführungsstelle AHV (Art. 8 Abs. 3 ELG).

2.3 Besondere medizinische Massnahmen

Es wird eine Verlagerung der medizinischen Massnahmen für Erwachsene (Katarakt-Operationen) von der Invaliditätsvorsorge (im ELG geregelt) in den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 3^{ter} ELG) vorgeschlagen. Die medizinische Behandlung ausgewählter Geburtsgebrechen soll hingegen bei der Invaliditätsvorsorge, bzw. im ELG, verbleiben (Art. 3^{quater} ELG).

2.4 Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung

Diesbezüglich soll es eine Abänderung in Bezug auf die Verlängerung der „Wartezeit“ beim Pflegegeld von bisher 1 Monat auf 3 Monate (Art. 3^{octies} Abs. 3 ELG und Art. 3^{undecies} ELG) geben.

2.5 Betreuungsgutschriften

Die vorgeschlagene Abänderung betrifft die Lockerung der Anspruchsvoraussetzungen für die Anrechnung von Betreuungsgutschriften bei der Pflege und Betreuung von Angehörigen, indem die Betreuung neu auch dann anerkannt wird, wenn die betreuenden Personen und der betreuende Angehörige weiter entfernt, nämlich bis 30 km entfernt, wohnen (Art. 63^{septies} Abs. 1 lit. a und Abs. 6 lit. c AHVG).

3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE

3.1 Allgemeines

Die Ergänzungsleistungen sind im Unterschied zu vielen anderen Leistungsarten (Altersrente, Hinterlassenenrente, Invalidenrente, Familienzulagen) vergleichsweise wenig bekannt. Sie haben ausserdem auch nicht den „typischen“ Charakter einer Leistung der Sozialversicherung und sind in ihrer Ausgestaltung verhältnismässig komplex. Vor diesem Hintergrund kann vorliegend betreffend Ergänzungsleistungen (im Unterschied eben zu den anderen, bekannteren Leistungen) nicht auf ein paar grundsätzliche Ausführungen verzichtet werden. Diese sollen dem besseren Verständnis und der Klarheit dienen.

3.2 Ergänzungsleistungen

3.2.1 Hintergrund und Zweck

Der Zweck der Ergänzungsleistungen besteht darin, bedürftigen Betagten, Hinterlassenen und Invaliden einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen zu gewährleisten, die zusammen mit den Renten der Alters- und Hinterlassenenversiche-

rung bzw. der Invalidenversicherung sowie allfälligen weiteren Einnahmen ein ausreichendes Mindesteinkommen sichern.

Die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge beruht in Liechtenstein auf dem sog. Drei-Säulen-Konzept. Der soziale Schutz der Versicherten wird durch das Zusammenwirken der staatlichen Vorsorge (1. Säule: AHV und IV), der betrieblichen Vorsorgesysteme (2. Säule: „Pensionskasse“) und der freiwilligen Selbstvorsorge (3. Säule: überobligatorische betriebliche Vorsorge, Privatversicherung, Sparen, Bausparen etc.) angestrebt.

Die 1. Säule (eine allgemeine Volksversicherung) fungiert als Basisversicherung und soll das Existenzminimum sichern.

Die 2. Säule (betriebliche Vorsorgeeinrichtung) ergänzt die 1. Säule für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und strebt die Erhaltung eines angemessenen Lebensstandards an.

Die 3. Säule ermöglicht auf freiwilliger Basis eine individuelle zusätzliche Vorsorge.

Im Zusammenhang mit diesem Drei-Säulen-Prinzip hat die schweizerische AHV-Kommission schon anno 1963 die Schaffung zusätzlicher Bedarfsrenten neben den Renten der AHV und IV vorgeschlagen. Nachdem das liechtensteinische Recht der sozialen Sicherheit weitgehend von der Schweiz rezipiert wurde (was insbesondere für den Bereich der sog. 1. Säule gilt), hat Liechtenstein insgesamt auch das Drei-Säulen-Konzept der Schweiz übernommen. Der Grundsatz des Drei-Säulen-Konzepts ist zwar in Liechtenstein nicht ausdrücklich in der Verfassung verankert (im Unterschied zur Schweiz); dennoch haben faktisch auch in Liechtenstein die AHV/IV-Renten einschliesslich der Ergänzungsleistungen eine der schweizerischen Existenzminimumgarantie vergleichbare Funktion. Zusammenfassend wurde also seinerzeit auch in Liechtenstein das Drei-Säulen-Konzept

einschliesslich der Idee der Bedarfsrenten von der Schweiz übernommen. Zu diesem Zweck war zunächst bei den Vorarbeiten für das Sozialhilfegesetz von 1965 ein eigener Abschnitt über die „Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge“ vorgesehen, um mit dieser „Sonderfürsorge“ die Rentnerinnen und Rentner von der normalen Bedürftigenfürsorge auszunehmen. Die Regierung entschied sich aber letztlich, den Ergänzungsleistungen den „Fürsorgecharakter“ zu nehmen und ein eigenes Ergänzungsleistungsgesetz zu schaffen, wie dies auch in der Schweiz vorgesehen war. So wurde mit Wirkung auf 1. Januar 1966 das liechtensteinische ELG eingeführt.

3.2.2 Grundprinzipien der Ergänzungsleistungen

Ergänzungsleistungen sind grundsätzlich keine eigenständige Leistungsart. Sie hängen prinzipiell von einer Leistung ab, zu der sie akzessorisch hinzutreten. Typischerweise ist an den Fall zu denken, in dem eine Altersrente ausgerichtet wird, zu welcher zusätzlich Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden.

Ergänzungsleistungen können also grundsätzlich nur dann ausgerichtet werden, wenn Anspruch auf eine andere Leistung besteht. Ausnahmsweise können jedoch Ergänzungsleistungen auch eigenständige Leistungen darstellen und ersatzweise anstelle der Hauptleistung ausgerichtet werden. Hier ist an den Fall zu denken, in dem die betreffende Person das Rentenalter erreicht hat, aber keinen Rentenanspruch hat, weil die Mindestbeitragsdauer nicht erfüllt ist (Art. 1^{bis} lit. c ELG).

Als Hauptleistung, zu der die Ergänzungsleistung zusätzlich geleistet wird, kommen grundsätzlich nur bestimmte Leistungen der Sozialversicherung in Frage (bspw. Renten der AHV oder IV, nicht jedoch bspw. Taggelder der Arbeitslosenversicherung). Als Hauptleistung kommt jedoch auch eine Leistung in Frage, die nicht zur Sozialversicherung (im engeren Sinne), sondern zum übergeordneten

Begriff der sozialen Sicherheit (im weiteren Sinne) gehört (bspw. Hilflosenentschädigungen).

Es handelt sich bei den Ergänzungsleistungen nicht um typische Leistungen der „Sozialversicherung“ und eben auch nicht um eine reine „Fürsorgeleistung“. Die Ergänzungsleistungen gehören aber zum weiter gefassten Oberbegriff der „sozialen Sicherheit“; es handelt sich gewissermassen um eine „Leistung gemischter Art“. Für die Ergänzungsleistungen gelten die folgenden Grundprinzipien:

- Bedarfsorientierung (einkommens- und vermögensabhängige Leistungen),
- Wohnsitz (Wohnsitz als Anspruchsvoraussetzung im Gegensatz zum Leistungsexport bei Leistungen der typischen Sozialversicherung),
- Steuerfinanzierung (im Gegensatz zur Finanzierung aus Versicherungsbeiträgen bei der typischen Sozialversicherung).

3.2.3 Methode der Bedarfsprüfung

Bei der Ermittlung des Anspruchs auf Ergänzungsleistung wird die wirtschaftliche Bedürftigkeit der betreffenden Person geprüft. Dabei werden die gesetzlich anrechenbaren Einnahmen den gesetzlich anerkannten Ausgaben gegenübergestellt:

Ausgaben (-)

Einnahmen (+)

Ausgabenüberschuss (-) = Betrag der Ergänzungsleistung

Sind die Ausgaben grösser (Ausgabenüberschuss), so besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen und zwar im Ausmass der Differenz bis zur gesetzlichen Höchstgrenze.

Sind hingegen die Einnahmen grösser (Einnahmenüberschuss), so besteht kein Anspruch auf Ergänzungsleistungen.

Gemäss gesetzlicher Vorschrift werden die „Einkommensgrenzen“ (in Art. 1 Abs. 1 ELG) dem „anrechenbaren Einkommen“ nach Art. 2 ELG gegenübergestellt (dieses setzt sich aus Einkommensposten und davon vorzunehmende Abzügen zusammen). Die Differenz zwischen der „Einkommensgrenze“ und dem „anrechenbaren Einkommen“ entspricht der Ergänzungsleistung (Art. 3 Abs. 1 ELG). Faktisch läuft dies eben auf einen „Ausgaben-/Einnahmen-Vergleich“ hinaus, bei dem die „Einkommensgrenze“ als „Ausgabenpauschale für den allgemeinen Lebensunterhalt“ (Essen usw.) in die Berechnung eingesetzt werden kann.

