

VERNEHMLASSUNGSBERICHT

DER REGIERUNG

BETREFFEND

DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE

KRANKENVERSICHERUNG (KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ; KVG)

UND WEITERER GESETZE

Ministerium für Gesellschaft

Vernehmlassungsfrist: 1. Oktober 2014

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	6
Zuständiges Ministerium.....	8
Betroffene Amtsstellen	8
1. Ausgangslage	9
1.1 Allgemeine Vorbemerkungen zur Vorlage	9
1.2 Die Symptome: Hohe Gesundheitsausgaben, starke Steigerung	12
1.3 Eine Diagnose: Hohe Mengen	15
1.3.1 Kosten und Alter	15
1.3.2 Kostenillusion	18
1.3.3 Hohe staatliche Subventionierungen verzerren Kostenwahrnehmung.....	19
1.3.4 Geringe Kostenbeteiligung und mangelndes Kostenbewusstsein	20
1.3.5 Hohe Anspruchshaltung – hohe Anzahl Konsultationen	21
1.3.6 Hohe Dichte des Angebots an Gesundheitsdienstleitungen	21
2. Begründung der Vorlage.....	23
2.1 Therapieansatz 1: Erhöhung der Eigenverantwortung	23
2.2 Therapieansatz 2: Fokussierung staatlicher Beiträge	24
2.3 Therapieansatz 3: Verbesserung der Angebotssteuerung.....	25
2.4 Therapieansatz 4: Straffung des Leistungskataloges	26
2.5 Anpassungen beim Taggeld	26
2.6 Kommissionen im Gesundheitswesen; Weitere Themen	26
3. Schwerpunkte der Vorlage	27
3.1 Das neue Versicherungsmodell.....	27
3.1.1 Allgemeines	27
3.1.2 Hochkostenversicherung	27
3.1.3 Grund(kosten)versicherung	29
3.1.4 Wahlfreiheit bezüglich der festen Kostenbeteiligung in der Grundversicherung	31
3.1.5 Erhöhung des prozentualen Selbstbehalts von zehn auf zwanzig Prozent in der Grundversicherung.....	33
3.1.6 Konsequenzen der höheren Kostenbeteiligung in der Grundversicherung	34

3.1.7	Höhe der Kosten und Häufigkeit.....	36
3.1.8	Weitere Themen mit Bezug zur Kostenbeteiligung in der Grundversicherung	40
3.1.9	Gesundheitssparkonto	46
3.1.10	Bonusmodell	53
3.1.11	Übersicht und Beispiele für das neue dreigliedrige Versicherungsmodell	55
3.1.12	Prämien im neuen Versicherungsmodell.....	57
3.1.13	Auswirkung auf die Folgeprämie im Modell mit Gesundheitssparkonten	60
3.1.14	Zusammenfassung der Charakteristika des neuen Finanzierungsmodells	61
3.2	Fokussierung staatlicher Subventionen	63
3.2.1	Staatsbeiträge an die Spitäler	63
3.2.2	Staatsbeitrag Hochkostenversicherung	66
3.2.3	Jährliche Festlegung des Staatsbeitrages	68
3.2.4	Beibehaltung des Risikoausgleichs	69
3.2.5	Prämienverbilligung	70
3.3	Änderungen hinsichtlich des Beitrages der Arbeitgeber	70
3.3.1	Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages.....	70
3.3.2	Abschaffung der Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abführen der Prämien seiner Arbeitnehmer	71
3.4	Steuerung des Angebots an Gesundheitsleistungen	72
3.4.1	Bedarfsplanung	72
3.4.2	Abgeltung und Abgabe von Arzneimitteln.....	81
3.4.3	Wirtschaftlichkeit der Behandlung	91
3.4.4	Festlegung von Kostenzielen.....	92
3.4.5	Weitere Verbesserung der Datengrundlagen im Gesundheitswesen	95
3.5	Leistungskatalog.....	98
3.5.1	Unterschiede zum Leistungskatalog der Schweizer KLV.....	98
3.5.2	Abschaffung Kurbeitrag	99
3.6	Anpassungen beim Krankentaggeld.....	100
3.6.1	Das bestehende Modell der Krankentaggeldversicherung	100
3.6.2	Auslöser des Reformbedarfs.....	100
3.6.3	Alternative Taggeldmodelle.....	102
3.6.4	Festsetzung einer Einheitsprämie für die obligatorische Taggeldversicherung, Gestaltungsfreiheit im freiwilligen Bereich	104
3.6.5	Entlastung der Taggeldprämien um das Mutterschaftsrisiko	105

3.6.6	Taggeld und Rentenvorbezug bzw. -aufschub.....	107
3.6.7	Alternative Lösung: Abschaffung des Obligatoriums im Taggeld	108
3.7	Weitere Themen	110
3.7.1	Versicherungspflicht	110
3.7.2	Kommissionen im Gesundheitswesen	111
3.7.3	Vertrauensarzt	116
3.7.4	Strafbestimmungen	117
4.	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	117
4.1	Allgemeines	117
4.2	Krankenversicherungsgesetz.....	118
4.3	Gesundheitsgesetz	137
4.4	Familienzulagengesetz	138
5.	Verfassungsmässigkeit / Rechtliches.....	139
6.	Regierungsvorlagen	141
6.1	Gesetz betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung	141
6.2	Gesetz über die Abänderung des Gesundheitsgesetzes.....	159
6.3	Gesetz betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Familienzulagen.....	163

ZUSAMMENFASSUNG

Das Krankenversicherungsgesetz soll mit dieser Vorlage einer umfassenden Reform unterzogen werden. Die in den letzten Jahren sehr stark gestiegenen Kosten erfordern Massnahmen sowohl auf Seiten der Versicherten als auch auf Seiten der Leistungserbringer. Neben der Einführung eines neuen Versicherungsmodells, welches die Eigenverantwortung stärkt und so zu einer bewussteren und sparsameren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen soll, sollen diverse Bestimmungen das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen neu regeln, insbesondere im Bereich der vertraglichen Gestaltung der Zusammenarbeit und der Sanktionsmöglichkeiten.

Im Bereich der Versicherungen sind folgende Änderungen vorgesehen:

- *Trennung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in eine Hochkostenversicherung, welche Kosten des Versicherten von über CHF 5'000 pro Jahr übernimmt und eine Grund(kosten)versicherung, welche die Kosten von weniger als CHF 5'000 übernimmt.*
- *Erhöhung der Minimalfranchise von derzeit CHF 200 auf CHF 500.*
- *Erhöhung des prozentualen Selbstbehalts von derzeit 10% auf 20%.*
- *Erhöhung der maximal vom Versicherten zu tragenden Kostenbeteiligung (Franchise plus Selbstbehalt bei Wahl der Mindestfranchise) von derzeit CHF 800 auf CHF 1'400. Die Neuregelung der Kostenbeteiligung führt zu einer Prämienreduktion von geschätzten CHF 420 pro Jahr für alle Versicherten. Die Mehrbelastung bei hohem Leistungsbezug steigt daher nicht um CHF 600, sondern nur um CHF 180 pro Kalenderjahr. Bei geringem oder keinem Leistungsbezug resultiert eine Ersparnis.*
- *Wahlfranchisen sind möglich bis maximal CHF 4'000 pro Jahr. Freiwillig gewählte höhere Franchisen als die Mindestfranchise müssen auf einem Gesundheitssparkonto hinterlegt werden. Im Leistungsfall ist zu entscheiden, ob die Leistungen persönlich bezahlt oder zu Lasten des Gesundheitssparkontos abgerechnet werden. Die Wahl einer höheren Franchise geschieht durch Einzahlung des zusätzlich benötigten Betrags auf das Gesundheitssparkonto.*

- *Der Kontosaldo des Gesundheitssparkontos am 31. Juli jeden Jahres bestimmt die Höhe der Franchise und damit die Prämie der Grundversicherung für das folgende Jahr.*
- *Einführung des Tiers garant für ambulante Leistungen.*
- *Staatliche Beiträge (mit Ausnahme der Prämienverbilligung und des Staatsbeitrags für Kinder) fliessen ausschliesslich in die Hochkostenversicherung. Damit kann diese Prämie so niedrig gehalten werden, dass sie durch den Arbeitgeberbeitrag abgedeckt ist. Wird der Arbeitgeberbeitrag (gedanklich) zur Bezahlung der Prämie der Hochkostenversicherung verwendet, so kann die Aussage getätigt werden, dass Staat und Arbeitgeber gröstenteils für die Risiken teurer Behandlungen aufkommen. Im Gegenzug wird der Versicherte aber verpflichtet, im Bereich der Grundversicherung mehr Eigenverantwortung wahrzunehmen.*
- *Der direkte Staatsbeitrag an die stationären Leistungserbringer (Spitalrechnungen) soll abgeschafft werden. Die Gelder sollen stattdessen zusammen mit dem heutigen Staatsbeitrag an die OKP vollumfänglich als Subvention in die Hochkostenversicherung fliessen.*
- *Der Arbeitgeberbeitrag soll nicht mehr von den Prämien abhängig sein, sondern auf dem Stand von 2015 eingefroren werden.*
- *Die Prämien der Krankenpflegeversicherung sollen künftig nicht mehr vom Arbeitgeber an die Kassen abgeführt, sondern direkt vom Versicherten bezahlt werden.*
- *Die Reduktion der Kostenbeteiligung für alle Rentner auf die Hälfte und die generelle Befreiung chronisch Kranker von der Kostenbeteiligung sollen abgeschafft werden. Unterstützungsmassnahmen für die auf maximal CHF 1'400 pro Jahr beschränkte Kostenbeteiligung sollen nur bei einer nachweislichen Bedürftigkeit und innerhalb der bestehenden Sozialsysteme gewährt werden.*

Im Bereich der Leistungserbringer werden folgende Massnahmen vorgeschlagen:

- *Einführung einer im individuellen OKP-Vertrag zwischen dem Krankenkassenverband und dem Leistungserbringer zu regelnden Leistungspflicht, um die Kapazitäten insbesondere bei Ausübung der Tätigkeit in Teilzeit besser*

steuern zu können. Modelle wie „job sharing“, Teilzeitbeschäftigung zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Altersteilzeit sollen damit geregelt werden. Das „Besetzen“ einer Stelle ohne entsprechend erbrachte Leistungen für die Versicherten in der OKP soll damit vermieden werden.

- *Mehr Kompetenzen für den Krankenkassenverband im Bereich der Bedarfsplanung.*
- *Gesetzlich vorgegebene Befristung von OKP-Verträgen auf vier Jahre.*
- *Regelungen zur Abgabe und Vergütung von Arzneimitteln. Vorgeschlagen wird eine Festpreisregelung.*
- *Vereinfachungen der Wirtschaftlichkeitsverfahren („WZW-Verfahren“) und Straffung des Instanzenzugs.*
- *Die Stärkung der Kompetenz der Regierung in Tariffragen wurde mit der „kleinen KVG-Revision“ vorgezogen und ist daher nicht mehr Gegenstand dieser Vorlage.*

Neben diesen Anpassungen im Bereich der Versicherungen und der Leistungserbringer sind Veränderungen am System der Krankentaggeldversicherung vorgesehen, unter anderem um die Diskriminierung durch Mutterschaft zu vermeiden. Es soll eine Einheitsprämie im Bereich der Taggeldversicherung eingeführt werden. Die Kosten für die Versicherung der Leistungen bei Mutterschaft sollen durch Kürzungen der Beitragssätze zur Familienausgleichskasse (FAK) kompensiert werden. Im Bereich der Datengrundlagen im Gesundheitswesen werden einige Präzisierungen vorgenommen. Die Kommissionen im Gesundheitswesen werden gestrafft und die Bestimmungen zu Vertrauensärzten werden neu gestaltet.

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft

BETROFFENE AMTSSTELLEN

Amt für Gesundheit

Amt für Soziale Dienste

Vaduz, 8. Juli 2014

RA 2014-875

1. AUSGANGSLAGE

1.1 Allgemeine Vorbemerkungen zur Vorlage

Die gegenständliche Vorlage ist nicht nach dem Gedanken aufgebaut, einen vorgegebenen Frankenbetrag im Bereich der Gesundheitskosten einzusparen durch eine Reihe abzählbarer Massnahmen mit zugeordneten Einsparpotenzialen, sondern zielt im Kern auf Verhaltensänderungen ab, um offensichtliche Missstände, Fehl- und Überanreize zu korrigieren. Es geht im Wesentlichen um Veränderungen am ökonomischen Anreizsystem, mit denen eine bewusste und gezielte Inanspruchnahme beziehungsweise Verschreibung von Leistungen zu Lasten eines solidarischen Versicherungssystems gefördert werden soll. Das Verhältnis des Einzelnen gegenüber dem Versichertenkollektiv soll angepasst werden mit dem Ziel, eine höhere Eigenverantwortung zu erreichen. Der Konsument soll dadurch auch kritischer werden gegenüber den Angeboten der Gesundheitsindustrie. Ökonomie ist aber keine Naturwissenschaft, sondern gehört zu den Sozialwissenschaften. Die Konsequenzen der Veränderungen von ökonomischen Anreizen können qualitativ zwar abgeschätzt, aber nur sehr schlecht quantifiziert werden. Daher wird die Frage, wie viel Geld mit diesen Gesetzesänderungen eingespart werden kann, im Rahmen dieser Vorlage nicht beantwortet werden können.

Es ist eine Ermessensfrage in jedem Versicherungssystem, in welchem Ausmass der Versicherte sich finanziell an den durch ihn entstehenden Ausgaben beteiligen soll. Eine zu hohe Last für den Einzelnen im Leistungsfall führt zu einem un-solidarischen System, in dem der Versicherungsgedanke in Frage gestellt wird.

Eine zu niedrige Kostenbeteiligung führt zu gedankenlosem Konsum und erleichtert die angebotsinduzierte Nachfrage. Ein überbordender Konsum eines bedeutenden Anteils der Versicherten zu Lasten der „gemeinsamen Kasse“ führt zu einer Gleichgültigkeit des Einzelnen gegenüber seinem eigenen Konsum („moral hazard“), im Extremfall dazu, durch die Gegenüberstellung der bezogenen Leistungen und der bezahlten Prämien zu berechnen, ob sich die Versicherung „rentiert“ hat.

Für das Verhältnis des Einzelnen zum Versicherungskollektiv sind die Höhe und Ausgestaltung der Kostenbeteiligung von grosser Bedeutung, da eine höhere Kostenbeteiligung für den Einzelnen eine niedrigere Prämie bedeutet und er beim Bezug von wenig Leistungen dadurch finanziell belohnt wird. Im Umkehrschluss bedeutet eine geringe Kostenbeteiligung eben auch höhere Prämien für alle.