Für Heimbewohner gibt es eine andere Berechnung (Art. 3 Abs. 2 ELG): hier braucht es keine „Ausgabenpauschale für den allgemeinen Lebensunterhalt“, sondern es werden die Ausgaben (Tagestaxe, persönliche Auslagen, weitere Ausgaben) den Einkommensteilen gegenübergestellt.

Die Berechnungsmethode der Einkommens- und Ausgabensituation nach ELG beruht zum Teil auf tatsächlichen Verhältnissen (wie hoch sind die effektiven Mietausgaben, wie hoch sind effektiven Renten, usw.) und zum Teil auf vorgegebenen Pauschalen (Pauschalbetrag für allgemeine Lebenshaltungskosten, Pauschalbetrag für Krankenversicherungsprämien, usw.).

Im Weiteren beruht die Berechnungsmethode zum Teil auf der aktuellen Situation (z.B. laufende Renten als Einnahmen, laufende Mietzinsen als Ausgaben) und zum Teil auf den jeweils jüngsten, aber in der Vergangenheit liegenden, Werten (bspw. in Bezug auf anrechenbare Vermögen und Schulden), wobei diesbezüglich in der Regel die Werte der letzten rechtskräftigen Steuervorschreibung verwendet werden.

Ausserdem wird die Ergänzungsleistung als Jahresbetrag (auf 1 Jahr hochgerechnet) ermittelt, wobei allerdings das Weihnachtsgeld der Liechtensteinischen AHV und IV nicht zum Einkommen gerechnet wird (nur die 12 Monatsrenten werden berücksichtigt). Eine typische Ergänzungsleistungsberechnung könnte in einem einfachen Beispiel wie folgt aussehen (alleinstehende Person, über 60 Jahre alt, in Miete wohnhaft):

Anerkannte Ausgaben

Lebensbedarf (Pauschale)	19'956.-	
Netto-Mietzins ⁽¹⁾	11'200.-	
Wohnnebenkosten (Pauschale)	1'600.-	
Krankassenprämie (Pauschale)	2'400.-	35'156.-

Anrechenbare Einnahmen

AHV-Rente (ohne Weihnachtsgeld)	18'000.-	
Pensionskasse	12'000.-	
Vermögensverzehr ⁽²⁾	2'000.-	
Vermögensertrag ⁽³⁾	225.-	32'225.-

Ausgabenüberschuss

2'931.- 2'931.-

Monatsbetrag der EL

245.-

(Aufrundung auf CHF 1.-)

⁽¹⁾ Echkosten mit Obergrenze (d.h. Mietzinsen werden bei Alleinstehenden nur bis zum Höchstbetrag von CHF 11'200.- pro Jahr berücksichtigt)

⁽²⁾ $\frac{1}{15}$ des über CHF 30'000.- liegenden Vermögens (bei einem Vermögen gemäss letzter Steuervorschreibung von CHF 60'000.- also CHF 2'000.-)

⁽³⁾ angenommen mit 0.375 % des Bankguthabens von CHF 60'000.- das sind CHF 225.-

Es handelt sich, wie gesagt, um ein einfaches Beispiel einer Berechnung. Bei zusammenlebenden Ehe- und Konkubinatspaaren erfolgt eine gemeinsame Berechnung. Dabei werden die Einkünfte des Partners mitberücksichtigt, auch wenn dieser selbst keinen Anspruch auf eine Rente oder Ergänzungsleistungen hat. Wenn Kinder im Haushalt leben, wird dies ebenfalls in die Berechnung mitbezogen. Allerdings erfolgt dann eine Vergleichsrechnung mit und ohne Ein-

bezug der Kinder. Das bessere Ergebnis wird als Ergänzungsleistung ausgerichtet. Vielfach sind die Ergänzungsleistungen ohne Einbezug der Kinder höher, weil für diese allfällige Kinderrenten und Familienzulagen als Einnahmen angerechnet werden und die anerkannten Ausgaben für die Kinder übersteigen. Auch bei zusammenlebenden Hinterlassenen (Verwitwete mit Waisen, zusammenlebende Waisen) erfolgt eine gemeinsame Berechnung. Bei der Berechnung wird unterschieden zwischen Personen, die zu Hause leben, und Personen, die in einem Heim wohnen.

Die Ergänzungsleistungen werden auch regelmässig an geänderte Verhältnisse angepasst. Zum Teil erfolgt dies von Amtes wegen (z.B. bei Rentenänderungen oder bei wesentlichen Änderungen des Zinsniveaus) in regelmässigen Abständen. Zum Teil erfolgt dies auf Meldung der Rentnerin oder des Rentners (z.B. bei Änderungen im Wohnungsmietzins).

3.2.4 EL als Dauerleistung, EL-Krankheitskosten und behinderungsbedingte Mehrkosten

Auch die Ergänzungsleistungen selbst müssen in verschiedene Teil-Leistungen unterteilt werden:

- EL als Dauerleistung (monatlich ausgerichtet),
- EL als zusätzliche Vergütung von einmalig anfallenden Sonderaufwänden.

Mit der monatlichen EL als Dauerleistung sollen die laufenden Ausgaben gedeckt werden können (allgemeiner Lebensunterhalt).

Bei der 2. Kategorie handelt es sich im Wesentlichen um „Krankheitskosten“, d.h. vor allem um Selbstbehalte bei Arztrechnungen/ Arzneimitteln/ Krankenpflegekosten, Zahnarztrechnungen, Kosten für Hilfsmittel (wie bspw. Hörgeräte) oder Behandlungsgeräte/Pflegegeräte, Kosten einer lebensnotwendigen Diät, vorü-

bergehende Aufenthalte in Kurstätten oder Pflegeheimen (im Unterschied zu dauernden Aufenthalten in einem Betreuungsheim). Nicht vergütet werden Kosten, die durch eine Versicherung (Krankenkasse, Unfall-, Haftpflicht- oder Invaliditätsversicherung usw.) oder durch anderweitige Leistungen gedeckt sind; verbleibende Selbstbehalte und Franchisen für die obligatorische Krankenversicherung können jedoch berücksichtigt werden. Ebenfalls zu den Krankheitskosten zählen die Auslagen für Hauskrankenpflege (wenn trotz des Bezugs von Pflegegeld und Hilfenlosenentschädigung noch ein Defizit verbleibt). Wenn jemand unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen (häufig eben einmaligen unregelmässig bzw. einmalig anfallenden) Ausgabenposten die auf ein Jahr hochgerechnete EL-Höchstgrenze (je nach Konstellation unterschiedlich hoch) nicht überschreitet, können die Kosten einer einfachen und zweckmässigen Versorgung übernommen werden. Wenn damit jedoch die Höchstgrenze überschritten wird, so können die Kosten nur im Rahmen der noch verfügbaren Quote erstattet werden.

Ebenfalls in Frage kommen behinderungsbedingte Mehrkosten (bis zu einem Maximum von CHF 4'000.- jährlich) für die Hilfe einer Drittperson im Haushalt, Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort und die Zusatzkosten für die Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung.

3.2.5 Vorschlag zur Gesetzesanpassung

3.2.5.1 Bessere Lesbarkeit

In Art. 1 Abs. 2 des geltenden Rechts werden für verschiedene „Krankheitskosten“ die „Einkommensgrenzen“ erhöht bzw. faktisch höhere Ergänzungsleistungen ermöglicht, um eben bei Krankheitskosten deren Vergütung zu ermöglichen, ohne den allgemeinen Lebensunterhalt zu gefährden. Die Bestimmung übernimmt Begriffe aus Art. 2 Abs. 4. Allerdings werden die Begriffe in Art. 1 Abs. 2

und in Art. 2 Abs. 4 uneinheitlich verwendet. In Art. 1 Abs. 2 werden „Heimaufenthalt, Krankheit, Hauspflege oder Hilfsmittel“ aufgezählt, in Art. 2 Abs. 4 lit. e ELG sind es „Heimaufenthalt, Arzt, Zahnarzt, Arznei- und Hilfsmittel sowie Behandlungspflege und häusliche Betreuung“. Hier ist es sinnvoll, dieselben Bezeichnungen zu verwenden und durch Verweise auf die entsprechenden Bestimmungen Missverständnisse auszuschliessen. Ausserdem werden in Art. 2 Abs. 4 lit. e ELG, der besonders schlecht lesbar ist, die einzelnen unterschiedlichen Kostenarten auf verschiedene Bestimmungen aufgeteilt (Art. 2 Abs. 4 lit. e, lit. i, lit. j, lit. k und lit. l).