Ebenso ist abzuwägen, welche administrative Verantwortung vom Einzelnen verlangt werden kann, um die Versicherung zu entlasten. Die vorgeschlagene Einführung des Tiers garant bedingt, dass der Versicherte (wie in Teilen der benachbarten Schweiz) sich mit den Rechnungen der ambulanten Leistungserbringer auseinandersetzt, sie bezahlt und eine Rückforderung an die Krankenkasse stellt, sofern der Gesamtbetrag der bezogenen Leistungen den Selbstbehalt überschreitet. Das ist unbequem. Die in unserem Land vergleichsweise hohen abgerechneten Mengen sind zum Teil auch auf den für den Versicherten kaum wahrnehmbaren Mechanismus der Bezahlung zurückzuführen. Er muss sich nur beim Arzt anmelden, der Rest geschieht dann automatisch und einige Zeit später erhält er eine nicht sehr detaillierte Abrechnung der Krankenkasse. Der bewusste Umgang mit der Rechnung sowie der eigenhändig auszuführende Zahlungsvorgang sollen besser bewusst machen, dass jede Leistung auch Kostenfolgen hat. Auch für den Leistungserbringer wird es anspruchsvoller, denn er hat die detaillierte Rechnung

direkt gegenüber dem Patienten zu verantworten. Der Patient kann am besten beurteilen, ob die in Rechnung gestellten Leistungen überhaupt erbracht wurden. Er ist zwar kein Mediziner, aber alleine schon eine Kontrolle der Plausibilität, auch anhand der Summe der indikativen Zeiten für die Rechnungspositionen, ist gegenüber dem heutigen Zustand ein wesentlicher Fortschritt.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage, welche Leistungen eine staatlich stark subventionierte, solidarische Sozialversicherung überhaupt zu übernehmen habe. Sofern Wirksamkeit und Zweckmässigkeit gegeben sind, sollten nur die Kosten für die jeweils wirtschaftlich günstigsten Mittel übernommen werden.

Das Gesundheitswesen ist ein Markt, der durch die mit einer Krankheit verbundenen Leiden und die Informationsasymmetrie zwischen dem Patienten und dem Arzt stark verzerrt ist. Es findet im Krankheitsfall selten ein „rationaler Konsum“ statt. In den Diskussionen rund um die Gesundheitssysteme wird aber oft übersehen, dass eine Versicherung nur die finanziellen Folgen eines Leidens tragen und eben nicht das Leiden selbst lindern kann. Diese Aspekte werden immer wieder vermischt. Es bestehen Gedankengänge wie: „Jemand ist durch sein Leiden schon genug gestraft, er soll daher nicht auch noch finanziell bestraft werden“, oder: „Schlimme Krankheiten können jeden treffen, und im Krankheitsfall will jeder schnell wieder gesund werden, koste es was es wolle“. Diese Überlegungen führen zu Barrieren, welche die Diskussionen erschweren.

Um die nötigen Veränderungen im Gesundheitswesen anzugehen, ist es daher eine unbedingte Voraussetzung, sich von derartigen Gedanken zu trennen und rational das Verhältnis des Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft zu diskutieren, sowie den Versicherungsgedanken im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von der möglichen individuellen finanziellen Bedürftigkeit, für welche die in unserem Staat gut ausgebauten Sozialsysteme aufkommen, zu trennen.

Bezüglich der Begrifflichkeiten für den vom Patienten zu tragenden Anteil sei bemerkt, dass sich verschiedene Begriffe eingebürgert haben. Das Gesetz verwendet den Begriff der Kostenbeteiligung als Oberbegriff. Als Synonym hierfür kann auch von der Selbstbeteiligung gesprochen werden.

Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus einem festen Betrag pro Kalenderjahr (auch fester Jahresbetrag oder umgangssprachlich Franchise genannt) und einem prozentualen Selbstbehalt des Versicherten an den Kosten, welche die Franchise übersteigen. Die obligatorische Kostenbeteiligung beträgt heute CHF 200 (minimaler fester Jahresbetrag, Minimalfranchise) und 10% der diesen Betrag übersteigenden Kosten bis maximal CHF 600 (prozentualer Selbstbehalt). Freiwillig kann eine zusätzliche höhere Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages gewählt werden (Wahlfranchise).

1.2 Die Symptome: Hohe Gesundheitsausgaben, starke Steigerung

Die Aufwendungen für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) inklusive der vom Staat getragenen Kosten im stationären Bereich sind seit dem Jahr 2000 um durchschnittlich 5.7% pro Jahr gewachsen. Wurden von den Kassen und dem Staat im Jahr 2000 noch rund CHF 89 Mio. für obligatorisch versicherte Gesundheitsleistungen aufgewendet, so betrug dieser Wert 2013 CHF 190 Mio.. Die Aufwendungen haben sich in den vergangenen dreizehn Jahren nahezu verdoppelt. Das Liechtensteinische Bruttoinlandsprodukt ist demgegenüber in zwölf Jahren im Durchschnitt um 2.1% angewachsen.¹

Die Entwicklung, wonach ein immer grösserer Anteil der Wirtschaftsleistung für Gesundheitsausgaben aufgewendet wird, ist kennzeichnend für viele industriali-

¹ Quelle: Amt für Statistik, zuletzt publizierte Daten für 1999-2011.

sierte Länder. Das liechtensteinische Gesundheitswesen ist ausserdem durch das bekanntermassen hohe Niveau der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich charakterisiert. Die aktuellen Pro-Kopf-Kosten Liechtensteins in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung liegen um 40-50% über jenen der direkten Schweizer Nachbarkantone, wo offenbar zu erheblich niedrigeren Kosten eine umfassende und qualitativ vergleichbare Gesundheitsversorgung verwirklicht werden kann.

Kosten pro Versicherten in CHF im Jahr 2013					
	Liechtenstein	St. Gallen	Graubünden	Zürich	Schweiz
Ärzte Behandlungen (inkl. Praxislabor)	1'112	701	624	903	792
Ärzte Medikamente	509	392	196	275	212
Apotheken	157	139	380	339	416
Spital ambulant	509	504	530	587	626
Spital stationär	1'132	847	722	862	837
Pflegeheime	229	187	202	201	226
SPITEX	42	57	73	68	80
Medizinische Laboratorien	236	56	65	84	85
Physiotherapie	208	76	71	88	83
Übrige	322	95	111	114	124
Total	4'457	3'053	2'975	3'519	3'480

Quelle: BAG-Kostenmonitoring

(Kantone: Jahresmeldungen 2013;

FL: im Rahmen der Datenlieferung an das BAG für das 1. Quartal 2014 gelieferte Werte)

Tabelle 1: Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen

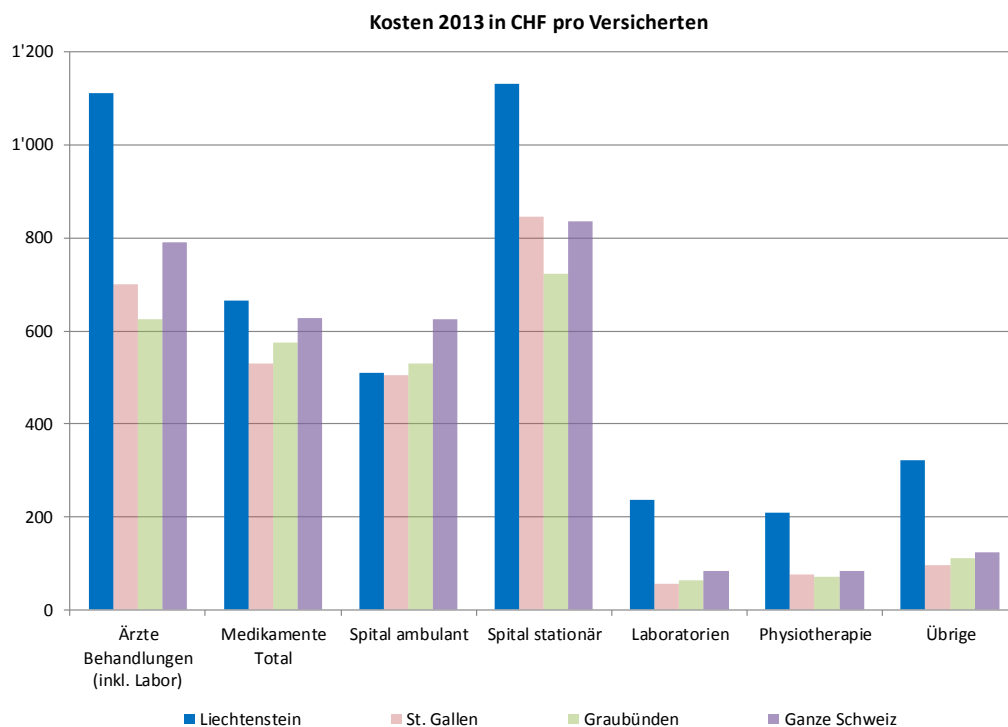


Abbildung 1: Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben nach Kategorien

Beim Vergleich mit der Schweiz ist zu berücksichtigen, dass durch die unterschiedlichen Abrechnungssysteme (Tiers garant und Tiers payant, siehe Abschnitt 3.1.9.2 auf Seite 48) ein Teil der Rechnungen vom Patienten bezahlt, aber nicht bei der Krankenkasse zur Rückerstattung eingereicht wird. Der Unterschied in den Kosten ist aber wesentlich höher als dieser Effekt erklären könnte. Besonders beim medizinischen Labor, der Physiotherapie und den übrigen Leistungen betragen die Ausgaben pro Kopf ein Mehrfaches des Schweizer Niveaus. Wenn es gelingen könnte, die Kosten alleine in diesen drei Bereichen auf den Schweizer Durchschnitt zu senken, hätte im Jahr 2013 eine Ersparnis von CHF 475 pro Versichertem resultiert. Im Vergleich zum Kanton St. Gallen beträgt der Unterschied sogar CHF 540.

1.3 Eine Diagnose: Hohe Mengen

1.3.1 Kosten und Alter

Es ist bekannt, dass mit steigendem Alter auch die Gesundheitskosten steigen. Eine Untersuchung der Zahlen des Jahres 2013 zeigt, dass die Kosten mit steigendem Alter in Liechtenstein exponentiell ansteigen. Ab einem Alter von ca. 55 Jahren betragen die Durchschnittskosten mehr als CHF 5'000 pro Jahr, dies ist wesentlich höher als die bezahlten Prämien von rund CHF 3'400.

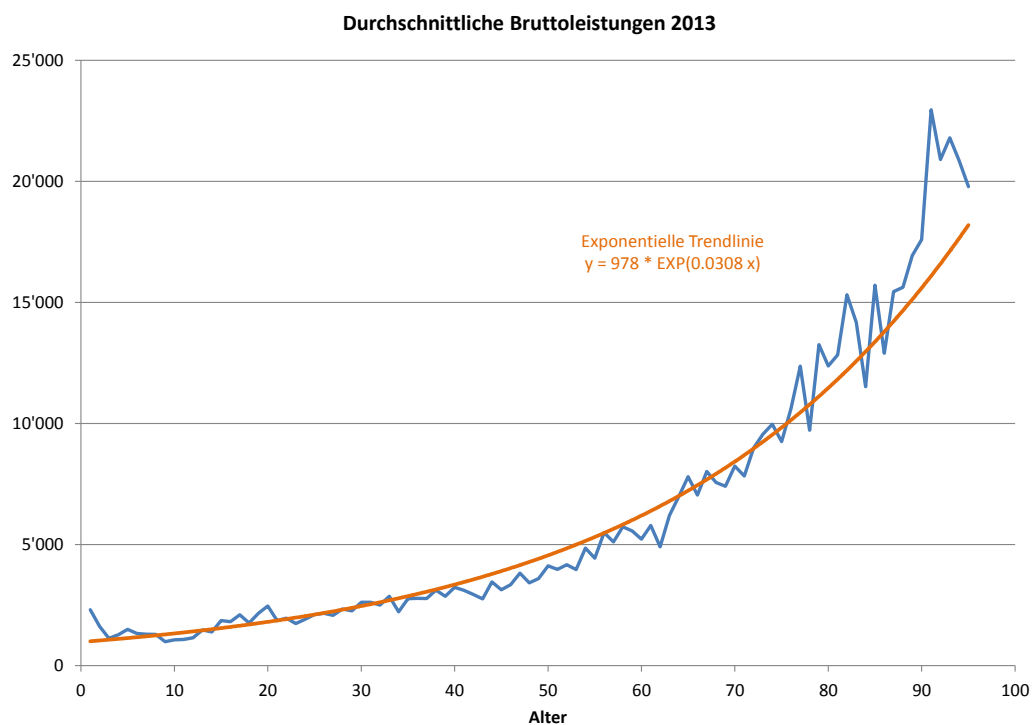


Abbildung 2: Bruttoleistungen der OKP 2013 nach Altersklassen

Bei der Betrachtung der Versichertenstruktur nach Altersklassen sind die geburtenstarken Jahrgänge deutlich zu erkennen. Während sich die Geburten bei rund 400 pro Jahr eingependelt haben, werden die stärksten Jahrgänge mit über 700 Personen immer älter.

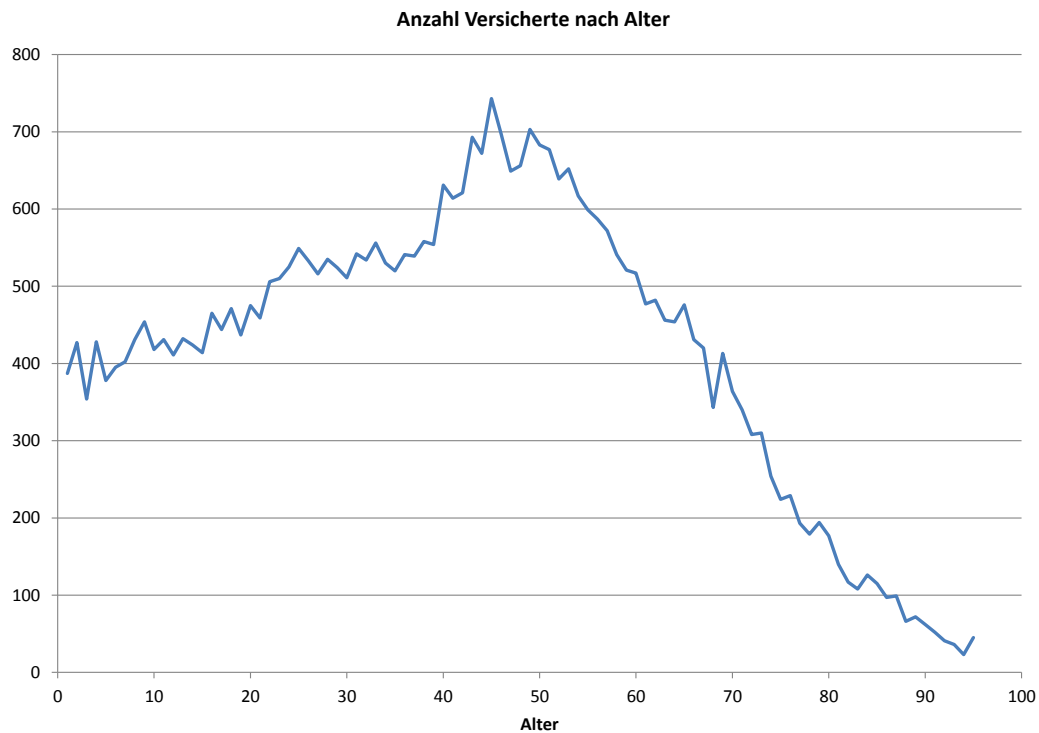


Abbildung 3: Anzahl Versicherte nach Altersklassen

In einer einfachen Simulation wurde nun versucht, den Einfluss dieses Prozesses auf die Gesundheitskosten abzuschätzen. Dabei wurden folgende Annahmen getroffen: Die Kosten pro Altersklasse bleiben wie im Jahr 2013, es findet weder Zu- noch Abwanderung statt, alle heutigen Versicherten überleben die nächsten 20 Jahre bis zu einem Maximalalter von 95 Jahren und die Anzahl Geburten bleibt stabil bei 400 pro Jahr. Dies entspricht einer einfachen Verschiebung der Altersverteilung nach rechts.



Abbildung 4: Verschiebung der Altersstruktur für die einfache Kostenprognose

Wird nun diese neue Altersverteilung mit den Kosten der Altersklassen multipliziert, kann der auf die Veränderung der Altersstruktur der Versicherten zurückzuführende Beitrag der Steigerung der Gesundheitskosten abgeschätzt werden. Diese Art der Simulation wurde für die kommenden 20 Jahre einzeln durchgeführt und ist in der untenstehenden Grafik abgebildet. Es ergibt sich ein ungefähr linearer Anstieg der Kosten mit einer mittleren Wachstumsrate von 2.7% pro Jahr. Da sich die Anzahl der Versicherten ebenfalls erhöht, steigen die Kosten pro Versicherten mit rund 2% pro Jahr etwas weniger stark. Es sei nochmals betont, dass dies eine relativ einfache Simulation ist, welche die Größenordnung der durch demographische Einflüsse zu erwartenden Veränderungen darstellt.

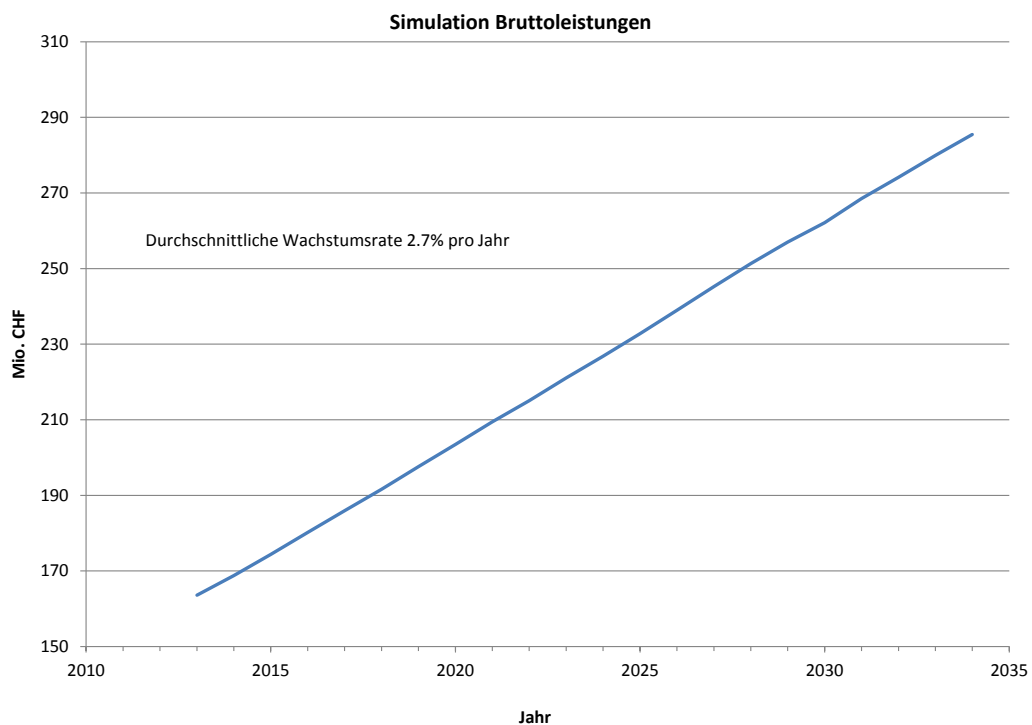


Abbildung 5: Beitrag der Alterung zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen (Simulation über 20 Jahre)

1.3.2 Kostenillusion

Ein wesentliches Problem des aktuellen Systems der Krankenversicherung in Liechtenstein ist die Kostenillusion, das ist der für den einzelnen Versicherten kaum spürbare Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen und den dadurch verursachten Kosten. Nur der geringere Teil der Beiträge der Versicherten hat einen direkten Bezug zur in Anspruch genommenen Leistung. Einem Prämienaufkommen von rund CHF 97 Mio. stehen im Jahr 2013 CHF 10 Mio. an Kostenbeteiligungen gegenüber. 2013 wurden in Liechtenstein 6.3% der Bruttoleistungen aus Kostenbeteiligungen finanziert, in der Schweiz waren es immerhin 14%².

² Die letztverfügbaren Angaben für die Schweiz betreffen das Jahr 2012.

Zudem trägt in Liechtenstein bei allen unselbständig Erwerbstätigen die Hälfte der Prämie der Arbeitgeber. Geschätzte CHF 25-30 Mio. an Finanzierungsbeiträgen der Versicherten stammen aus Arbeitgeberbeiträgen. Die Schweiz kennt keinen Arbeitgeberbeitrag zur OKP.

1.3.3 Hohe staatliche Subventionierungen verzerren Kostenwahrnehmung

Das Gesundheitswesen wird in Liechtenstein stark von der öffentlichen Hand subventioniert (siehe

Abbildung 6), dadurch geht der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen und den dadurch verursachten Kosten verloren. Von den insgesamt zu finanzierenden rund CHF 200 Mio. (Bruttoleistungen, Spitalfinanzierung, Verwaltungskosten der Kassen) wurden 2013 nicht ganz die Hälfte aus Beiträgen des Staates (Staatsbeiträge an Kassen und an Spitäler, Prämienverbilligung) aufgebracht. Zieht man noch die Arbeitgeberbeiträge mit in Betracht, so trägt der Versicherte nur noch 35-40% der Kosten mittels Prämienaufkommen sowie Kostenbeteiligung.

Geldflüsse OKP 2013

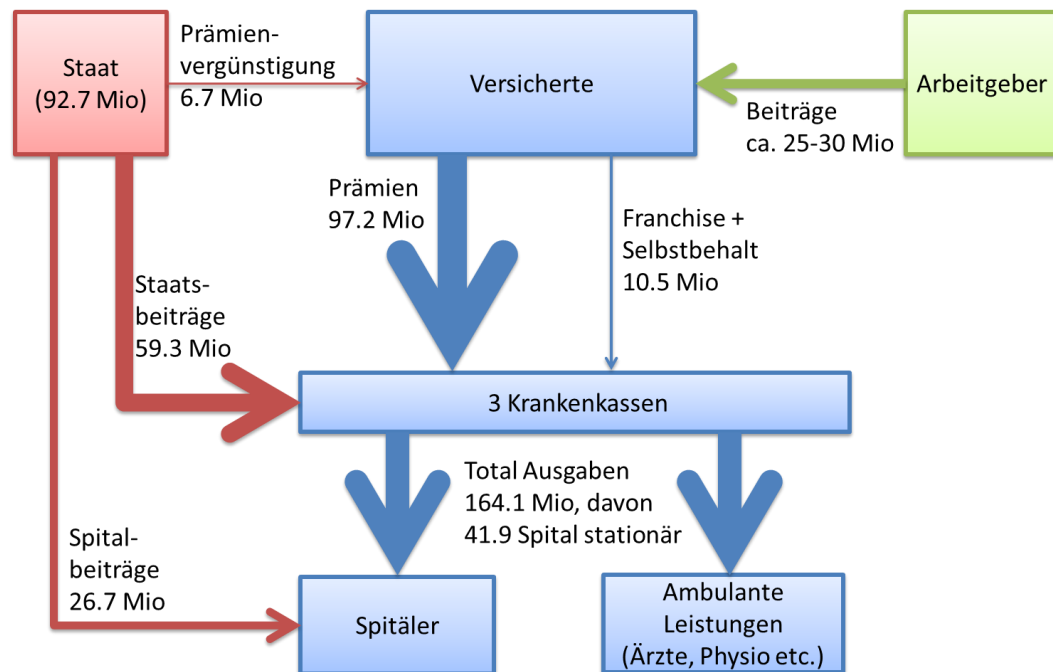


Abbildung 6: Geldflüsse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2013

1.3.4 Geringe Kostenbeteiligung und mangelndes Kostenbewusstsein

Das bestehende System hat aus ökonomischer Sicht immanente Fehlanreize, die den Überkonsum von Gesundheitsleistungen begünstigen. Die im Rahmen der letzten KVG-Revision vom Dezember 2012 (BuA Nr. 20/2012 bzw. Nr. 148/2012) vorgeschlagene Erhöhung der Franchisen wollte diesen Anreizen zu einem Teil begegnen, wurde aber damals vom Landtag bei 12 Ja-Stimmen knapp verworfen. Der Staatsbeitrag an die Kassen wurde dennoch merklich gesenkt. 2015 wird er um CHF 19 Mio. tiefer liegen als im Ausgangsjahr (2013: CHF 52 Mio.). Die Reduktion der staatlichen Subventionen führt direkt zu höheren Prämien, sofern sie nicht durch Massnahmen auf der Kostenseite kompensiert wird. Die Prämien sind 2014 in der Folge bereits um fast 12% gestiegen. Für das Jahr 2015 ist durch die weitere Kürzung des Staatsbeitrags um CHF 9 Mio. von einer weiteren Steige-

rung von CHF 23 pro Monat oder rund 8% auszugehen. Die gestiegenen Kosten werden zudem eine weitere Steigerung der Prämien verursachen, wenn dem Kostenanstieg nicht wirksame Massnahmen entgegengesetzt werden können. Die steigenden Prämien führen zu einem Handlungsbedarf, dem unter anderem mit einer höheren Kostenbeteiligung begegnet werden soll. Es sei darauf hingewiesen, dass eine höhere Kostenbeteiligung einen direkten Einfluss auf die Höhe der Prämien hat.

1.3.5 Hohe Anspruchshaltung – hohe Anzahl Konsultationen

Ein Merkmal des liechtensteinischen Gesundheitswesens ist die mengenmässig vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Bevölkerung. Ein liechtensteinischer Versicherter geht mit durchschnittlich 9.2 ambulanten Arztkonsultationen (Krankenkassenstatistik 2012) entschieden häufiger zum Arzt, als dies im OECD-Durchschnitt (6.6), in den Nachbarländern Schweiz (4.0) und Österreich (6.9), in einem anderen Kleinstaat wie Luxemburg (6.6), oder etwa in den skandinavischen Staaten Dänemark (4.6), Finnland (4.2) oder Schweden (3.0) der Fall ist.³

1.3.6 Hohe Dichte des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen

Liechtenstein geniesst ein besonders gut ausgebautes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen. Darüber hinaus besteht für liechtensteinische Versicherte das grenznahe Angebot, welches ihnen im Rahmen der erweiterten obligatorischen Krankenpflegeversicherung offen steht.

In der Schweiz beträgt die durchschnittliche Ärztedichte im ambulanten Bereich pro 10'000 Einwohner 20.4, in St. Gallen 16.9 und in Graubünden 17.0. Liechten-

³ Vgl. OECD Health Statistics, jeweils letztverfügbarer Wert.

stein dagegen bewegt sich mit 28.5 Ärzten pro 10'000 Einwohner im Bereich städtischer Ballungsräume (Zürich: 24.1, Basel Stadt: 40.2).⁴

In der Grundversorgung kommt in Liechtenstein 2012 im Schnitt auf 466 Einwohner ein niedergelassener Arzt mit OKP-Vertrag. Im Vergleich dazu kam in Vorarlberg laut der dortigen Gebietskrankenkasse auf 1'172 Einwohner ein Arzt mit Kassenvertrag, wobei Vorarlberg im Bundesländervergleich (Bundesdurchschnitt 2012: 1'221 Einwohner/ Kassenarzt) nach Wien das Bundesland mit der österreichweit dichtesten Versorgung darstellt.⁵

Auch bei anderen Anbietern, etwa den Physiotherapeuten, ist die Angebotsdichte in Liechtenstein besonders hoch. 2012 verfügten 91 Physiotherapeuten über eine Zulassung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung. Auf 10'000 Einwohner kommen 2012 in Liechtenstein 24.7 Physiotherapeuten. In Nachbarländern lag diese Kennzahl (2011) bei 14.2 (Deutschland), 3.8 (Österreich), im Kleinstaat Luxemburg bei 16.6.⁶

Es ist naheliegend, dass in Liechtenstein zu einem gewissen Grad die These von der angebotsinduzierten Nachfrage zutreffen dürfte. Diese erklärt den empirisch belegten Zusammenhang zwischen der Pro-Kopf-Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und der Ärztedichte damit, dass Leistungserbringer im Gesundheitssektor Umfang und Struktur der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beeinflussen und dabei eigene (Einkommens-)Interessen verfolgen. Sie verhalten

⁴ Quelle für die Schweiz: Bundesamt für Statistik, Bern, Gesundheitsstatistik; basierend auf Mitglieder-Statistik der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, mit Haupttätigkeit im ambulanten Sektor, Angaben für 2011; für Liechtenstein: Amt für Gesundheit: praktizierende Ärzte ohne Angestellte des Landesspitals, Angaben für 2012.

⁵ Vgl. Vorarlberger Nachrichten vom 18. Januar 2014, G6.

⁶ Quelle: EUROSTAT/ OECD Health Data 2013, Daten für die Schweiz sind dort aktuell nicht publiziert.

sich im Rahmen der bestehenden Anreizsysteme ökonomisch rational, oder einfacher formuliert: Jedes Angebot schafft sich seine Nachfrage.

2. BEGRÜNDUNG DER VORLAGE

2.1 Therapieansatz 1: Erhöhung der Eigenverantwortung

Ein wichtiges Ziel der Bemühungen im Gesundheitswesen ist es, eine gewisse Kontrolle über die Kosten zu erlangen. Kosten ergeben sich aus der Multiplikation von Preisen und Mengen. Die beiden Faktoren in diesem Produkt gilt es gesondert zu betrachten. Im Bereich der stationären Leistungen der Spitäler sind Fallkostenpauschalen festgelegt. Die Preise für ambulante Leistungen sind in Tarifverträgen festgelegt. Durch die „kleine KVG-Revision“ wurde die Kompetenz der Regierung in Tariffragen gestärkt. Dies ist ein wichtiges Instrument auf der Seite der Preise.

Die Beeinflussung der Mengen kann entweder durch Rationierung oder durch ökonomische Mechanismen geschehen. In einigen Staaten werden die Leistungen im staatlichen Gesundheitswesen entweder direkt oder indirekt (durch lange Wartezeiten für nicht lebensnotwendige Behandlungen) rationiert. Die Regierung erachtet diese Form der Mengensteuerung derzeit nicht als angebracht.