3.2.5.2 Zahnbehandlungskosten

In Art. 1 Abs. 3 ELG ist der absolute jährliche Höchstbetrag für Ergänzungsleistungen geregelt. Diese Limite soll grundsätzlich unverändert beibehalten werden, wobei aber in einem neu zu schaffenden Abs. 3^{bis} eine Ausnahme für die zahnärztlichen Behandlungskosten eingeführt werden soll.

Diese Ausnahme gilt nicht nur für die in Abs. 3 geregelte absolut höchste Ergänzungsleistung, sondern auch für das in Abs. 2 normierte Kostendach. Die bisherige Regelung mit dem Kostendach ist für Ergänzungsleistungsbezüger mit hohen Zahnarztkosten sehr nachteilig. An einem Beispiel demonstriert: nach geltendem Recht erhält eine Einzelperson, bei der die (um $\frac{2}{3}$ erhöhte) gesetzliche Höchstgrenze bei CHF 33'264.- liegt, wenn sie bei geringer Altersrente und Heimaufenthaltskosten bspw. bereits eine Ergänzungsleistung von CHF 30'000.- bezieht und nun eine Zahnarztrechnung von bspw. CHF 10'000.- anfällt, nur CHF 3'264.- (offene Quote) als über EL-Krankheitskosten vergütet. Den Restbetrag müsste sie über Sozialhilfe beziehen oder auf die Zahnbehandlung verzichten. Dies ist bei den Zahnbehandlungskosten weitaus gravierender als bei den übrigen Krankheitskosten, weil bei den übrigen Krankheitskosten im Unterschied zu den Zahn-

behandlungen davon ausgegangen werden kann, dass im Rahmen des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) alle Einwohner Liechtensteins eine für sie erschwingliche Leistung erhalten, während die Krankenversicherung für Zahnbehandlungskosten ja nur in sehr eingeschränktem Ausmass aufkommt. Eine Person hingegen, die nur geringere Ergänzungsleistungen bezieht (bspw. CHF 15'000.-) und insofern also wirtschaftlich nicht so schwach ist wie im obigem Beispiel geschildert, würde die gesamten Zahnbehandlungskosten via EL vergütet erhalten. Diese Ungerechtigkeit wird durch die Einführung von Art. 1 Abs. 3^{bis} ELG behoben; darin wird festgehalten, dass für Zahnbehandlungskosten die Maximalgrenze nicht gilt (weder die in Abs. 3 geregelte absolute Höchstgrenze noch das in Abs. 2 normierte, individuelle, d.h. von der Familienkonstellation abhängige Kostendach).

In Art. 2 Abs. 4 lit. I wird definiert, in welchem Umfang Zahnbehandlungskosten als Ausgaben anerkannt werden, nämlich (bisherige Praxis) im Umfang einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung.

3.2.5.3 Reduktion der Krankenkassenprämien-Pauschale

Art. 2 Abs. 4 lit. d sieht vor, dass bei Alleinstehenden CHF 2'400.- und bei Ehepaaren und Personen mit an der Rente beteiligten Kindern CHF 4'800.- als Ausgaben angerechnet werden. Diese Regelung ist nicht mehr zeitgemäss. Das geltende KVG und auch der vom Landtag in erster Lesung behandelte KVG-Entwurf (BuA 2012/20) sehen die Möglichkeit der Prämienverbilligung vor. Wenn ein EL-Bezüger davon Gebrauch macht, fallen ihm keineswegs mehr CHF 2'400.- jährlich für die KV-Grundversorgung an (und im Rahmen der Ergänzungsleistung soll lediglich die Grundversorgung gedeckt sein). Es ist angezeigt, diese Pauschale auf CHF 1'200.- pro Person zu reduzieren. Dabei sollte der Regierung allerdings die Möglichkeit gegeben werden, für bestimmte Kategorien (bspw. für Kinder, für

die geringere oder keine Prämien zu zahlen sind) die Pauschale zu reduzieren oder gänzlich auszuschliessen.

Unverändert in dieser Bestimmung bleibt der Abzug der AHV-IV-FAK-Beiträge sowie - bei Arbeitnehmern - der Abzug der gesetzlichen Mindestbeiträge an die 2. Säule. Präzisiert wird, dass - wie dies bisher schon in der Praxis gehandhabt wird - nicht nur Beiträge an AHV und IV, sondern eben auch an die FAK sowie die AHV-IV-FAK-Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht werden. Neu wird bei Arbeitnehmern auch ein Abzug für die Beiträge an die Arbeitslosenversicherung gewährt. Diese Beiträge sind von der AHV-Anstalt als Durchführungsstelle für die EL aufgrund ihrer seit dem 01.01.2011 bestehenden zusätzlichen Aufgabe des Beitragseinzugs für die Arbeitslosenversicherung ohne grossen Aufwand zu ermitteln. Weitere denkbare Abzüge (z.B. Unfallversicherung) werden nicht eingeführt; dabei ist zu beachten, dass bei Erwerbstätigen zu deren Vorteil ohnehin ein Teil des Erwerbseinkommens ausser Acht gelassen wird (Art. 2 Abs. 2 ELG), sodass es sich auch nicht aufdrängt, mit grossem Verwaltungsaufwand sämtliche Lohnabzüge lückenlos zu berücksichtigen.

3.2.5.4 Deckung allgemeiner Krankheitskosten durch pauschale Anrechnung anstatt „Echt-Kosten“

Die bisherige Regelung im ELG sieht vor, dass die EL-Bezüger die ihnen anfallenden Krankheitskosten nachweisen und die entsprechenden Belege einreichen müssen, damit ihnen die Kosten (z.B. Selbstbehalte) vergütet werden. Diese Regelung ist sowohl für die Betroffenen als auch für die AHV als Durchführungsstelle aufwändig und unbefriedigend. Im Jahre 2011 bspw. wurden über 500 (für den Antragsteller positive und auch negative) Verfügungen betreffend Vergütung von Krankheitskosten erlassen. Ursprünglich war angedacht, dies dadurch zu regeln, dass für KV-Prämien und KV-Selbstbehalte/-Franchisen eine gemeinsame Pau-

schale als Ausgabenposten ins ELG eingeführt wird (indem bspw. die Pauschale in Art. 2 Abs. 4 lit. d ELG in ihrer Höhe unverändert belassen wird, wobei aber mit dieser Pauschale eben nicht nur Beiträge an die Krankenkasse, sondern neu auch Selbstbehalte usw. gedeckt wären). Da sich aber diese beiden Posten (Krankenkassenbeiträge einerseits und Selbstbehalte usw. andererseits) unterschiedlich entwickeln können, erscheint es sinnvoller, sie weiterhin getrennt zu behandeln. Insbesondere würden bei Inkrafttreten der im BuA 2012/20 vorgeschlagenen KVG-Revision auf alle erwachsenen versicherten Personen und insbesondere auch auf die Ergänzungsleistungsbezüger höhere finanzielle Belastungen für die Kostenbeteiligung an die obligatorische Krankenversicherung zukommen. Maximal können dem Versicherten für Franchise und Selbstbehalt nach der KVG-Novelle pro Kalenderjahr CHF 2'000.- an Kosten entstehen. Eine geringere Kostenbeteiligung ist für Rentner nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters und für Jugendliche von 16 bis 20 vorgesehen. Keine Kostenbeteiligung soll für Kinder bis zum 16. Altersjahr bestehen. Die Regierung ist sich hierbei bewusst, dass die entsprechende KVG-Vorlage noch nicht durch den Landtag verabschiedet wurde.

Die Bezüger von Ergänzungsleistungen (in aller Regel Alters- oder Invalidenrentner) gehören zum Personenkreis, der häufiger ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass ein grosser Teil der EL-Bezüger grosse Selbstbehalte zu tragen hat und ausserdem auch noch weitere „Krankheitskosten im weiteren Sinne“ dazu kommen können (bspw. nicht rezeptpflichtige und nicht von der Krankenkasse bezahlte Arzneien).

Es ist daher angezeigt, die bisherige in der Durchführung für alle Beteiligten aufwändige Rechtslage insofern abzuändern, dass bei der EL-Berechnung eine Pauschale als Ausgabe angerechnet wird; diese Pauschale soll maximal den im KVG vorgesehenen Betrag für die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise) erreichen. Im KVG-Entwurf gilt für Personen vom 20. Altersjahr bis zur Erreichung

des ordentlichen Pensionsalters eine Kostenbeteiligung von maximal CHF 2'000.-/Jahr. Bei älteren Personen und Jugendlichen zwischen dem 16. und 20. Altersjahr halbiert sich dieser Wert. Für Kinder unter 16 Jahren ist keine Kostenbeteiligung vorgesehen. Von einer Differenzierung nach der jeweils für den einzelnen Bezüger geltenden maximalen Kostenbeteiligung wird auf Gesetzesstufe abgesehen. Allerdings wird der Regierung die Kompetenz eingeräumt, für bestimmte Personenkategorien – entsprechend den Regelungen im KVG – unterschiedliche Pauschalen vorzusehen.

Die Einführung einer Pauschale für den Ergänzungsleistungsbezüger hat den Vorteil, dass er nicht mehr jede einzelne Abrechnung, bei der er einen Selbstbehalt zu tragen hat, einzureichen hat, um eine Erstattung der entsprechenden - selber zu tragenden - Kostenbeteiligung zu erhalten. Auch muss er nicht mehr warten, bis er den von ihm bevorschussten Betrag, nach dem die Verwaltung die eingereichte Rechnung geprüft hat, zurückerstattet erhält.

Ein Teil der bisher gemäss Gesetz zu Lasten der Ergänzungsleistungen übernommenen Krankheitskosten, welche ausgewiesen und separat beantragt werden mussten, würden neu durch die Pauschale abgedeckt. Darunter fallen:

- Franchise und Selbstbehalt nach KVG,
- Arzneimittel (vgl. Art. 20 ELV),
- Diätkostenpauschale (vgl. Art. 21 ELV),
- ambulante Pflege (vgl. Art. 25 ELV),
- Transportkosten (vgl. Art. 26 ELV).

Zur „Diätkostenpauschale“ ist zu vermerken, dass diese nicht ausdrücklich im Gesetz genannt wird, sondern lediglich auf Verordnungsstufe geregelt ist. Derzeit kommt diese Diätkostenpauschale in ca. 20 Fällen zur Anwendung. Es handelt sich auch hierbei um eine Regelung, die nicht mehr zeitgemäss ist. Während man

früher durchaus noch davon ausgehen konnte, dass „Diät-nahrung“ höhere Kosten verursacht (z.B. bei Diabetes) und nur in Spezialgeschäften bezogen werden konnte, muss man heute feststellen, dass „Diät-nahrungsmittel“ zum Standard-sortiment gehören, sodass diese Pauschale ersatzlos aufgehoben werden kann.

Daneben gibt es aber noch andere Aufwendungen, die der Bezüger von Ergänzungsleistungen ebenfalls als Krankheitskosten geltend machen konnte. Diese Ansprüche werden unverändert beibehalten, allerdings werden sie redaktionell in verschiedene Buchstaben des Art. 2 Abs. 4 aufgeteilt. Dabei handelt es sich um:

- Pflegekosten bei häuslicher Betreuung (Art. 2 Abs. 4 lit. e ELG-Entwurf, vgl. auch Art. 22 ELV),
- Kosten bei vorübergehendem Heimaufenthalt (Art. 2 Abs. 4 lit. j ELG-Entwurf, vgl. auch Art. 23 ELV),
- Kosten für Hilfsmittel und Hilfsgeräte bzw. Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte (vgl. Art. 2 Abs. 4 lit. k ELG-Entwurf, vgl. auch Art. 27 bis 31 ELV),
- zahnärztliche Behandlung (Art. 2 Abs. 4 lit. l ELG-Entwurf).

Ebenfalls als Ausgabenposten weiterhin angerechnet werden behinderungsbedingte Mehrkosten (der bisherige Art. 2 Abs. 4 lit. h ELG bleibt unverändert).

3.3 Anpassung der Ergänzungsleistungen

3.3.1 Aktuelle Situation

Nach geltendem Recht kann die Regierung die Eckwerte im ELG jeweils im Zusammenhang mit der Teuerung der AHV-/IV-Renten anpassen. Diese Teuerungsanpassung erfolgte bisher in der Regel alle 2 Jahre. Nach der jüngsten AHVG-

Novelle ist aber damit zu rechnen, dass die Teuerung nicht mehr regelmässig ausgeglichen wird. Ausserdem ist zu beachten, dass einzelne EL-Eckwerte sich nicht im Rahmen der allgemeinen Teuerung (Konsumentenpreisindex) bewegen, sondern zum Teil stark davon abweichen können (z.B. die Aufwendungen des Einzelnen für Krankenkassenprämien). Dabei ist nicht nur die faktische Entwicklung (z.B. die Entwicklung der Krankenkassenprämien) massgebend, sondern es sind auch gesetzgeberische Entwicklungen zu beachten. Auch dadurch können sich die Kosten für den Einzelnen ändern.

3.3.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung

Zu Art. 2^{bis} Abs. 1 ELG lautet der Vorschlag daher, die Anpassung der Eckwerte im ELG von der Teuerungsanpassung der Renten zu entkoppeln und der Regierung die Möglichkeit zu geben, die einzelnen Eckwerte unabhängig voneinander situativ anzupassen. Sie hat dabei auch weiterhin die Zustimmung der Gemeinden einzuholen. Nach Art. 2^{bis} Abs. 2 ELG braucht es für eine Anpassung die Zustimmung der Mehrheit der Gemeinden.

3.4 **Hilflosenentschädigung**

Die Hilflosenentschädigung ist (im Vergleich zu den Ergänzungsleistungen) weniger komplex. Die Leistung bestand ursprünglich im AHVG und im IVG, wurde aber später, im Zuge des EWR-Beitritts Liechtensteins, ins ELG transferiert.

Anspruch auf Hilflosenentschädigung besteht frühestens ab dem 2. Altersjahr, wenn nach Ablauf einer Wartefrist (12 Monate für Personen unter 65 Jahre; 3 Monate für Personen über 65 Jahren) bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig und in erheblichem Ausmass die Hilfe anderer Personen benötigt wird oder dauernde Überwachung erforderlich ist.

Zu den alltäglichen Lebensverrichtungen zählen: Ankleiden/Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege, Fortbewegung, etc.

Es werden drei Stufen von Hilflosigkeit unterschieden: leichte Hilflosigkeit, mittlere Hilflosigkeit, schwere Hilflosigkeit. Personen über 65 Jahre haben nur dann Anspruch auf Hilflosenentschädigung, wenn sie mindestens in mittlerem Grade hilflos sind (sofern sie jedoch schon vor dem 65. Altersjahr eine Entschädigung für leichte Hilflosigkeit erhalten haben, wird diese weiterhin ausgerichtet).

Die Hilflosenentschädigung ist im Unterschied zu den Ergänzungsleistungen nicht einkommens- und vermögensabhängig. Bei einer Person, die sowohl Hilflosenentschädigung als auch Ergänzungsleistungen bezieht, kommt es auf die Konstellation an: nicht in jeder Konstellation wird bei der EL-Berechnung die Hilflosenentschädigung zu den Einnahmen gerechnet.

Bezüglich der Hilflosenentschädigung werden keine Änderungen vorgeschlagen.

3.5 Besondere medizinische Massnahmen

3.5.1 Entstehungsgeschichte und Hintergrund

Diese Art der Leistung ist nicht zu verwechseln mit den weiter vorne behandelten EL-Krankheitskosten. Die Regelung über die EL-Krankheitskosten dient dazu, in der EL-Berechnung dem EL-Bezüger die Ausgaben, die er selbst hat, bei der wirtschaftlichen Bedarfsprüfung entsprechend anzurechnen. Bei den besonderen medizinischen Massnahmen handelt es sich hingegen um Leistungen, bei denen der Staat - ähnlich wie eine Krankenversicherung - als Träger der Kosten auftritt und die Rechnung des Leistungserbringers (Arzt, Spital, medizinische Hilfsperson) selbst bezahlt.

Zu unterscheiden sind dabei zwei Teilbereiche:

- auf berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen (Art. 3^{ter} ELG), und
- auf Behandlung von Geburtsgebrechen gerichtete Massnahmen (Art. 3^{quater} ELG).

In beiden Fällen handelt es sich um reine Krankenbehandlung bzw. Leidensbehandlung, die von der Aufgabenverteilung im Bereich der sozialen Sicherheit in den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung gehören würde, historisch bedingt aber bei der Invalidenversicherung (bzw. in Liechtenstein im ELG) geblieben ist. Die Verlagerung beider Bereiche in den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung war dem Hohen Landtag bereits anno 2000 vorgeschlagen worden (vgl. BuA Nr. 2000/68, S. 47 ff., nachstehend zitiert aus S. 47 f):

„Anlässlich der Einführung der IV im Jahre 1960 wurden auch gewisse medizinische Massnahmen dem Leistungsbereich der IV zugeschlagen, u.z. sowohl medizinische Massnahmen zur Behandlung speziell definierter Geburtsgebrechen (d.h. nicht sämtlicher Geburtsgebrechen) als auch medizinische Massnahmen allgemeiner Art (wobei letztere dann in den Leistungsbereich der IV fallen, wenn sie nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, sondern nach Abschluss der eigentlichen Krankenbehandlung bei einem relativ stabilen Krankheitszustand erfolgen und unmittelbar auf die Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, nicht hingegen auf die Leidensbehandlung, gerichtet sind).