Ein ökonomischer Mechanismus, von dem sich die Regierung einen deutlichen Einfluss auf die Mengen verspricht, ist die Erhöhung der Kostenbeteiligung. Einerseits soll die minimale Kostenbeteiligung für alle Versicherten angehoben werden, andererseits soll durch attraktive Versicherungsmodelle die Wahl einer freiwillig gewählten höheren Franchise gefördert werden.

Im Kern der gegenständlichen Vorlage soll daher eine höhere Eigenverantwortung der Versicherten eingefordert werden. Der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen und den dadurch verursachten Kosten soll

stärker spürbar werden, sodass Anreize für den bewussten Umgang beim Bezug von Gesundheitsleistungen gesetzt werden. Erreicht werden soll dies durch:

- Ein neues Versicherungsmodell, welches im Kern eine Trennung von Grund(kosten)versicherung und Hochkostenversicherung bei einer Kosten-
grenze von CHF 5'000 pro Jahr vorsieht;
- die Wahlfreiheit hinsichtlich der individuellen Höhe der Kostenbeteiligung
an den Gesundheitskosten in der Grundversicherung;
- die Erhöhung der minimalen (gesetzlichen) Franchise von derzeit CHF 200
auf CHF 500 pro Jahr;
- die Erhöhung des prozentualen Selbstbehalts von derzeit 10% auf 20%;
- die Erhöhung der maximal möglichen Kostenbeteiligung (Franchise plus
Selbstbehalt) bei Wahl der minimalen Franchise von derzeit CHF 800 auf
CHF 1'400 pro Jahr;
- die Einführung von Gesundheitssparkonten;
- die Umstellung auf das Prinzip des Tiers garant;
- das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages; sowie
- die Abschaffung der Prämienabführung durch den Arbeitgeber in der Kran-
kenpflegeversicherung.

2.2 Therapieansatz 2: Fokussierung staatlicher Beiträge

Mit der Vorlage soll eine klare Fokussierung des finanziellen Engagements des Staates erfolgen, durch:

- Die Beschränkung der staatlichen Subventionierung der Krankenversiche-
rung auf den Hochkostenbereich;
- die Fortführung des Risikoausgleichs;

- die Abschaffung der direkten Auszahlung von Staatsbeiträgen an Spitäler und damit der Übergang von der dualen zur monistischen Finanzierung des stationären Bereiches;
- die Fortführung der Unterstützung von Bezüglern tiefer Einkommen, welche eine adäquate Gesundheitsversorgung nicht vollständig aus eigener Kraft finanzieren können.

2.3 Therapieansatz 3: Verbesserung der Angebotssteuerung

Neben den Vorschlägen, welche auf eine Stärkung der Eigenverantwortung durch Massnahmen auf der Nachfrageseite abstellen, setzt die Vorlage auf Verbesserungen der Angebotssteuerung. Darunter fallen die folgenden Themenbereiche, in denen die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die heutige Rollenverteilung hinterfragt und wo erforderlich verbessert werden sollen:

- Bedarfsplanung;
- Wirtschaftlichkeitsverfahren;
- Festlegung von Kostenzielen;
- Abgabe und Abgeltung von Arzneimitteln;
- Datengrundlagen.

Ein erster Schritt wurde im Bereich Tarife und Preise bereits gesetzt. Im Sinne von Sofortmassnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung wurde hier die Rolle der Regierung gestärkt. Für den Fall, dass sich Tarifpartner innerhalb einer festgesetzten Frist nicht auf einen Vertrag bzw. eine notwendige Überarbeitung einigen können, erhält sie das Recht, einen Tarif zu erlassen oder anzupassen (vgl. revidierter Artikel 16c, LGBI. 2014 Nr. 149).

2.4 Therapieansatz 4: Straffung des Leistungskataloges

Der Leistungskatalog wurde in jüngerer Zeit durch die Leistungskommission bereits systematisch auf Unterschiede zur Schweiz durchforstet. Er birgt hinsichtlich der Angleichung an Schweizer Niveau kaum noch Potenzial.

2.5 Anpassungen beim Taggeld

In der obligatorischen Taggeldversicherung wird die Möglichkeit zum Abschluss von Kollektivverträgen stark benutzt. In diesem Bereich haben sich einige Nachteile des Wettbewerbsprinzips darin manifestiert, dass das obligatorische Krankentaggeld über alle Kassen betrachtet stetig Verluste verzeichnet. Dem Solidaritätsprinzip soll in diesem Bereich wieder stärker zum Durchbruch verholfen werden durch:

- Einführung einer Einheitsprämie;
- Allenfalls möglich wäre die Kombination mit einem Bonus-Malus-Modell ab einer bestimmten Unternehmensgrösse;

Ausserdem werden folgende Verbesserungen beim Taggeld vorgeschlagen:

- Entlastung der Prämien betreffend das Mutterschaftsrisiko durch Senkung der Beiträge zur Familienausgleichskasse;
- Versicherungspflicht bei Rentenvorbezug oder -aufschub;

2.6 Kommissionen im Gesundheitswesen; Weitere Themen

Die Vorlage beinhaltet einige weitere Themen, bei welchen ein identifizierter Anpassungsbedarf auf Gesetzesebene aufgearbeitet werden soll:

- Kommissionen im Gesundheitswesen;
- Bestimmungen zum Vertrauensarzt;
- Klarstellung hinsichtlich der Versicherungspflicht von Grenzgängern;

- Revision der Strafbestimmungen.

3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE

3.1 Das neue Versicherungsmodell

3.1.1 Allgemeines

„Ein Gesundheitsversorgungssystem soll der gesamten Bevölkerung, unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen, den Zugang zu den erforderlichen Leistungen in der nötigen Qualität gewährleisten und dabei für den Einzelnen und die Volkswirtschaft finanziell tragbar sein sowie für alle Beteiligten möglichst viele Wahlfreiheiten offen lassen.“⁷

Das vorgeschlagene neue Versicherungsmodell will dieser Maxime bestmöglich entsprechen, indem es eine Trennung der Krankenversicherung in eine Grundversicherung und eine Hochkostenversicherung mit einer klaren betraglichen Abgrenzung vorsieht. Beide Versicherungen sind obligatorisch. Der Staat leistet für die erwachsenen Versicherten ausschliesslich einen Beitrag an die Hochkostenversicherung, er leistet keinen Beitrag an die Grundversicherung. Die Prämien für beide Versicherungen werden separat berechnet und ausgewiesen.

3.1.2 Hochkostenversicherung

Am oberen Ende der Kostenverteilung sind es üblicherweise einige Wenige, welche aussergewöhnlich hohe Kosten verursachen. 2013 gab es 366 Versicherte, das sind weniger als ein Prozent aller Versicherten, welche Jahreskosten von über CHF 50'000 ausgelöst haben. Daraus lässt sich unter anderem ableiten, dass

⁷ Referat Heinz Locher anlässlich des rechtswissenschaftlichen Symposiums der Privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein (UFL), Triesen, am 22. November 2013.

die individuelle Wahrscheinlichkeit, selbst zu einem solchen Hochkostenfall zu werden, vergleichsweise gering ist. Tritt der Fall allerdings ein, können die Kosten üblicherweise aus eigener Kraft nicht mehr bewältigt werden. Genau hier setzt die obligatorische Hochkostenversicherung ein: Der Zugang zu Leistungen soll unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit gesichert sein. Das Risiko wird verteilt und bleibt auf diese Weise für den Einzelnen tragbar. Das Solidaritätsprinzip ist in der Hochkostenversicherung besonders stark ausgeprägt. Die Kasse setzt jeweils eine Einheitsprämie fest. In diesem Bereich ist schliesslich auch das staatliche Engagement gerechtfertigt, geht es doch darum, den Einzelnen vor individuell nicht mehr tragbaren Risiken zu schützen. Da in Liechtenstein nur höhere Einkommen substanzielle direkte Steuern bezahlen, tragen diese über die Subventionen aus allgemeinen Steuermitteln zur Hochkostenversicherung mehr bei als niedrige Einkommen. Indirekt ist so ein System der einkommensabhängigen Prämie wirksam.

Die Hochkostengrenze soll CHF 5'000 betragen, das heisst alle Ausgaben eines Jahres, welche in Summe CHF 5'000 übersteigen, werden von der Hochkostenversicherung getragen. Diese Grenze soll gesetzlich festgelegt werden und für alle Versicherten gleich sein. Oberhalb der Hochkostengrenze trägt der Staat einen grossen Teil der Kosten und des Risikos (siehe Abschnitt 3.2 ab Seite 63 zum Thema Staatsbeitrag).

Die Wahl des Betrags von CHF 5'000 pro Jahr erfolgte aus zwei Gründen. Einerseits ist dies ein Betrag, der nach allgemeiner Lebenserfahrung einer grossen Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung ein überschaubares finanzielles Risiko darstellt. Aus anderen Lebensbereichen haben handlungsfähige Personen im Allgemeinen eine gewisse Erfahrung in der Entscheidung, welchen Teil eines finanziellen Risikos in dieser Grössenordnung sie absichern oder selbst tragen wollen, beziehungsweise können.

Andererseits ergibt die Simulation des neuen Versicherungsmodells anhand aktueller Daten zu den Gesundheitskosten (siehe Abschnitt 3.1.12 auf Seite 57), dass die Prämie für die Hochkostenversicherung im Bereich des Arbeitgeberbeitrags liegen wird. Die Hochkostenversicherung wird durch Staatsbeiträge stark subventioniert. Wenn die heutigen Arbeitgeberbeiträge (gedanklich) zur Begleichung der Prämie der Hochkostenversicherung verwendet werden, kann damit das neue Versicherungsmodell auf die einfache Aussage verdichtet werden, dass Staat und Arbeitgeber alle Kosten über CHF 5'000 tragen. Im Gegenzug dazu wird der Versicherte dazu verpflichtet, eine höhere Eigenverantwortung für die Kosten unterhalb von CHF 5'000 pro Jahr zu übernehmen.

Diese Überlegung gilt für die unter den genannten Annahmen abgeschätzte Prämiensituation. Auch bei den absehbaren Steigerungen der Gesundheitskosten ist aber zu erwarten, dass durch Staatsbeiträge und Arbeitgeberbeiträge ein grosser Anteil der Kosten in der Hochkostenversicherung abgedeckt werden.

Für Personen ohne Arbeitgeber ändert sich gegenüber der heutigen Rechtslage nichts. Sie müssen weiterhin die Prämien vollständig aus eigenen Mitteln bezahlen. Der Arbeitgeberbeitrag wird aber heute von den meisten Erwerbstätigen nicht wahrgenommen, er ist einfach einer von vielen Einträgen auf der Lohnabrechnung. Den Arbeitnehmern sollte besser bewusst werden, dass sie vom Arbeitgeber bei der Bezahlung ihrer Prämien massgeblich unterstützt werden.

3.1.3 Grund(kosten)versicherung

2013 haben 80% aller Versicherten individuelle Jahreskosten von weniger als CHF 5'000 verursacht. Darunter befanden sich über 5'000 Versicherte, das sind 13% aller Versicherten (inklusive Kinder), welche im Jahr 2013 überhaupt keine Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Anspruch genommen haben. Der untere Bereich der „Bagatellfälle“ ist jener, der sich nach Ansicht

der Regierung besonders gut eignet, um dem Einzelnen möglichst viel Wahlfreiheit offen zu lassen. Jahreskosten von CHF 5'000 sind in der Regel für jeden gut zu überblicken. Diese können und sollen daher in die individuelle Entscheidungskompetenz übertragen werden.

In der neuen so genannten Grundversicherung – also im Bereich zwischen der minimalen gesetzlichen Kostenbeteiligung und der Hochkostengrenze von CHF 5'000 – soll jede erwachsene Person ihre Kostenbeteiligung gestalten können, sprich, sie entscheidet selbst ob sie

- die Gesundheitskosten weitgehend aus eigenen Mitteln trägt (Entscheidung für die maximal mögliche Kostenbeteiligung, d.h. die Maximalfranchise), oder
- zumindest einen Teil der Kosten aus der Grundversicherung bezahlen lässt (Entscheidung für eine der mittleren Franchisestufen), oder
- den Grossteil der Kosten – bis auf die vorgeschriebene Mindestbeteiligung – von der Grundversicherung bezahlen lässt (Entscheidung für die minimale Kostenbeteiligung, d.h. für die gesetzliche Mindestfranchise).

Je nachdem, für welche Höhe der Kostenbeteiligung sich ein Versicherter entscheidet, bezahlt er eine höhere oder tiefere Prämie.

Die Kostenbeteiligung der Versicherten besteht heute aus zwei Elementen, einerseits einem festen Sockelbetrag, auch als Franchise bezeichnet, und andererseits einem prozentualen Selbstbehalt.

Die minimal mögliche Franchise ist heute gesetzlich mit mindestens CHF 200 pro Jahr festgesetzt, höhere Wahlfranchisen sind möglich. Der Selbstbehalt beträgt aktuell 10% der den festen Jahresbetrag übersteigenden Kosten bis maximal CHF 600 pro Jahr. Die untere Grenze der möglichen Kostenbeteiligung soll neu auf CHF 500 pro Jahr erhöht werden. Gleichzeitig wird das System der Wahlfran-

chisen ausgebaut und der prozentuale Selbstbehalt wird auf 20% der zwischen der gewählten Gesamtfranchise und der Hochkostengrenze von CHF 5'000 pro Jahr liegenden Kosten festgelegt.

Im Bereich von Kosten zwischen CHF 500 und CHF 5'000 pro Jahr kann sich also künftig jeder Versicherte für eine Form der Grundversicherung entscheiden, welche seinen Präferenzen bestmöglich entspricht.

3.1.4 Wahlfreiheit bezüglich der festen Kostenbeteiligung in der Grundversicherung

In der Grundversicherung gibt es bereits heute das System der Wahlfranchisen. In der Schweiz machen die Versicherten stark von dieser Möglichkeit Gebrauch und reduzieren dadurch ihre individuelle Prämie. 2012 hat sich fast die Hälfte der in der Schweiz Versicherten (49%) für eine Wahlfranchise entschieden, die andere Hälfte (51%) blieb bei der ordentlichen (minimalen) Jahresfranchise.⁸

In Liechtenstein dagegen nahmen im Jahr 2012 nur knapp 6% der Versicherten diese Option wahr. Das hat sehr wahrscheinlich damit zu tun, dass die Prämien hierzulande durch die hohe staatliche Subventionierung, die Prämienbefreiung von Kindern und den Arbeitgeberbeitrag bisher spürbar tiefer lagen als in der Schweiz, wo es diese Prämienерleichterungen nicht gibt. Die Beschäftigung mit der wählbaren Kostenbeteiligung lohnt sich bei tiefen Prämien weniger. Mit der Senkung der Staatsbeiträge steigen die Prämien aber merklich an. Dadurch wird die Option einer Wahlfranchise zunehmend auch in Liechtenstein interessant.

Nach heutigem Recht können Kassen Wahlfranchisen anbieten, künftig sollen sie in der Grundversicherung dazu verpflichtet werden, mindestens vier alternative

⁸ Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Bundesamt für Gesundheit, Tabelle 11.06.

Höhen der Kostenbeteiligung anzubieten (Mindest- und Höchstfranchise, sowie mindestens zwei weitere Franchisestufen dazwischen). Beim prozentualen Selbstbehalt gibt es keinen Gestaltungsspielraum. Dieser ist gesetzlich für alle Versicherten einheitlich geregelt.

Die Mindestfranchise ist mit CHF 500 pro Jahr definiert. Diese Höhe der festen Kostenbeteiligung muss jeder Versicherte leisten. Der höchstmögliche feste Betrag wird ebenfalls festgelegt. Nachdem auch die Grundkostenversicherung weiterhin eine obligatorische Sozialversicherung bleibt, soll ein gewisses Mass an Solidarität auch in diesem Bereich erhalten bleiben. Die maximal mögliche feste Beteiligung wird daher nicht ganz am oberen Ende der Grundversicherung (also nicht bei CHF 5'000 pro Jahr) liegen, sondern darunter, bei Total CHF 4'000 (= gesetzliche Mindestbeteiligung von CHF 500 zuzüglich freiwillig gewählte, um CHF 3'500 höhere Beteiligung).

Im Bereich zwischen dem minimalen (obligatorischen) und dem maximalen festen Jahresbetrag sind die Kassen frei darin, wie viele weitere Stufen sie anbieten, es müssen aber mindestens zwei weitere „mittlere“ feste Beträge (Franchisen) vorgesehen werden.

Eine „Nullprämie“ für die Grundversicherung kann und soll es in diesem Modell nicht geben. Jeder obligatorisch Versicherte bezahlt auch in der Grundversicherung eine Grundprämie, welche den Solidaraspekt zwischen Gesunden und Kranken sowie die Kosten des Systems abdeckt. Dennoch soll durch eine freiwillig gewählte höhere Franchise ein attraktiver Rabatt auf die Prämie resultieren. Versicherte sollen ausdrücklich ermutigt werden, sich mit der Frage ihrer individuellen Risikofähigkeit und Risikotoleranz auseinanderzusetzen und sich dementsprechend für eine ideale Kombination aus Prämie und Kostenbeteiligung zu entscheiden. Durch den Entscheid für eine höhere Franchise kann der Einzelne Prämien sparen. Die Versicherten sollen diese Ersparnis mit den möglichen Kosten

vergleichen. Wenn Leistungen in Anspruch genommen werden, welche vom Versicherten im Rahmen der Franchise selbst zu tragen sind, ist zu erwarten, dass sich dieser stärker für die Kosten beziehungsweise die Notwendigkeit und den Umfang der Leistungen interessiert und Auswahlentscheidungen trifft. Das maximal mögliche Risiko bleibt dabei innerhalb der Grundversicherung klar begrenzt. Wer möchte, kann auch weiterhin annähernd im bisherigen System verbleiben, indem er sich für die minimale Kostenbeteiligung entscheidet und somit auch im Grundkostenbereich den maximal möglichen Versicherungsschutz genießt.

3.1.5 Erhöhung des prozentualen Selbstbehalts von zehn auf zwanzig Prozent in der Grundversicherung

Das zweite Element der Kostenbeteiligung der Versicherten, der prozentuale Selbstbehalt, bewirkt, dass sich der Versicherte auch nach Bezahlung seiner festen Franchise an den Leistungen, welche er im Rahmen der OKP bezieht, zu beteiligen hat. Nach geltendem Recht ist die Beteiligung mit 10% nicht sehr deutlich spürbar und ausserdem auf maximal CHF 600 im Jahr begrenzt.

Die Verpflichtung zum Mitzahlen liefert einen Anreiz zum kritischen Hinterfragen von vermeidbaren Gesundheitsausgaben. Braucht es wirklich eine weitere Serie von Massagen? Müssen wirklich alle verschriebenen Behandlungen in Anspruch genommen werden? Verzichte ich vielleicht auf eine weitere Packung eines Medikamentes, das daheim bereits im Schrank liegt? Wäre ein Generikum unter Umständen günstiger? Gibt es vielleicht eine passendere und kostengünstigere Grosspackung? Muss ich wirklich nochmals zum Arzt, wenn das Leiden eigentlich schon kuriert ist? Unkritischer „Konsum“ von Gesundheitsleistungen soll durch diese Massnahme reduziert werden.

Das Element der prozentualen Beteiligung an den Kosten soll im Bereich der Grundversicherung gestärkt werden, indem der Prozentsatz der Kostenbeteiligung von bisher 10% auf neu 20% der den festen Betrag übersteigenden Kosten angehoben wird. Der prozentuale Selbstbehalt ist innerhalb der gesamten Grundversicherung zu leisten. Folglich beträgt bei Wahl der Minimalfranchise von CHF 500 die maximal mögliche Belastung aus dem Selbstbehalt 20% von CHF 4'500, also CHF 900 pro Jahr. Die gesamte Kostenbeteiligung beträgt bei einem Entscheid für die Minimalfranchise statt bisher maximal CHF 800 (CHF 200 + 10% bis maximal CHF 600) somit neu maximal CHF 1'400 (CHF 500 + 20 % bis maximal CHF 900) pro Jahr.

Finanziell bedürftige Personen sollen durch die Anhebung der Kostenbeteiligung nicht schlechter gestellt werden. Überall dort, wo die Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung von anderen Sozialsystemen mitgetragen wird, sind die rechtlichen Grundlagen nötigenfalls der Erhöhung anzupassen, wie in Abschnitt 3.1.8.5 auf Seite 45 ausgeführt.

3.1.6 Konsequenzen der höheren Kostenbeteiligung in der Grundversicherung

Durch die Erhöhung des festen Betrages und des prozentualen Selbstbehaltes sind jene, die in stärkerem Umfang Gesundheitsleistungen beziehen, etwas stärker belastet. Dies gilt wohlgemerkt nur für den Bereich von Bruttokosten unterhalb von CHF 5'000 pro Jahr.

Volumenmässig bewirkt die Erhöhung von beiden Unterformen der Kostenbeteiligung (fester Betrag, prozentualer Selbstbehalt) in Verbindung mit der Abschaffung verschiedener Vergünstigungen (siehe unten, Abschnitt 3.1.8) mehr als eine Verdoppelung der Kostenbeteiligung von rund CHF 10 Mio. auf CHF 23 Mio. (Basis: 2013).

Im Gegenzug wird die allgemeine Prämie durch diese Massnahmen entlastet. Umgerechnet auf die Durchschnittsprämie beträgt die Entlastung verglichen mit der heutigen Kostenbeteiligung (auf Basis der aktuellen Zahlen von 2013) etwa CHF 13 Mio. oder knapp CHF 35 im Monat bzw. CHF 420 pro Person und Jahr. Die Veränderung der Kostenbeteiligung, welche sich aus Franchise und prozentualen Selbstbehalt ergibt, ist in der untenstehenden Grafik dargestellt.

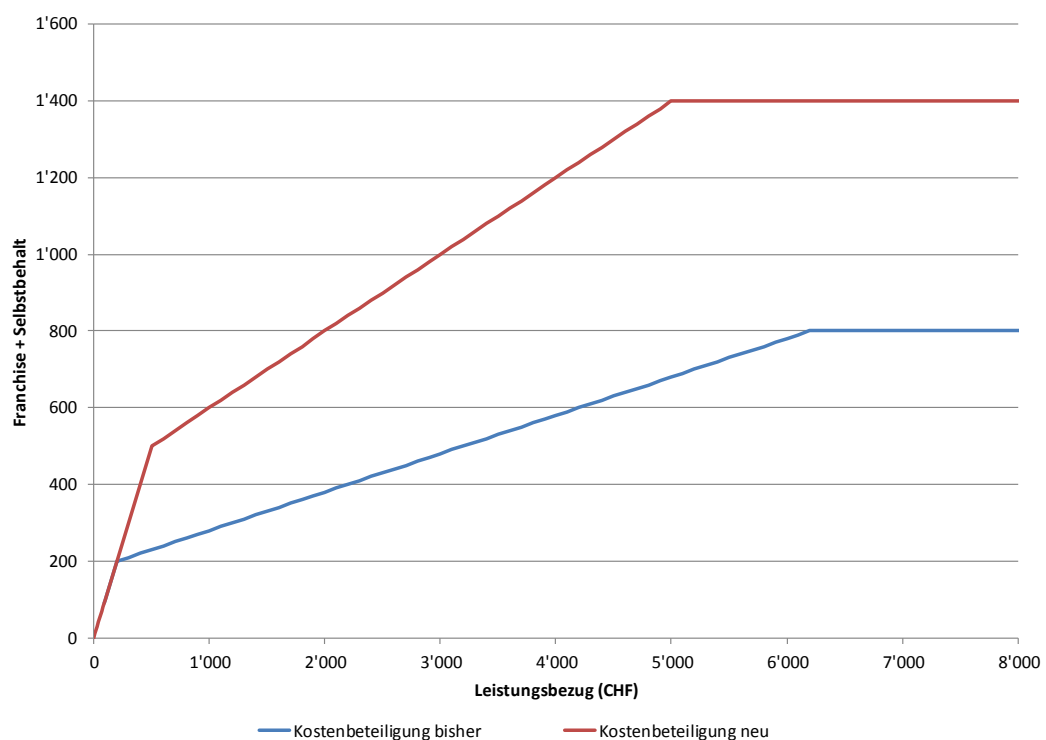


Abbildung 7: Vergleich der Kostenbeteiligung in Abhängigkeit der bezogenen Leistungen eines Kalenderjahres.

Für die Nettoveränderung der Belastung aus Sicht des Versicherten bei einem Systemwechsel ist die oben erwähnte Prämienreduktion von geschätzten CHF 420 pro Jahr, welche sich als direkte Konsequenz aus der Neuregelung der Kostenbeteiligung ergibt, zu berücksichtigen. Somit ergibt sich bei Bezug von hohen Leistungen nicht mehr eine Mehrbelastung von CHF 600 pro Jahr, wie zunächst angenommen werden könnte, sondern nur noch von CHF 180. Wegen der unterschiedlichen Systeme (Heute: Deckelung der Kostenbeteiligung; Neu:

Kostenbeteiligung nur in der Grundversicherung) verschiebt sich der Punkt maximaler Leistung für die höchstmögliche Kostenbeteiligung. Daher ist im Bereich von CHF 5'000 die Netto-Mehrbelastung mit CHF 300 am höchsten und fällt dann zu höheren Leistungen hin auf die erwähnten CHF 180 pro Jahr ab, wie in Abbildung 11 auf Seite 42 dargestellt.

Wer also wenig oder gar keine Leistungen bezieht, fährt somit deutlich günstiger im Vergleich zu heute. Die Modellrechnung erfolgte unter der Annahme, dass alle Versicherten die neue gesetzliche minimale Kostenbeteiligung (CHF 500 pro Jahr) wählen. Der ausdrücklich erwünschte Umstieg auf höhere Wahlfranchisen ist in diesen Berechnungen noch gar nicht berücksichtigt.

3.1.7 Höhe der Kosten und Häufigkeit

Grundlage für die Berechnungen in diesem Abschnitt bilden die Bruttoleistungen der Krankenkassen für das Jahr 2013. Da von den Spitalkosten je nach Vertrag ein Teil direkt vom Staat übernommen wird (beispielsweise 23% für das Landesspital und 55% für das Spital Grabs), verringern sich die Leistungen der Krankenkassen entsprechend. Die hier betrachteten Bruttokosten stellen ausschliesslich die Leistungen der Krankenkassen dar. Die dargelegten Zahlen können aufgrund der Berechnungsweise leicht von den in der offiziellen Krankenkassenstatistik veröffentlichten Zahlen abweichen. In den folgenden Darstellungen werden nur die Kosten der über 16-jährigen Versicherten betrachtet. Die Kosten der Kinder werden zu 90% vom Staat getragen (Art. 24a Abs. 1). Die restlichen 10% (2013 nicht ganz eine Mio. CHF), welche durch die Versicherung zu decken sind, bleiben in der folgenden Betrachtung ausgeklammert.

In der untenstehenden Tabelle 2 sind die Kosten der drei Klassen „unterhalb der Minimum-Franchise“, „zwischen Minimum-Franchise und Hochkostengrenze“ und „über der Hochkostengrenze“ dargestellt. Mit 45% ist der Fall einer Leistung

mit Kosten zwischen Minimum-Franchise und Hochkostengrenze am häufigsten. Gemessen an den Kosten machen alle diese Fälle jedoch nur 20% aus. Aus dieser Zahl darf aber keinesfalls die Aussage abgeleitet werden, dass die Grundversicherung nur 20% der Kosten zu tragen habe. Die Grundversicherung trägt auch die Kosten unterhalb der Hochkostengrenze für diejenigen Versicherten, welche Kosten von über CHF 5'000 verursachen. Es sind also noch 7'771 Fälle mit Kosten von CHF 5'000 zu den CHF 31.5 Mio. zu addieren. Die Grundversicherung hätte im Jahr 2013 somit knapp die Hälfte aller Kosten übernommen.

Bruttoleistungen 2013 Versicherte über 16 Jahre	Anzahl Versicherte	Anteil der Versicherten	Bruttoleistungen	Anteil der Bruttoleistungen	Durchschnittliche Bruttoleistung pro Versicherten
Unter 500	10'392	31%	1'125'778	1%	108
von 500 bis 5'000	14'914	45%	31'466'016	20%	2'110
über 5'000	7'771	23%	121'608'135	79%	15'649
Total	33'077	100%	154'199'929	100%	4'662

Innerhalb der Grundversicherung 71'446'793 46%

Tabelle 2: Verteilung der Bruttoleistungen in der Grundversicherung

Eine verfeinerte Darstellung der Klassen von Kosten findet sich in der folgenden Grafik.