Es handelte sich dabei um Übernahme schweizerischen Rechts. Die Motivation des (schweizerischen) Gesetzgebers war darin begründet, dass es kein Krankenpflegeobligatorium gab und dass auf diese Weise zumindest in Teilbereichen (über die IV) ein obligatorischer Schutz der Bevölkerung im Bereich der Krankenpflege eingeführt werden konnte.

Im Jahre 1972 wurde in Liechtenstein ein Krankenpflegeobligatorium eingeführt. Eine Anpassung des IVG erfolgte jedoch nicht; es blieben weiterhin typische Krankenpflegemassnahmen im Leistungsbereich der IV.

In der Schweiz wurde im Jahre 1996 ein Krankenpflegeobligatorium eingeführt. Es war beabsichtigt, im 2. Teil der 4. schweizerischen IV-Revision eine Leistungsabgrenzung zwischen IV und KV zu diskutieren. Die Revisionsbegehren zur Überführung der medizinischen Massnahmen der IV in das Leistungssystem der Krankenversicherung werden jedoch nach derzeitigem Stand der Kenntnis nicht weiter verfolgt.

Die vorliegende liechtensteinische IV-Revision befasst sich in erster Linie mit den Eingliederungsmassnahmen der IV (zu welchen im geltenden Recht auch medizinische Massnahmen gehören). In diesem Teilbereich des IVG handelt es sich um eine Totalrevision, bei der sinnvollerweise auch eine sachgerechte Abgrenzung des Leistungsbereiches der IV und des Leistungsbereiches der Kranken- und Unfallversicherung angestrebt wird. In diesem Zusammenhang unterbreitet die Regierung folgende Vorschläge:

Der Bereich der medizinischen Massnahmen soll aus dem Leistungskatalog der IV herausgelöst und in den Leistungsbereich der Kranken- und Unfallversicherung integriert werden, wo diese Massnahmen eigentlich ja auch hingehören (es geht dabei in erster Linie um die Krankenversicherung, die Unfallversicherung ist kaum betroffen). Zur Verdeutlichung soll hier ein Beispiel erwähnt werden: die angeborene Hüftdysplasie (angeborene Mangelentwicklung der Hüftgelenkspfanne mit der Gefahr eines Austritts des Hüftkopfes) ist ein recht häufiges Geburtsgebrechen, bei welchem die Behandlung von der IV übernommen wird (bei frühzeitiger Diagnose werden bspw. oft die sog. Spreizhöschen eingesetzt); dieses Beispiel erhellt, dass hier eben eine typische medizinische Behandlung vorliegt, die jenem

Zweig der sozialen Sicherheit zugeordnet werden sollte, der für die medizinische Versorgung der Bevölkerung eingerichtet wurde (die Krankenversicherung).

Diese medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung fallen hauptsächlich bei Kindern an. Ab 1. April 2000 sind Kinder, die im Hausarztsystem (KVG) versichert sind, prämienbefreit. Wie sich seit der Einführung dieses attraktiven, alternativen Gesundheitssystems gezeigt hat, sind praktisch alle Kinder im Hausarztsystem versichert. Der Staat übernimmt in der Krankenversicherung die den Krankenkassen entstehenden Aufwendungen für die 49 Kinder im Hausarztsystem. Auf diese Weise entstehen also durch die Überführung der medizinischen Massnahmen aus der Invalidenversicherung in die Krankenversicherung für die Krankenkassen unter dem Strich letztlich kaum zusätzliche Kosten.

Eine besondere Gruppe von Geburtsgebrechen (nämlich solche im Bereich des Kiefers und der Zähne) soll jedoch in der Durchführung bei der IV verbleiben (vgl. die Erläuterungen zu Art. 3^{ter} ELG).“

Die Regierung hat in weiterer Folge im BuA Nr. 2000/68 die Vor- und Nachteile ihres Vorschlags geschildert (S. 49 ff) und sich mit dem Vernehmlassungsergebnis auseinander gesetzt. Zwischen der 1. Lesung und 2. Lesung im Landtag hat die Regierung dann ihr Vorhaben revidiert. Es zeigt sich aufgrund der Reaktion Betroffener, dass die Unterschiede im Leistungskatalog der IV (bzw. EL) zu dem der Krankenversicherung recht gross sind. Zwar ist die medizinische Behandlung in beiden Bereichen dieselbe, aber die IV (bzw. die EL) bietet eben verschiedene „Nebenleistungen“, die für die Betroffenen doch ins Gewicht fallen können (bspw. eben die Vergütung von Reisekosten, die bei einem behinderten Kind, das längerfristiger medizinischer Behandlung bedarf, recht hoch sein können). Auf die 2. Lesung hin hat die Regierung ihren Vorschlag dann zurückgezogen (vgl. BuA Nr. 2000/140, S. 26 ff).

3.5.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung

Zu Art. 3^{ter} ff. ELG wird vorgeschlagen, die „Geburtsgebrechensbehandlung“ (Art. 3^{quater} ELG) für die ca. 200 ausgewählten Geburtsgebrechen unverändert im ELG zu belassen, aber den bedeutend kleineren Teil der „Erwachsenen-Behandlung“ (eben Art. 3^{ter} ELG) aus dem ELG zu streichen und dadurch in die Krankenversicherung zu verlagern.

In der „Theorie“ bzw. in der Rechtsprechung (d.h. der schweizerischen und in Liechtenstein in der Regel übernommenen Rechtsprechung) hat sich eine höchst komplexe Abgrenzung entwickelt. Der aktuelle Art. 3^{ter} ELG ist vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung als gesetzliche Abgrenzungsnorm gegenüber dem Aufgabenbereich der sozialen Kranken- und Unfallversicherung zu verstehen. Das Unterscheidungskriterium ist deshalb in erster Linie rechtlicher und nicht medizinischer Natur. Die medizinischen Massnahmen gemäss Art. 3^{ter} ELG sind nicht auf die Behandlung des Leidens an sich ausgerichtet, sondern streben durch die Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte die berufliche Eingliederung an. Bei Versicherten bis zum 20. Altersjahr können medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 3^{ter} ELG ausnahmsweise auch übernommen werden, wenn noch nicht stabile oder relativ stabilisierte Zustände bestehen; allerdings dürfen sie nur eine gewisse Zeit und nicht unbegrenzt erforderlich sein. Die Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört. Das Gesetz umschreibt die Vorkehren medizinischer Art, welche im Rahmen des ELG nicht zu übernehmen sind, mit dem Rechtsbegriff "Behandlung des Leidens an sich". Wo und solange labiles pathologisches Geschehen besteht und mit medizinischen Vorkehren angegangen wird, seien sie kausal oder symptomatisch auf das Grundleiden oder dessen Folgeerscheinungen gerichtet, stellen solche Heilmassnahmen, sozi-

alversicherungsrechtlich betrachtet, Behandlung des Leidens an sich dar. Dem labilen pathologischen Geschehen hat die Rechtsprechung seit jeher im Prinzip alle nicht stabilisierten Gesundheitsschäden gleichgestellt, die Krankheitswert haben. Demnach gehören jene Vorkehren, welche auf die Heilung oder Linderung pathologischen oder sonst wie Krankheitswert aufweisenden Geschehens labiler Art gerichtet sind, nicht ins Gebiet des Art. 3^{ter} ELG. Erst wenn die Phase des (primären oder sekundären) labilen pathologischen Geschehens insgesamt abgeschlossen und ein stabiler bzw. relativ stabilisierter Zustand eingetreten ist, kann sich - bei volljährigen Versicherten - überhaupt die Frage stellen, ob eine Vorkehr eine Eingliederungsmassnahme sei. In Anwendung des Art. 3^{ter} ELG werden zu Lasten des Landes nur unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle gerichtete Vorkehren übernommen, sofern sie die Wesentlichkeit und Beständigkeit des angestrebten Erfolges im Sinne des Art. 3^{ter} ELG voraussehen lassen. Dagegen ist eine Vorkehr, die der Behandlung des Leidens an sich zuzuzählen ist, auch dann nicht zu Lasten der Staatsfinanzen zu übernehmen, wenn ein wesentlicher Eingliederungserfolg vorausgesehen werden kann. Der Eingliederungserfolg, für sich allein betrachtet, ist im Rahmen des Art. 3^{ter} ELG kein taugliches Abgrenzungskriterium, zumal praktisch jede ärztliche Vorkehr, die medizinisch erfolgreich ist, auch im erwerblichen Leben eine entsprechende Verbesserung bewirkt.