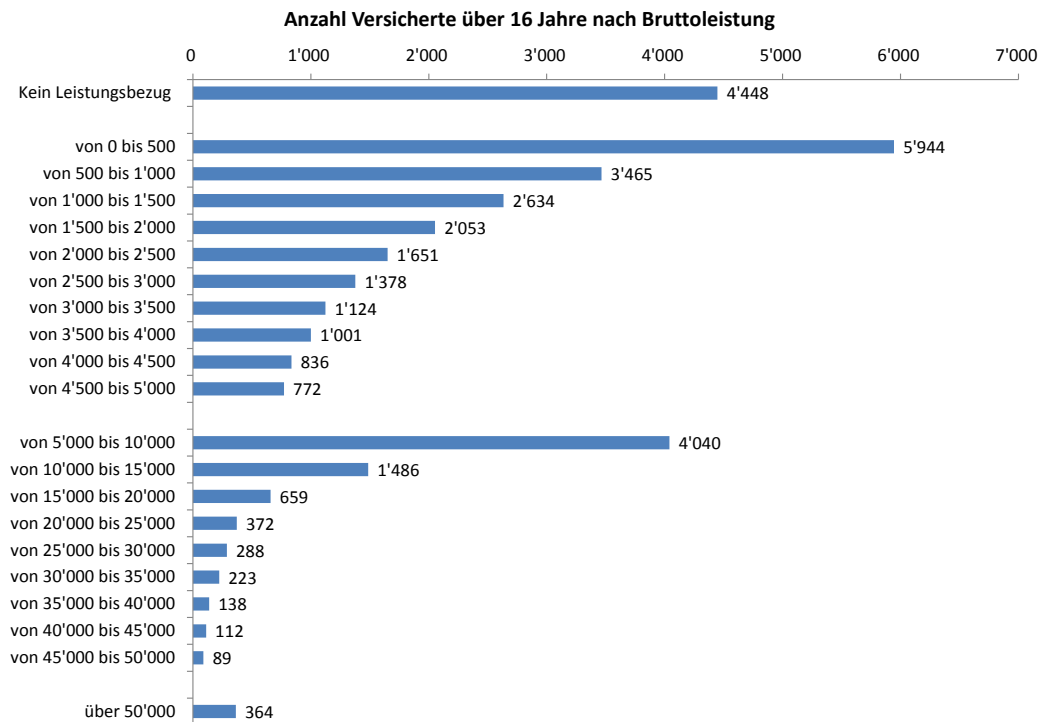


Abbildung 8: Anzahl Versicherte über 16 Jahre nach Klassen von Bruttoleistungen im Jahr 2013

In der Gesamtübersicht über alle erwachsenen Versicherten in der nachfolgenden Abbildung 9 ist der fast exponentielle Rückgang der Anzahl Versicherten über der auf der X-Achse angegebenen Grenze ebenfalls deutlich sichtbar.

Es ist ersichtlich, dass nur 4'448 Versicherte (13.5 %) keine Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet haben. Zusammen mit den 5'944 Versicherten (18%), welche Leistungen von unter CHF 500 abgerechnet haben, ergibt sich, dass 31.5% der Versicherten keine Versicherungsleistungen nach dem neuen Versicherungsmodell in Anspruch genommen hätten. Bei der Wahl einer höheren freiwilligen Franchise durch einen bedeutenden Anteil der Bevölkerung würde sich dieser Anteil noch weiter erhöhen.

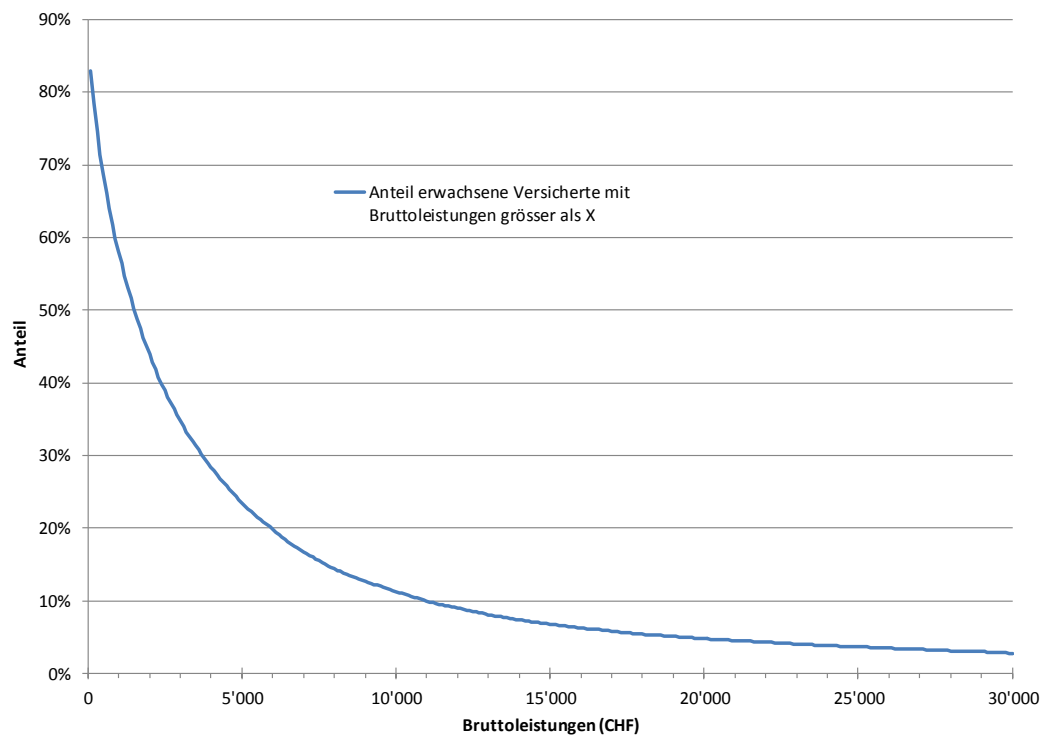


Abbildung 9: Erwachsene Versicherte und Bruttoleistungen im Jahr 2013. Lesebeispiel: „Rund 10% der Versicherten bezogen Leistungen von mehr als CHF 11'000.“

Betrachtet man den Anteil der Versicherten, welche im Jahr 2013 keine Leistungen, beziehungsweise Leistungen unter CHF 500, CHF 1'000 oder CHF 5'000 beziehen, so zeigt sich erwartungsgemäss, dass die Anteile der Versicherten mit geringem Leistungsbezug in mittlerem Alter ein Maximum erreichen, um dann wieder kleiner zu werden. Interessant ist, dass selbst im „gesundesten“ Alter zwischen 20 und 30 Jahren nur etwas über 20% der Versicherten keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Fast die Hälfte der Versicherten in dieser Altersklasse verursachte jedoch im Jahr 2013 Kosten von unter CHF 500 (Abbildung 10).

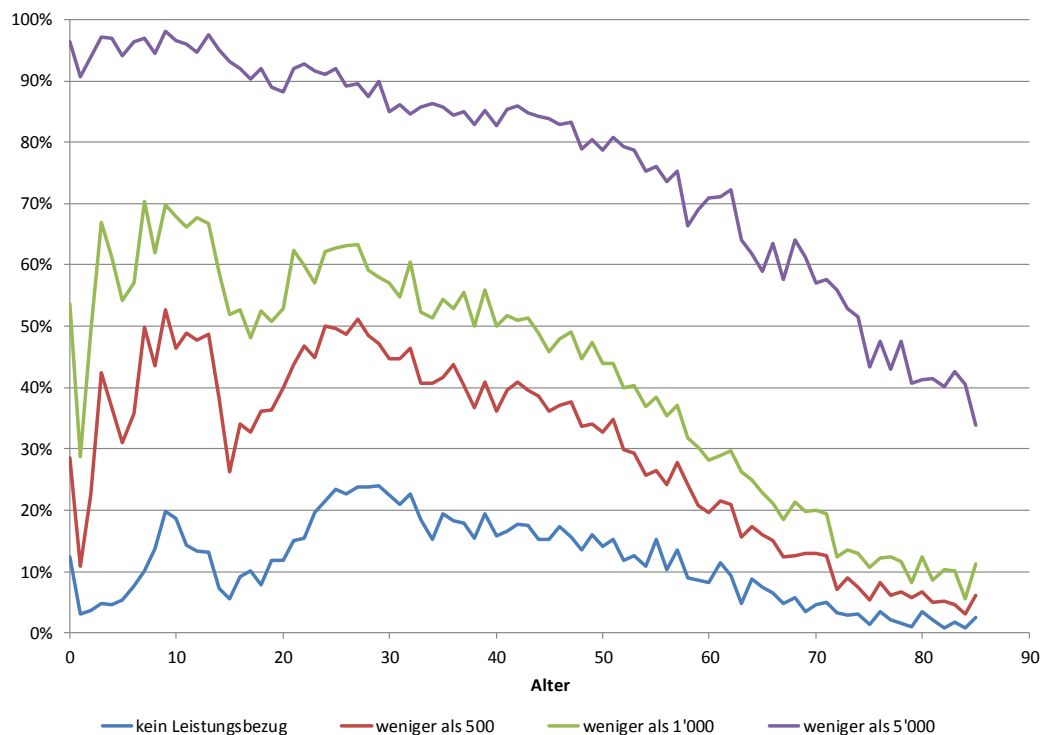


Abbildung 10: Anteile der Versicherten und Leistungsbezug

Bei den älteren Versicherten ist bemerkenswert, dass selbst im Alter von 75 Jahren rund die Hälfte der Versicherten Leistungen von weniger als CHF 5'000 bezogen haben.

3.1.8 Weitere Themen mit Bezug zur Kostenbeteiligung in der Grundversicherung

3.1.8.1 Beibehaltung der Befreiung von Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen bei Mutterschaft

Die geltende Regelung, dass bei Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erhoben wird, wird weiterhin beibehalten. Vorsorgeuntersuchungen in einem bestimmten Intervall sollen kostenlos möglich sein. Damit soll verhindert werden, dass das präventive Angebot wegen der Kos-

tenbeteiligung nicht in Anspruch genommen wird und mögliche Krankheiten zu spät entdeckt werden.

3.1.8.2 Beibehaltung der Begünstigung von Kindern und Jugendlichen bei Prämien und Kostenbeteiligung

Kinder bis zum vollendeten 16. Altersjahr sollen weiterhin von Prämien befreit bleiben, auch wird weiterhin von der Erhebung einer Kostenbeteiligung in der Grundversicherung Abstand genommen. Die überwiegend staatliche Finanzierung der von Kindern verursachten Kosten bleibt im heutigen Umfang bestehen. Jugendliche bis zum vollendeten 20. Altersjahr bezahlen weiterhin die halbe Prämie und sind von der Kostenbeteiligung befreit.

3.1.8.3 Abschaffung der hälftigen Kostenbeteiligung für Rentner

Gemäss heute geltender Rechtslage reduzieren sich für Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters Franchise und Selbstbehalt auf die Hälfte. Im neuen Modell sollen alle erwachsenen Versicherten gleich behandelt werden.

Berücksichtigt man, dass Hochkostenfälle mit höherer Wahrscheinlichkeit im höheren Alter oder am Ende des Lebens auftreten, so ist durch die einheitliche Prämie und die Subventionierung durch den Staat die Solidarität zwischen Jung und Alt in der Hochkostenversicherung besonders stark ausgeprägt. In der Grundkostenversicherung unterhalb von CHF 5'000 pro Jahr hingegen ist die Erhöhung der Selbstverantwortung auch für Ältere ausdrücklich gewollt. Eine Aufrechterhaltung der Begünstigung wäre mit Blick auf die Verwaltung der Gesundheitssparkonten (siehe unten, Abschnitt 3.1.9) zudem wenig praktikabel und läuft den Grundsätzen der Reform zuwider.

Alter soll nicht prinzipiell mit Bedürftigkeit gleichgesetzt werden, sondern es soll auf Basis individueller Prüfungen über die finanzielle Bedürftigkeit entschieden

werden. Für Bedürftige vor und nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters greifen die entsprechenden Sozialsysteme, in deren Rahmen Gesundheitskosten, darunter auch die Kostenbeteiligung, welche maximal CHF 1'400 in einem Kalenderjahr betragen kann, berücksichtigt werden.

Wie in Abschnitt 3.1.6 auf Seite 34 dargelegt, reduziert sich durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung für alle Versicherten die Prämie merklich, so auch für die Rentner. Die Nettoveränderungen der Belastung durch Prämie und Kostenbeteiligung ist in der untenstehenden Abbildung 11 dargestellt.

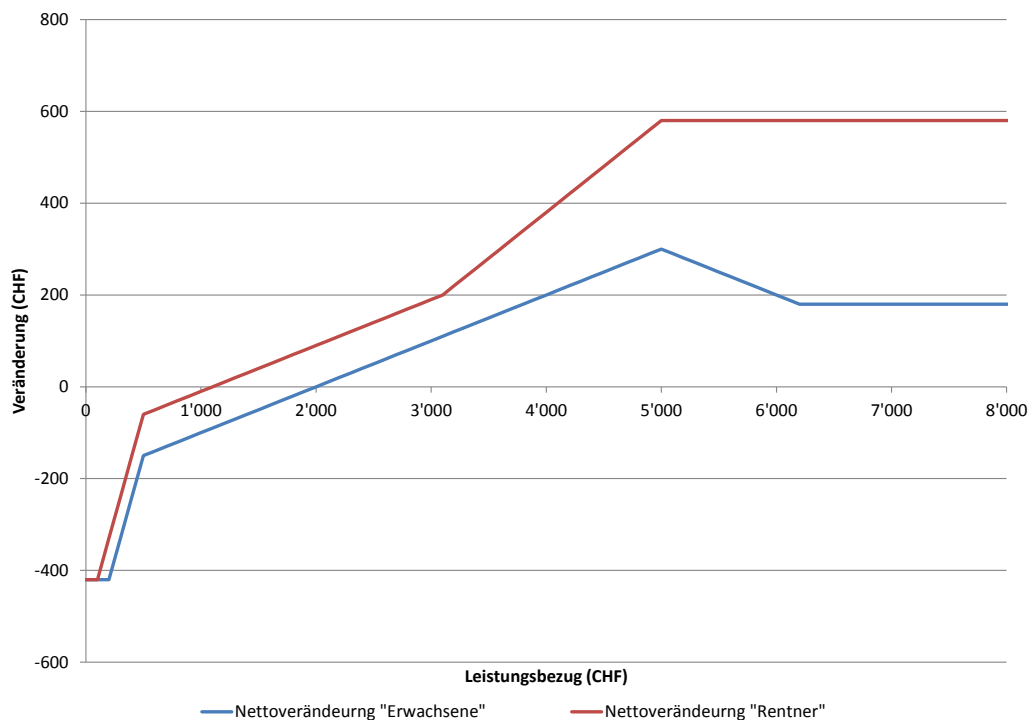


Abbildung 11: Kumulierte Veränderung der Belastung bzw. Entlastung (negative Werte) durch niedrigere Prämie und höhere Kostenbeteiligung in Abhängigkeit der bezogenen Leistungen.

Die maximale Mehrbelastung der Rentner gegenüber dem heutigen System beträgt gemäss diesen Berechnungen CHF 580 pro Kalenderjahr. Dies ist ein Betrag, der angesichts der erwarteten Lenkungswirkung einer höheren Kostenbeteiligung und der Vereinfachung des Systems als durchaus zumutbar angesehen werden kann. Bei Rentnern, die finanziell bedürftig sind, soll, wie in Abschnitt

3.1.8.5 dargelegt, diese mögliche Mehrbelastung bei der Berechnung von Unterstützungsleistungen entsprechend kompensiert werden.

3.1.8.4 Abschaffung der Befreiung chronisch Kranker von der Kostenbeteiligung

Die Abschaffung der Befreiung chronisch Kranker von der Kostenbeteiligung wurde bereits einmal zur Diskussion gestellt, jedoch nicht weiter verfolgt (vgl. BuA Nr. 20/2012 und 148/2012). Es soll aus folgenden Gründen ein neuer Vorstoss unternommen werden:

Eine objektive Festlegung von Indikationen, welche als „chronisch“ einzustufen sind, ist in der Praxis nicht möglich. Es gibt Leiden, die man landläufig als chronisch einstufen würde (z.B. Diabetes, Nierenschäden, Bluthochdruck, Magenübersäuerung, zu hohe Cholesterinwerte). Eine Aufnahme solcher Indikationen in die Liste der Befreiungstatbestände könnte mangels klarer Kriterien nicht eindeutig abgelehnt werden, würde mittelfristig jedoch dazu führen, dass ein massgeblicher Prozentsatz aller Liechtensteiner weder Franchise noch Selbstbehalt zu tragen hätte. Dadurch würde das vorgeschlagene neue Modell untergraben.