In der Praxis hingegen hat Art. 3^{ter} ELG eine vollkommen untergeordnete Bedeutung erlangt. Die gestützt auf diese Bestimmung zugesprochenen Leistungen erreichten in den vergangenen Jahren nie mehr als CHF 41'000.- (2009). In den nachfolgenden Jahren war der Betrag mit CHF 32'000.- (2010) und 18'000.- (2011) noch geringer. Es wurden damit Kataraktoperationen übernommen, die auch von der Krankenkasse zu tragen gewesen wären. Bei einer Leistungspflicht der Krankenversicherung würde allerdings eine entsprechende Kostenbeteiligung der versicherten Person anfallen und keine Garantie bestehen, dass die nach

dem medizinischen Eingriff benötigten Brillen immer übernommen werden. Dies allein bildet jedoch keinen Grund, an Art. 3^{ter} ELG und der sachlich kaum begründbaren Abgrenzung zur Leistungspflicht der Krankenversicherung festzuhalten.

Es wird also vorgeschlagen, diese Abgrenzungsschwierigkeiten zu beheben und die „Katarakt-Operationen“ in den Bereich der Krankenversicherung zu überführen (die Folgekosten für die Krankenversicherung sind vernachlässigbar).

Für die medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen hingegen wird keine Änderung vorgeschlagen, um das Gesetzespaket nicht zu überladen und die Parallelität zur schweizerischen Rezeptionsvorlage in diesem Bereich zu erhalten.

Ausserdem wird eine Ergänzung der Bestimmungen zu den besonderen medizinischen Massnahmen dahingehend vorgeschlagen, als dass eine Bestimmung aufgenommen werden soll, die die IV ermächtigt, mit medizinischen Stellen die Zusammenarbeit sowie Tarife vertraglich festzulegen. Diese Verträge sollen dann der Genehmigung durch die Regierung unterliegen.

Der Vorschlag zu dieser Gesetzesanpassung in vor folgendem Hintergrund zu sehen: In Liechtenstein selber finden sich nicht alle medizinischen Leistungserbringer, um die im Einzelfall erforderlichen medizinischen Abklärungen und Behandlungen durchzuführen. Insbesondere bei der Behandlung von Kindern bis zum 20. Altersjahr mit Geburtsgebrechen besteht häufiger die Notwendigkeit, ein dafür spezialisiertes Spital im Ausland beizuziehen. In der Regel handelt es sich dabei um relativ nahe zu Liechtenstein gelegene Spitäler in der Schweiz oder in Österreich. Mit diesen Institutionen kann es aus verschiedenen Gründen sinnvoll sein, einen Vertrag über die Zusammenarbeit abzuschliessen. Einerseits kann dadurch sichergestellt werden, dass bei Bedarf auch die erforderliche Behand-

lung in Anspruch genommen werden kann. Andererseits können auch in der Regel günstigere Tarife ausgehandelt werden, weil die Spitäler von einem gewissen Auftragsvolumen ausgehen und entsprechend auch organisatorische Vorkehrungen im Abrechnungssystem und bei der Personalplanung treffen. An angemessenen und voraussehbaren Kosten ist insbesondere auch die Regierung interessiert, da die Kosten für medizinischen Massnahmen, wozu im Wesentlichen die in Art. 3^{quater} ELG geregelten und in der Verordnung über besondere medizinische Eingliederungsmassnahmen konkretisierten Geburtsgebrechen gehören, vollständig vom Land zu tragen sind. Diese Finanzierung rechtfertigt auch einen Genehmigungsvorbehalt durch die Regierung für allfällige Zusammenarbeitsverträge. Die Kompetenz zu den Vertragsverhandlungen und Abschluss der Verträge liegt jedoch bei der Liechtensteinischen Invalidenversicherung, die als Durchführungsstelle auch den Bedarf für die einzelnen Geburtsgebrechen besser abschätzen kann. Der Abschluss von Verträgen mit verschiedenen medizinischen Stellen schliesst jedoch die Leistungserbringer durch andere Medizinalpersonen, Anstalten etc. nicht aus (zum Beispiel für Einzelfälle, für die es nicht sinnvoll ist, eine aufwändige schriftliche Tarifregelung zu treffen, wenn die entsprechende Institution nur selten, bspw. für hochspezialisierte Eingriffe, als Leistungserbringer für Patienten aus Liechtenstein auftritt).

3.6 Betreuungs- und Pflegegeld

3.6.1 Aktuelle Situation

Das „Betreuungs- und Pflegegeld“ wurde per 1.1.2010 ins ELG eingeführt und löste die früheren (tieferen) im KVG geregelten (ähnlichen) Leistungen ab.

Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Liechtenstein haben ungeachtet ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse Anspruch auf einen Beitrag an die Ausgaben für häusliche Betreuung, sofern sie dauernd betreuungs- oder pflegebedürftig sind

(Art. 3^{octies} Abs. 1 ELG). Die Höhe des Betreuungs- und Pflegegeldes ist abhängig von der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit der anspruchsberechtigten Person. Die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit für die häusliche Betreuung wird nach Leistungsstufen unterteilt (Art. 3^{novies} Abs. 1 ELG).

Durch die Einführung des Betreuungs- und Pflegegeldes konnte eine klare Aufwertung des ambulanten Betreuungs- und Pflegebereiches erzielt werden. Diese Leistung hat in der Bevölkerung grossen Anklang gefunden. Nach einem Jahr (Ende 2010) gab es bereits 244 Bezüger, nach zwei Jahren (Ende 2011) waren bereits 300 Bezüger zu verzeichnen (eine Zunahme um 23 %). Entsprechend zur Entwicklung der Anzahl Bezüger haben sich auch die Kosten entwickelt. Die das Betreuungs- und Pflegegeld auszahlenden AHV-IV-FAK-Anstalten gehen davon aus, dass sich die Zahl der Bezüger nun einpendeln wird und davon ausgegangen werden kann, dass sich die Anzahl der Bezüger – wenn überhaupt – nur noch mässig erhöhen wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Einführung dieser Leistung sich positiv auf andere Bereiche auswirkt bzw. auswirken wird. Insbesondere hat die Stärkung des häuslichen Bereichs Auswirkungen auf den stationären Bereich.

3.6.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung

Zu Art. 3^{octies} Abs. 3 lit. a ELG sowie zu Art. 3^{undecies} ELG wird eine Erhöhung der „Wartefrist“ vorgeschlagen.

Eine Überprüfung des Ressorts Soziales zusammen mit der Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege und den AHV-IV-FAK-Anstalten hat ergeben, dass eine grössere Gesetzesrevision in diesem Bereich nicht notwendig ist. Die Schwierigkeiten in der Durchführung des Betreuungs- und Pflegegeldes liegen in der Praxis und wird versucht, in der Praxis nach Lösungen zu suchen, die zu einer Vereinfachung der Abwicklung der komplexen Leistung führen. In Frage kommen hierbei

beispielsweise verbesserte Arztberichtsformulare, Unterstützung der Betroffenen in administrativer Hinsicht, allgemeines Beratungsangebot.

Eine kleinere gesetzliche Neuerung hat sich allerdings dennoch als empfehlenswert gezeigt. Bereits im BuA Nr. 2008/162 war der Vorschlag enthalten, Pflegegeld nur dann auszurichten, wenn die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit gemäss ärztlicher Einschätzung voraussichtlich 2 Monate andauern werde. Im Rahmen der Beratung vor dem Landtag wurde die Frist auf 1 Monat reduziert. Die seit der Einführung des Pflegegeldes gesammelten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass für eine voraussichtliche Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit von weniger als 3 Monaten es der betroffenen Person grundsätzlich durchaus zugemutet werden kann, ihren Aufwand für die Betreuung und Pflege selbst zu finanzieren, sofern nicht eine Versicherung, z. B. die Unfallversicherung, leistungspflichtig wird. Handelt es sich dabei um einen wirtschaftlich schwachen Rentner ohne versicherungsrechtliche Abdeckung des Risikos, so besteht in der Regel auch zu Lasten der Ergänzungsleistungen ein Anspruch auf Übernahme der erforderlichen vorübergehenden Betreuungs- und Pflegekosten.

Die Empfehlung lautet hier also, die „Wartefrist“ von bisher 1 Monat auf 3 Monate zu verlängern.

3.7 Rhythmus der Aufwandvergütung

3.7.1 Bisherige Praxis

Bereits in der aktuellen Praxis wird für das ELG die Regelung von Art. 50 Abs. 3 AHVG (Staatsbeitrag) sinngemäss angewendet: der Aufwand wird den AHV-IV-FAK-Anstalten monatlich im Voraus vergütet. Die Ergänzungsleistungen sind ja nicht aus dem AHV-Fonds zu zahlen und es ginge zu Lasten des AHV-Fonds, wenn dieser die Ergänzungsleistungen vorfinanzieren müsste.