Umgangssprachlich als chronisch bezeichnete Erkrankungen können individuell ganz unterschiedliche Auswirkungen haben, von minimalen bis hin zu lebensbedrohlichen Konsequenzen. Auch jemand, der gut mit den Konsequenzen beispielsweise seines Bluthochdrucks oder seiner Altersdiabetes leben kann, wäre von jeglicher Selbstbeteiligung befreit, sobald die Krankheit auf die Liste der chronischen Erkrankungen aufgenommen wird.

Es gibt auch Erkrankungen, wie die chronische Schilddrüsenunterfunktion, welche weit verbreitet sind, die aber nur sehr geringe Kostenfolgen zeitigen. Sie beschränken sich im Wesentlichen auf die regelmässige Einnahme von günstigen

Medikamenten (Jahreskosten je nach Dosierung von CHF 60 - 120). Wird in so einem Beispiel die Kostenbefreiung einmal gewährt, so wird dieser Entscheid nie wieder hinterfragt. Die Befreiung greift zudem auch bei allen anderen Erkrankungen des betreffenden Patienten, also z.B. einer Knieoperation oder der Behandlung eines simplen grippalen Infekts, wie er jeden treffen kann.

Die heutige Befreiung erwachsener chronisch Kranker von der Franchise und vom prozentualen Selbstbehalt schafft also mehr Ungerechtigkeiten als sie verhindert.

Die Kostenbeteiligung ist für jeden, also auch für den chronisch Kranken, auch bei hohen Kosten für die Behandlung, begrenzt und kalkulierbar, bzw. im neuen Modell innerhalb einer Bandbreite von CHF 500 und CHF 5'000 pro Jahr gestaltbar. Auch ein chronisch Kranker bezahlt, wenn er die minimale Franchise wählt, jährlich maximal CHF 500 zuzüglich 20% der darüber hinausgehenden Kosten an Kostenbeteiligung. Der Erhöhung der Kostenbeteiligung von heute Null auf neu CHF 1'400 ist die Verringerung der Prämien von geschätzten CHF 420 gegenüberzustellen (siehe Abschnitt 3.1.6). Gegenüber der heutigen gesetzlichen Regelung würde ein chronisch Kranker (sofern seine Krankheit in der heute mit sehr unklaren Kriterien entstandenen Liste „zufällig“ überhaupt enthalten ist) bei hohem Leistungsbezug eine Mehrbelastung von maximal CHF 1'000 pro Kalenderjahr erfahren.

Chronische Erkrankungen sind nicht mit finanzieller Bedürftigkeit gleichzusetzen. Leider werden die beiden Kategorien in der Diskussion um dieses Thema oft vermischt. Die Bedürftigkeit und damit das Anrecht auf finanzielle Unterstützung der Gesellschaft für den Einzelnen soll auch für chronisch Kranke auf individueller Basis nach Prüfung der finanziellen Verhältnisse festgelegt werden. Die zu erwartende Mehrbelastung soll bei der Berechnung von Unterstützungsleistungen entsprechend kompensiert werden (siehe Abschnitt 3.1.8.5).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass chronische Erkrankungen von Kindern keine Belastung durch die Kostenbeteiligung auslösen, da Kinder weiterhin von Franchise und Selbstbehalt befreit sind. Die Kosten für medizinische Massnahmen als Folge von Geburtsgebrechen werden von der Invalidenversicherung gemäss Art. 3quater des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen (ELG) bis zum 20. Lebensjahr vollständig übernommen.

Die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Heilbehandlung, Lohnausfall, Rente) sind bei Arbeitnehmern obligatorisch über das Unfallversicherungsgesetz (UVersG) abgedeckt. Dieses kennt keine Selbstbeteiligung hinsichtlich der erforderlichen Behandlungen.

Daher ergibt sich durch die vorgeschlagene Neuregelung der Kostenbeteiligung für diese Personenkreise ebenfalls keine Veränderung. Bei Erwachsenen soll, wie bereits erwähnt, die individuelle finanzielle Leistungsfähigkeit bei der Entscheidung über finanzielle Unterstützungsmassnahmen berücksichtigt werden. Eine Gewährung von Vergünstigungen beziehungsweise eine Unterstützung zu Lasten der Allgemeinheit ist nur angezeigt, wenn auch tatsächlich eine finanzielle Bedürftigkeit gegeben ist.

3.1.8.5 Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf Bezüger von Sozialleistungen

Eine höhere Kostenbeteiligung ist eine finanzielle Belastung, welche bei den Sozialleistungen für Bedürftige ausgeglichen werden muss. Dabei sind die Mechanismen für die wirtschaftliche Hilfe („Sozialhilfe“) und die Ergänzungsleistungen zur AHV oder zur IV verschieden.

Bei der wirtschaftlichen Hilfe werden die effektiven Selbstbehalte direkt übernommen. Die angefallene Kostenbeteiligung wird in vollem Umfang vom Amt für Soziale Dienste vergütet. Die Erhöhung der Kostenbeteiligung hat daher keine

Änderungen an Gesetzen oder Verordnungen im Bereich der wirtschaftlichen Hilfe zur Folge.

Für die Ergänzungsleistungen ist in Art. 2 Abs. 4 Bst. i des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen festgelegt, dass für die Kostenbeteiligung eine per Verordnung festgelegte Pauschale in Abzug gebracht werden darf. Diese Pauschale ist in Art. 19bis der Verordnung zum Gesetz über die Ergänzungsleistungen derzeit mit CHF 720 für Personen über 21 Jahre und CHF 360 für Personen über 65 Jahre festgelegt. Diese Pauschale müsste entsprechend angepasst werden.

3.1.9 Gesundheitssparkonto

3.1.9.1 Grundmodell Gesundheitssparkonto

Die Wirksamkeit der höheren Kostenbeteiligung wird durch das zusätzliche Element des Gesundheitssparkontos weiter verstärkt: Eine höhere Franchise kann im vorgeschlagenen Versicherungsmodell nicht einfach gewählt werden, sondern der entsprechende Betrag muss auf einem so genannten Gesundheitssparkonto hinterlegt sein, so dass dieser bei Leistungsanfall zur Verfügung steht.

Der Stand des Gesundheitssparkontos definiert die Höhe der zusätzlich gewählten Franchise und somit die Grundlage für die individuelle Prämienberechnung in der Grundversicherung. Die Prämienanpassung in Abhängigkeit des Saldos des Gesundheitssparkontos erfolgt einmal im Jahr (Vorschlag: Ende Juli). Je höher der Kontostand und damit die Wahlfranchise an diesem Stichtag, desto tiefer die Prämie.

Der minimale (obligatorische) feste Jahresbetrag von CHF 500 ist im Leistungsfall, wie heute, immer vom Versicherten zu leisten und kann nicht vom Konto bezogen werden. Umgekehrt müssen bzw. dürfen die ersten CHF 500 auch nicht auf dem Sparkonto hinterlegt werden. Wer sich also für die Mindestfranchise ent-

scheidet, muss vorgängig keine Einzahlung leisten. Seine Kostenbeteiligung fällt erst dann an, wenn er eine Leistung bezieht.

Der Kontostand kann maximal einen Wert erreichen, welcher der höchsten zusätzlich wählbaren Franchise entspricht, also maximal CHF 3'500 (maximal mögliche Franchise von CHF 4'000 abzüglich gesetzlicher Mindestfranchise von CHF 500).

Im Krankheitsfall hat der Versicherte die Wahl, ob die Kosten zu Lasten des Gesundheitskontos bezahlt werden, oder ob er die Kosten aus der eigenen Tasche trägt. Beahlt er selbst, so bleibt der Kontostand erhalten und die Prämie weiterhin entsprechend tief. Wird das Konto beansprucht, so sinken dessen Stand und damit der gewählte feste Jahresbetrag der Kostenbeteiligung für die Zukunft. Die Prämie für die Grundversicherung wird in der Folge zum Jahreswechsel nach oben angepasst.

Über Gesundheitssparkonten werden die im Vergleich zur heutigen Wahlfranchise höheren möglichen Kostenbeteiligungen für den Krankheitsfall sichergestellt. Das System wird damit gegen jenen denkbaren Missbrauch abgesichert, dass ein Einzelner sich bewusst für eine hohe Selbstbeteiligung entscheidet, im Krankheitsfall diese jedoch nicht aufbringen kann oder will und die nicht gedeckten Kosten damit der Allgemeinheit aufbürdet.

Im Vorfeld der Vernehmlassung wurden mit den Kassen praktische Umsetzungsfragen zum Gesundheitssparkonto diskutiert. Dabei wurden die im Folgenden skizzierten, für die Umsetzbarkeit des Modells wesentlichen Ideen eingebracht.

Erheblichen administrativen Aufwand würde es verursachen, wenn der Versicherte von den Mitarbeitern der Leistungsabteilungen der Kassen bei jeder Rechnung gefragt werden muss, ob er die Leistung bezahlen oder vom Gesundheitssparkonto beziehen möchte.

Es bieten sich zwei mögliche Lösungen an:

- Umstellung auf den Tiers garant, sodass der Versicherte jede Rechnung erhält und diese selbst begleicht. Sodann kann er sie je nach Wunsch bei der Kasse einreichen oder nicht.
- Umkehrung des Prinzips: Die Kostenbeteiligung für bezogene Leistungen wird prinzipiell vom Gesundheitssparkonto abgebucht. Der Versicherte erhält rechtzeitig vor der Prämienermittlung für das Folgejahr eine Mitteilung über den aktuellen Stand des Kontos und kann dieses auf Wunsch aufstocken.

Das skizzierte neue Versicherungsmodell ist am einfachsten im Tiers garant umsetzbar, es soll daher diese Variante weiter verfolgt werden.

3.1.9.2 Umstellung auf den Tiers garant

In der Krankenversicherung gibt es zwei unterschiedliche Systeme der Leistungsvergütung, den Tiers garant („der Dritte garantiert“) und den Tier payant („der Dritte bezahlt“). Neben dem Arzt und dem Patienten ist hier die Krankenkasse als dritte Partei bezeichnet.

In Liechtenstein gilt heute der Tiers payant. In diesem Abrechnungsmodell schickt der Leistungserbringer die Rechnung an die Krankenkasse des Patienten. Die Kasse begleicht die Rechnung direkt an den Leistungserbringer. Der Versicherte erhält von der Kasse eine vereinfachte Abrechnung über seine Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt).

Im Alternativmodell, dem Tiers garant, zahlt der Versicherte selbst die Rechnung an den Leistungserbringer, wobei seine Krankenkasse die Deckung garantiert. Der Versicherte erhält also immer alle einzelnen und detaillierten Rechnungen.

Nach Bezahlung und Einreichung bei seiner Kasse werden ihm die kassenpflichtigen Leistungen nach Abzug seiner Kostenbeteiligung rückerstattet.⁹

Das vorgeschlagene neue Versicherungsmodell ist im Tiers garant vergleichsweise einfach umsetzbar. Aufwändige Rückfragen der Kassen erübrigen sich. Der Versicherte erhält die Rechnung. Er bezahlt sie und entscheidet dann, ob er die Rechnung bei der Kasse einreichen möchte oder nicht.

Die Vorteile dieser Lösung im Hinblick auf das Modell sind:¹⁰

- Im Behandlungsverhältnis wie auch hinsichtlich der Rechnungslegung sind jeweils Patient und Leistungserbringer die Vertragspartner. Ökonomisch gesprochen wird auf Patientenseite die Identität von Entscheider, Nutzer und Zahler hergestellt;
- klare Kostentransparenz, indem der Patient jede Rechnung mit allen Details sieht, bevor er sie seiner Kasse weiter leitet;
- der Leistungserbringer muss sich direkt gegenüber dem Patienten verantworten für Art und Umfang der berechneten Leistungen;
- Rechnungskontrolle durch den Patienten, vor allem dahingehend, ob die abgerechneten Leistungen auch erbracht wurden und ob die angegebene indikative Zeitangabe plausibel ist;
- Förderung des Verantwortungs- und Kostenbewusstseins.

⁹ In der Schweiz gilt im Grundsatz der Tiers garant (Art. 42 Abs. 1 CH KVG), sofern Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. In der Praxis erlauben in der Schweiz die Tarifverträge vielfach, dass in Einzelfällen der Versicherer als Honorarschuldner bestimmt wird. Dies ist laut Gesetz möglich, sofern der Patient zustimmt.

¹⁰ Die Funktionsweise sowie die Vor- und Nachteile der beiden Rechnungslegungsmodelle wurden im Bericht und Antrag betreffend die Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens (BuA Nr. 51/2010) ausführlich dargelegt.

Eine Ausnahme soll es weiterhin für den stationären Bereich geben. Hier soll – nicht zuletzt wegen der Höhe der üblicherweise generierten Kosten – auf eine Vorauszahlung durch den Patienten verzichtet werden und der Tiers payant (in Kombination mit der üblichen vorgängigen Kostengutsprache) weiter erhalten bleiben. Im Übrigen kann der Patient im Tiers garant seinen Rückerstattungsanspruch (d.h. seinen Nettoanspruch, also den Rechnungsbetrag nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt) gegenüber der Krankenkasse dem Leistungserbringer schriftlich abtreten. Wenn also abzusehen ist, dass eine Behandlung langwierig und kostenintensiv sein wird, kann der Patient mit dem Arzt eine Abtretungserklärung für einen definierten Zeitraum vereinbaren, um sich vor hohen Rechnungen zu schützen.

Die Umstellung auf den Tiers garant bedeutet nicht, dass die Vorteile der heute in massgeblichen Bereichen bereits praktizierten elektronischen Leistungsabrechnung damit automatisch aufgegeben werden. Heute werden alle elektronischen Rechnungen von Liechtensteinischen Ärzten über die Schweizer Firma MediData verarbeitet. Von dort wird die Rechnung (im geltenden Tiers payant) automatisch an die entsprechende Krankenkasse weitergeleitet („Push-Prinzip“). Eine Rechnungskopie an den Patienten kann auf Wunsch erstellt werden.

Das System funktioniert aber auch im Tiers garant: Der Arzt übermittelt hierbei die Rechnung wie heute an MediData. Dort, oder auf Wunsch alternativ auch direkt in der Arztpraxis, wird die Rechnung ausgedruckt, kuvertiert, frankiert und an den Patienten verschickt. Reicht dieser die Rechnung bei seiner Kasse ein, so kann die Krankenkasse die Rechnungsdetails elektronisch bei MediData abrufen („Pull-Prinzip“), sie muss die Positionen der eingereichten Rechnung also nicht manuell in ihr EDV-System eingeben.