3.7.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung

Der Vorschlag zu Art. 8 Abs. 3 ELG lautet, diese Praxis im Gesetz zu bekräftigen. Es ist der Regierung wie auch den AHV-IV-FAK-Anstalten ein wichtiges Anliegen, den Zahlungsrhythmus für den Staatsbeitrag bzw. für die Vergütung ihres Aufwandes in sämtlichen von ihnen anzuwendenden Bereichen auf Gesetzesstufe zu regeln (wann immer eines der entsprechenden Gesetze aus anderem Anlass ohnehin revidiert wird), um für die Zukunft Missverständnisse in diesem Bereich zu vermeiden. Die vorgeschlagenen Änderung dient der Sicherheit und Planbarkeit der AHV-IV-FAK-Anstalten. Angesichts der Tatsache, dass die Renten anfangs Monat ausbezahlt werden und sich dies auch bei den Ergänzungsleistungen so verhält, ist die Weiterführung der bisherigen Praxis vorgesehen und auch begründbar.

3.8 **Betreuungsgutschriften**

3.8.1 Aktuelle Situation

Die Betreuungsgutschriften wurden mit der Gleichberechtigungs-Novelle per 1997 ins Gesetz (AHVG) eingeführt. Es handelt sich dabei nicht um eine Auszahlung während der Zeit der Betreuung (wie das beim Pflegegeld der Fall ist), sondern um eine Gutschrift für die spätere Rentenberechnung, wie dies auch bei den Erziehungsgutschriften der Fall ist. Im Unterschied zu den Erziehungsgutschriften müssen die Betreuungsgutschriften aber jährlich beantragt werden. Sie können maximal fünf Jahre rückwirkend angerechnet werden. Ausserdem können für dieselbe Zeitperiode nicht beide Gutschriften angerechnet werden, d.h. wenn bereits Erziehungsgutschriften angerechnet werden, besteht für dieselbe Zeitperiode kein Anspruch auf Betreuungsgutschriften.

Nach geltendem Recht werden Betreuungsgutschriften (auf Antrag) angerechnet, wenn jemand in erheblichem Masse pflege- und hilfsbedürftigen Personen im gemeinsamen Haushalt betreut. Handelt es sich um Angehörige, führt auch die Betreuung in unmittelbarer Nachbarschaft (nicht nur im gemeinsamen Haushalt) zum Anspruch auf Betreuungsgutschriften.

3.8.2 Vorschlag zur Gesetzesanpassung

Der Vorschlag zu Art. 63^{septies} Abs. 1 lit. a und Abs. 6 lit. c AHVG lautet, hier eine Revision der schweizerischen Rezeptionsvorlage nachzuvollziehen und Betreuungsgutschriften auch dann anzurechnen, wenn bei Angehörigen die betreuende Person und die betreute Person nicht in unmittelbarer Nachbarschaft, aber doch noch in einer nicht unrealistisch weiten Distanz wohnen. Angesichts der heutigen Mobilität kann nicht mehr gefordert werden, dass die Haushalte der betreuten Person und der betreuenden Angehörigen unmittelbar benachbart sind. Es muss genügen, wenn die betreuende Person ihre zu betreuenden Angehörigen vergleichsweise rasch erreichen kann. Dafür wird eine Grenze von 30 km vorgeschlagen (als Wegstrecke berechnet, nicht als „Fluglinie“).

4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN

4.1 **Änderungen betreffend das Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)**

Zu Art. 1 Abs. 2

In dieser Bestimmung wird die um $\frac{2}{3}$ erhöhte Einkommensgrenze redaktionell neu gefasst. Materielle Änderungen werden nicht eingeführt. Neu ist einzig, dass eben die Zahnarztkosten nicht mehr unter die Regelung von Art. 1 Abs. 2 fallen.

Zu Art. 1 Abs. 3^{bis}

Der neu eingeführte Art. 1 Abs. 3^{bis} enthält die Sonderregelung, dass für die Berücksichtigung von Zahnarztkosten keine EL-Obergrenze besteht.

Zu Art. 2 Abs. 4 lit. d

Hier besteht die Neuerung einerseits darin, dass für Krankenkassen-Prämien die Ausgabenpauschale reduziert wird und andererseits aber die Beiträge an die Arbeitslosenversicherung als Ausgaben anerkannt werden. Ausserdem wird präzisiert, dass nicht nur Beiträge an AHV und IV, sondern FAK-Beiträge und AHV-IV-FAK-Verwaltungskostenbeiträge ebenfalls berücksichtigt werden.

Zu Art. 2 Abs. 4 lit. e

Diese Bestimmung übernimmt einen Teil der bisherigen Regelung in lit. e, nämlich (ohne materielle Änderungen) die Regelung betreffend die Kosten für häusliche Betreuung. Die übrigen Teile der bisherigen Bestimmung sind neu in anderen lit. zu Art. 2 Abs. 4 geregelt. Dadurch wird die Regelung auch kürzer und leichter lesbar. Die weiteren bisherigen Bereiche in lit. e sind neu in lit. i (allgemeine Krankheitskosten), in lit. j (Heimaufenthalt), lit. k (Hilfsmittel usw.) und in lit. l (Zahnarztkosten).

Zu Art. 2 Abs. 4 lit. i

Die Bestimmung übernimmt einen Teil der bisherigen Regelung in lit. e, nämlich den Bereich „allgemeine Krankheitskosten“. Dabei wird auch eine materielle Neuerung eingeführt, indem für allgemeine Krankheitskosten neu eine Pauschalisierung anstelle einer Berücksichtigung der „Echtkosten“ vorgesehen ist. Die Pauschale wird im Maximum beschränkt auf den im KVG vorgesehenen Betrag für die Kostenbeteiligung an die obligatorische Krankenversicherung. Weil dieser sich ändern kann und für die verschiedenen Alterskategorien unterschiedlich ist,

wird er im ELG nicht quantifiziert, sondern es wird einerseits auf das KVG verwiesen und andererseits der Regierung die Kompetenz erteilt, für nach dem Alter zu unterscheidende Personengruppen tiefere oder keine Pauschalen vorzusehen.

Zu Art. 2 Abs. 4 lit. j

Diese Bestimmung übernimmt (ohne materielle Änderung) ebenfalls einen Teil der bisherigen Regelung in lit. e, nämlich den Bereich „Heimaufenthalt“.

Zu Art. 2 Abs. 4 lit. k

Diese Bestimmung übernimmt (ohne materielle Änderung) einen weiteren Teil der bisherigen Regelung in lit. e, nämlich den Bereich „Hilfsmittel usw.“.

Zu Art. 2 Abs. 4 lit. l

Diese Bestimmung übernimmt den letzten Teil der bisherigen Regelung in lit. e, nämlich den Bereich „Zahnarztkosten“. Dies ist auch mit einer materiellen Änderung verbunden, wobei die materielle Änderung nicht in Art. 2 Abs. 4 lit. l geregelt wird, sondern in Art. 1 Abs. 3^{bis} (die Aufhebung der EL-Obergrenze, soweit es um Zahnarztkosten geht).

Zu Art. 2^{bis} Abs. 1

Die wesentliche Neuerung liegt hier darin, dass die Anpassung der verschiedenen Eckwerte von einer gleichzeitigen Erhöhung bzw. Neufestsetzung der Alters- und Hinterlassenenrenten losgelöst wird. Die Regierung könnte neu die Eckwerte also auch unabhängig von einer Rentenerhöhung anpassen, sofern die Mehrheit der Gemeinden dem zustimmt.

Zu Art. 3^{ter}

Die Aufhebung von Art. 3^{ter} betrifft die Kataraktoperationen.

Zu Art. 3^{octies}

Die neu eingeführte Regelung betrifft die Vertragsabschlusskompetenz zwischen der IV und medizinischen Stellen sowie die hierbei von Regierung wahrzunehmende Rolle.

Zu Art. 3^{octies} Abs. 3 lit. a und 3^{undecies}

Die Änderung betrifft die Verlängerung der Wartefrist von 1 auf 3 Monate beim Betreuungs- und Pflegegeld.

Zu Art. 8 Abs. 3

Der neu eingefügte Abs. 3 betrifft den Rhythmus der Vergütung des Aufwands an die Durchführungsstelle AHV und bringt keine materielle Änderung zur bisherigen Praxis.

4.2 Änderungen betreffend das Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)

Zu Art. 63^{septies} Abs. 1 lit. a und Art. 63^{septies} Abs. 6 lit. c

In Abs. 1 lit. a geht es um die Lockerung der Anspruchsvoraussetzungen für die Anrechnung von Betreuungsgutschriften bei der Pflege von Angehörigen. Abs. 6 lit. c kann entfallen. Dieser Absatz hat bisher eine Kompetenz der Regierung enthalten, die aber dadurch entfällt, dass eben schon auf Gesetzesstufe und nicht erst auf Verordnungsstufe die Grenze von 30 km gesetzt wird.

4.3 Übergangsrecht

Auf ausdrücklich auf Gesetzesstufe normierte Übergangsregelungen kann verzichtet werden. Zum Teil wird es situativ sachgerechte Lösungen benötigen, z.B.

wenn, was eher unwahrscheinlich ist, eine medizinische Massnahme nach Art. 3^{ter} ELG über das Inkrafttreten des neuen Rechts hin andauert. Zum Teil wird auch allgemeines Übergangsrecht zur Anwendung gelangen. So wird bspw. die Lockerung bei den Betreuungsgutschriften erstmals für den Zeitraum nach Inkrafttreten des neuen Rechts zur Anwendung kommen können (keine Rückwirkung). Die Neuerung bei den Krankheitskosten im EL-Bereich hat zur Folge, dass Rechnungen, die das Jahr vor Inkrafttreten des neuen Rechts betreffen, noch nach „altem Recht“ abgeschlossen werden. Bereits heute gilt gemäss Art. 16 ELV, dass Krankheitskosten nur für das Kalenderjahr abziehbar sind, in dem die Behandlung vorgenommen wurde. Tritt die Revision auf den Anfang eines Kalenderjahres in Kraft, so sollten gestützt auf diese Bestimmung bei den Krankheitskosten keine übergangsrechtlichen Probleme entstehen.

4.4 Inkrafttreten

Die monatlichen Ergänzungsleistungen ergeben sich aufgrund der Differenz der auf ein Jahr hochgerechneten anrechenbaren Einnahmen und anerkannten Ausgaben. Die AHV nimmt zudem in der Regel ohnehin jeweils auf Kalenderjahresanfang hin eine Neuberechnung sämtlicher EL-Fälle vor. Es ist daher sinnvoll, die Neuerungen insgesamt nicht während des Kalenderjahres, sondern eben auf den Beginn eines Kalenderjahres einzuführen. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass es einer zeitlich angemessenen Vorlaufzeit vor dem Inkrafttreten bedarf, um IT-Programme anzupassen und manuelle Arbeit reduzieren zu können. Die AHV-IV-FAK-Anstalten haben dazu gegenüber der Regierung festgehalten, dass bereits Anfang des Kalenderjahres die neue Regelung verbindlich feststehen muss, um die (im konkreten Fall eher komplexen) Programmanpassungen rechtzeitig auf den nachfolgenden Kalenderjahresanfang vornehmen zu können. Das bedeutet also in Bezug auf die vorgeschlagenen Neuregelungen bei den Ergänzungsleistungen ein frühestmögliches Inkrafttreten auf 1. Januar 2014. Andere Änderun-

gen, so bspw. die Neuregelung bei den Betreuungsgutschriften, würden hingegen nur eine kurze Vorlaufzeit benötigen (sie erfordern keine wesentlichen Programmanpassungen).

Aufgrund der Anlehnung bei den ELG-Krankheitskosten an die derzeit hängige KVG-Vorlage drängt sich ohnehin ein gleichzeitiges Inkrafttreten der beiden Vorlagen auf.

5. **REGIERUNGSVORLAGEN**

Gesetz

vom ...

**betreffend die Abänderung des Gesetzes über Ergänzungsleistungen
zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung**

Dem nachstehend vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 10. Dezember 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, LGBI. 1965 Nr. 46, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 1 Abs. 2 und 3bis

2) Für die Vergütung von ausgewiesenen Kosten für häusliche Betreuung gemäss Art. 2 Abs. 4 lit. e, Kostenbeteiligung an der obligatorischen Krankenversicherung gemäss Art. 2 Abs. 4 lit. i, Heimaufenthalt gemäss Art. 2 Abs. 4 lit. j sowie Art. 3 Abs. 2 sowie Hilfsmittel, Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte gemäss Art. 2 Abs. 4 lit. k und behinderungsbedingte Mehrkosten gemäss Art. 2

Abs. 4 lit. h erhöht sich die Einkommensgrenze um zwei Drittel. Die Regierung kann durch Verordnung die Kosten, die wegen des Aufenthalts in einem Heim oder einer Heilanstalt berücksichtigt werden, begrenzen und den Betrag festlegen, der den Heimbewohnern für persönliche Auslagen überlassen wird.

3bis) Die jährlichen Grenzwerte gemäss Abs. 2 und 3 bestehen nicht für die Vergütung von ausgewiesenen Kosten für zahnärztliche Behandlung gemäss Art. 2 Abs. 4 lit. l.

Art. 2 Abs. 4 lit. d, e, i, j, k und l

- d) die Beiträge (inkl. Verwaltungskostenbeiträge) an die Alters- und Hinterlassenenversicherung, Invalidenversicherung und Familienausgleichskasse, die Beiträge an die Arbeitslosenversicherung sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbeiträge an die betriebliche Personalvorsorgeeinrichtung bei unselbständig Erwerbenden sowie für jede bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen beteiligte Person eine Pauschale für Prämien an die obligatorischen Krankenversicherung; diese Pauschale beträgt höchstens 1 200 Franken, wobei die Regierung für bestimmte Personenkategorien tiefere oder keine Pauschalen vorsehen kann;
- e) ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für häusliche Betreuung, soweit sie nicht durch Versicherungsleistungen und andere Leistungen gedeckt sind. Bei Bezug von Betreuungs- und Pflegegeld wird als nicht gedeckte Kosten der häuslichen Betreuung höchstens das zwölffache des Mindestbetrages der monatlichen Altersrente im Sinne von Art. 68 des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung bei lückenloser Beitragsdauer vom Einkommen abgezogen;
- i) für jede bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen beteiligte Person eine Pauschale zur Deckung der Kostenbeteiligung an der obligatorischen

Krankenversicherung. Die Pauschale darf nicht höher als die im Gesetz über die Krankenversicherung für eine Person vorgesehene maximale Kostenbeteiligung sein, wobei die Regierung für nach Alter zu unterscheidende Personenkategorien tiefere oder keine Pauschalen vorsehen kann;

- j) ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für Heimaufenthalt;
- k) ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für Hilfsmittel, Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte; die Regierung bezeichnet durch Verordnung die Hilfsmittel sowie die Geräte für Pflege und Behandlung, deren Kosten abzugsberechtigt sind, und bestimmt, unter welchen Voraussetzungen ein Abzug der Kosten zulässig ist und in welchen Fällen ein Hilfsmittel, ein Pflegehilfsgerät oder ein Behandlungsgerät leihweise abgegeben wird;
- l) ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für zahnärztliche Behandlung im Umfang einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Behandlung.

Art. 2bis Abs. 1

1) Die Regierung kann die Beträge oder Pauschalen nach Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 lit. b und Abs. 2 sowie Abs. 4 lit. d, f und h in angemessener Weise anpassen.

Art. 3ter

Aufgehoben

Art. 3octies

Zusammenarbeit mit medizinischen Stellen

Die Liechtensteinische Invalidenversicherung kann mit medizinischen Stellen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen. Der Vertrag muss von der Regierung genehmigt werden.

Die bisherigen Art. 3octies bis Art. 3quaterdecies werden neu zu Art. 3novies bis Art. 3quinqiesdecies.

Art. 3octies Abs. 3 lit. a

a) ein ärztlicher Bericht eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit von mehr als drei Monaten bestätigt; und

Art. 3undecies

Änderung der Verhältnisse

Ändert sich die Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit der anspruchsberechtigten Person wesentlich und voraussichtlich für eine Dauer von mehr als drei Monaten, so ist das Betreuungs- und Pflegegeld entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben.

Art. 8 Abs. 3

3) Die Aufwendungen werden der Liechtensteinischen Alters- und Hinterlassenversicherung in zwölf Raten monatlich im Voraus überwiesen.

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar ... in Kraft.

Gesetz

vom

**betreffend die Abänderung des Gesetzes
über die Alters- und Hinterlassenenversicherung**

Dem nachstehend vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 14. Dezember 1952 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, LGBI. 1952 Nr. 29, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 63septies Abs. 1 lit. a

- a) für jene Kalenderjahre, in denen Versicherte ihre in erheblichem Masse pflege- und hilfsbedürftigen Angehörigen betreuen, sofern sie in einem gemeinsamen Haushalt oder in einem nicht weiter als 30 Kilometer (Wegstrecke) entfernt gelegenen Haushalt wohnen;

Art. 63septies Abs. 6 lit. c

aufgehoben

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar ... in Kraft.