Die Kassen haben somit für statistische Auswertungen, etwa den Daten- oder den Tarifpool, weiterhin die Informationen über 100% der mit ihnen abgerechneten

ten Leistungen. Entscheidet sich ein Versicherter, die Rechnung nicht einzureichen, sondern selbst zu begleichen, so wird diese Rechnung zwar im System erfasst, die Information landet jedoch nicht bei den Kassen. Der Patient kann damit unter anderem auch allein entscheiden, welche Rechnungen und damit welche Erkrankungen er gegenüber seiner Krankenkasse offen legen will.

Der Regierung ist bewusst, dass mit dieser Umstellung Kosten, vor allem für den Rechnungsversand an die Patienten, generiert werden. Derartige Kosten entstehen aber in jedem Unternehmen. Die Vorteile hinsichtlich Transparenz und Rechnungskontrolle durch die Versicherten überwiegen jedoch. Wenn der Versicherte die Wahl hat, eine Rechnung selbst zu bezahlen oder sein Gesundheitssparkonto damit zu belasten, so soll er auch direkt über die Höhe und die Details der Rechnung informiert sein.

Im Idealfall erhält er die Rechnung sogar direkt nach der Behandlung noch in der Arztpraxis. Ähnlich wie beim Check Out im Hotel kann er zu diesem Zeitpunkt die in Anspruch genommenen Dienstleistungen und die bezogenen Medikamente am besten kontrollieren.

Aus der Sicht des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) ist im ambulanten Bereich der Tiers garant die bevorzugte Abrechnungsmethode. Laut FMH sind das Abrechnungsvolumen und die Verwaltungskosten im Tiers payant höher. Auch das Argument, dass die Zahlungsmoral beim System Tiers payant besser sei, konnte widerlegt werden. Die Auswertungen über mehrere Kantone hätten sogar gezeigt, dass die Debitorenverluste im Tiers garant generell geringer ausfallen als im Tiers payant. Auch die Risikostreuung ist im Tiers garant grösser als im Tiers payant, da die Zahl der Schuldner (Patienten) natürlich grösser ist und der Betrag pro Schuldner kleiner. Im Tiers payant gelten die Abtretungen pauschal, der Patient verliert die Entscheidungshoheit, was auch daten-

schutzrechtlich relevant sein kann. Im Tiers garant können im Einzelfall Abtretungserklärungen sinnvoll sein.

3.1.9.3 Abwicklung des Gesundheitssparkontos und Prämienkalkulation in Abhängigkeit vom Stand des Gesundheitssparkontos

Neben Leistungsbezügen vom Gesundheitssparkonto ist auch eine Aufstockung des Kontos durch Einzahlung des Versicherten bis zu einem definierten Stichtag jederzeit möglich. Der für die Prämienberechnung relevante Stand des Gesundheitssparkontos wird zu diesem Stichtag erhoben. Der Versicherte bestimmt die Höhe seines Gesundheitssparkontos und somit die Höhe seiner Wahlfranchise also durch Leistungsbezüge zulasten und (sofern gewünscht) Einzahlungen zugunsten seines Kontos.

Nachdem das Gesundheitssparkonto nach verschiedenen Abbuchungen und/oder einer freiwilligen Aufstockung prinzipiell jeden beliebigen Wert innerhalb der festgesetzten Bandbreite annehmen kann, würde es im Modell unendlich viele Prämienabstufungen geben (lineare Prämienabstufung). Die Prämienanpassung könnte in einer theoretischen Modellwelt zudem jeden Monat aufs Neue erfolgen.

In der Praxis ist dies kaum administrierbar, sodass die Kassen zum einen mit einem Stichtag und zum zweiten mit mehreren definierten Franchisestufen bzw. Prämienstufen agieren sollen. Je nach Stand des Gesundheitssparkontos zum Stichtag ist die jeweils darunterliegende Franchisestufe für die Prämienkalkulation des Folgejahres relevant (z.B. Kontostand CHF 1'621.35, es gilt die Prämienstufe CHF 1'500). Die Kassen entscheiden individuell, wie viele Prämienstufen sie anbieten, es müssen jedoch wie beschrieben (vgl. Abschnitt 3.1.4 ab Seite 31) zusätzlich zur Prämie bei Wahl der gesetzlichen Minimalfranchise und der Maximalfranchise mindestens zwei weitere sein.

Relevant ist jeweils der am Stichtag tatsächlich bei den Kassen vorhandene Kontosaldo. Es ist daher hinsichtlich des Gesundheitssparkontos auch kein Inkassoverfahren erforderlich. Erfolgt bei „geleertem“ Konto keine Einzahlung (Aufstockung) durch den Versicherten, so gibt dieser damit zu verstehen, dass er sich für eine Prämie mit gesetzlicher Mindestbeteiligung entschieden hat.

3.1.9.4 Auszahlung von Guthaben des Gesundheitssparkontos

Die gänzliche Auflösung oder die Auszahlung von Teilbeträgen vom Gesundheitssparkonto sind grundsätzlich nur beim Austritt aus der Versicherung möglich (Wegfall der Versicherungspflicht durch Austritt ins Ausland, Tod).

In den heutigen Systemen mit Wahlfranchise verpflichtet sich der Versicherte zu einer bestimmten Mindestzeit für den Verbleib in der jeweiligen Franchise. Damit soll verhindert werden, dass er bei absehbarer höherer Leistung noch schnell in eine niedrigere Franchisestufe wechselt. Diese Sperrfrist ist im vorgeschlagenen Modell nicht nötig, denn die Verringerung des KontosalDOS und damit der Übertritt in eine niedrigere Franchiseklasse kann nur durch den Bezug von Leistungen geschehen. An Stelle einer zeitlichen Sperrfrist tritt somit eine finanzielle Sperre.

Regelungen sind auch für den Wechsel der Kasse erforderlich. Die Gesundheitssparkonten müssen dabei jeweils „mitgenommen“ werden. Um den administrativen Aufwand hierfür möglichst gering halten zu können, kann der mögliche Versicherungswechsel künftig auf ein oder zwei Stichtage im Jahr begrenzt werden.

3.1.10 Bonusmodell

Im Zuge der Erstellung des Vernehmlassungsberichts wurde ein zusätzliches Bonuselement diskutiert. Versicherte, die während der Abrechnungsperiode von

einem Jahr bis zu einem festgelegten Stichtag keine Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung bezogen haben, sollen mit einem Bonus belohnt werden. Dieser Bonus besteht darin, dass dem Versicherten ein Teil der einbezahlten und nicht benützten Prämie auf seinem Gesundheitssparkonto erhalten bleibt. Es wird damit sozusagen auf eine höhere Franchisestufe angespart. Die Prämienlast reduziert sich, sobald die nächsthöhere Franchisestufe erreicht ist.

Dies ermöglicht - nach einer entsprechenden Ansparzeit - auch Bezüglern tiefer Einkommen das Erreichen einer geringeren Prämie.

Leistungen für Mutterschaft sowie für medizinische Prävention werden nicht berücksichtigt. Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen beispielsweise können also aus der Versicherung bezogen werden, ohne dass dadurch der Bonus verloren geht.

Bei einem Wechsel des Versicherers soll neben dem Gesundheitssparkonto auch die leistungsfreie Zeit des Versicherten übertragen werden, d.h. die neue Kasse hat diese Zeit anzurechnen.

Nachdem das neue Modell der Wahlfranchisen aus Gründen der Praktikabilität wie erläutert nicht mit linearer Prämienabstufung sondern mit einer definierten Anzahl an abgestuften Wahlfranchisen eingeführt werden soll, würde die Handhabung dieses Bonusmodells in der praktischen Umsetzung viel zu komplex. Der Versicherte würde möglicherweise erst nach mehreren leistungsfreien Jahren eine neue Franchisestufe erreichen, sodass der anvisierte unmittelbare Zusammenhang „keine Leistung – tiefere Prämie“ verloren geht.

Die Erfahrungen aus der Schweiz, wo es mit der so genannten „Bonusversicherung“ ein ähnliches Modell gibt, zeigen ausserdem, dass diese Option kaum in

Anspruch genommen wird. Von den knapp 8 Mio. Schweizer Versicherten entschieden sich 2012 nur etwa 5'000 für eine Bonusversicherung.¹¹

3.1.11 Übersicht und Beispiele für das neue dreigliedrige Versicherungsmodell

Das neue Versicherungsmodell besteht zusammenfassend aus den folgenden drei Modulen: Der minimalen festen Kostenbeteiligung (Minimalfranchise) von CHF 500 pro Kalenderjahr (1), der variabel gestaltbaren Kostenbeteiligung (Wahlfranchise) bis zusätzlich maximal CHF 3'500 pro Kalenderjahr im Rahmen der Grundversicherung (2) und der Hochkostenversicherung oberhalb der festen Grenze von CHF 5'000 pro Kalenderjahr (3). Der prozentuale Selbstbehalt von 20% ist für alle Kosten oberhalb der gewählten festen Kostenbeteiligung bis maximal zur Hochkostengrenze zu leisten (vgl. Abbildung 12).

¹¹ Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, T 106d.

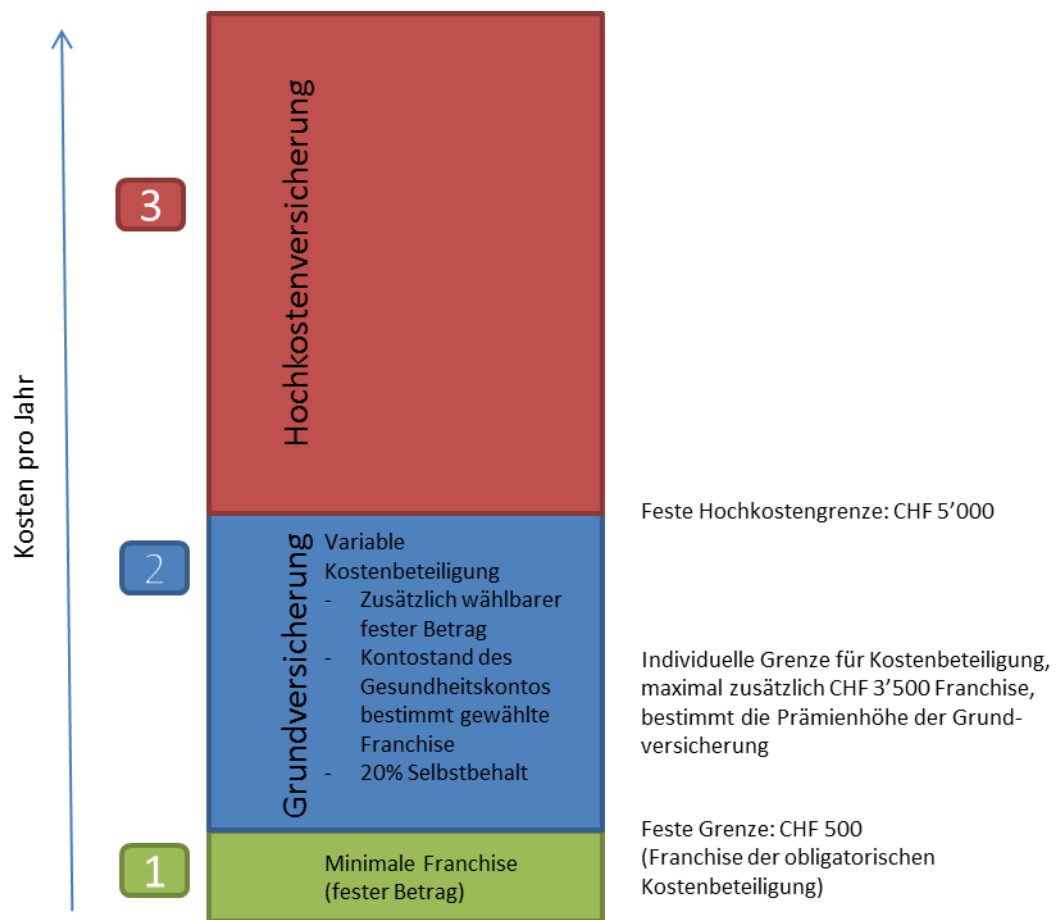


Abbildung 12: Schematische Darstellung des Versicherungssystems

Am Beispiel von drei Patienten mit gleichen Jahreskosten sind nachfolgend verschiedene Wahlmöglichkeiten illustriert. Bei den drei Patienten mit Jahreskosten von jeweils CHF 7'500 trägt den CHF 5'000 übersteigenden Teil (CHF 2'500) immer die Hochkostenversicherung.

Patient 1 hat sich in der Grundversicherung für die Minimalfranchise entschieden. Seine Kostenbeteiligung beträgt CHF 500 plus 20% Selbstbehalt für die darüber liegenden Kosten (CHF 900), also zusammen CHF 1'400. Die verbleibenden CHF 3'600 übernimmt die Grundversicherung. Der Patient zahlt für diese Absicherung den Preis einer etwas höheren Prämie.

Patient 2 hat sich für eine Variante mit einer zusätzlichen Franchise von CHF 1'500 entschieden und spart damit Prämie. Die minimale Kostenbeteiligung von CHF 500 haben alle Patienten zu tragen. Die weiteren CHF 1'500 zahlt er wahlweise selbst oder belastet damit sein Gesundheitssparkonto. Darüber wird der prozentuale Selbstbehalt von 20% fällig. Insgesamt trägt er somit CHF 2'600, den Rest von CHF 2'400 übernimmt die Grundversicherung.

Patient 3 hat sich für den maximal möglichen Jahresbetrag von zusammen CHF 4'000 (CHF 500 obligatorisch zuzüglich CHF 3'500 freiwillig) entschieden. Mit einem Beitrag von insgesamt CHF 4'200 inklusive dem prozentualen Selbstbehalt trägt er die anfallenden Kosten in der Grundversicherung grösstenteils selbst und bezahlt somit die geringstmögliche Prämie.

Angaben in CHF pro Jahr	Patient 1	Patient 2	Patient 3
verursachte Kosten	CHF 7'500		

aus der Hochkostenversicherung zu tragen	CHF 2'500		
--	-----------	--	--

minimale Franchise (fester Betrag)	CHF 500		
zusätzlich gewählte höhere Franchise (direkt zahlbar oder vom Gesundheitssparkonto)	CHF 0	CHF 1'500	CHF 3'500
prozentualer Selbstbehalt (20%)	CHF 900	CHF 600	CHF 200
Total vom Versicherten zu tragen	CHF 1'400	CHF 2'600	CHF 4'200

aus der Grundversicherung zu tragen	CHF 3'600	CHF 2'400	CHF 800
-------------------------------------	-----------	-----------	---------

Tabelle 3: Beispiele von 3 Versicherten mit unterschiedlichen Franchisen

3.1.12 Prämien im neuen Versicherungsmodell

Um die praktischen Auswirkungen des neuen Versicherungsmodells zu illustrieren, werden die Prämien von Grund- und Hochkostenversicherung mit den Kosten des Jahres 2013 abgeschätzt. Dazu sind ein paar vereinfachende Annahmen nötig. Es wird angenommen, dass alle Versicherten die Minimalfranchise wählen.

Für den Staatsbeitrag (Erwachsene) an die Kassen wird der vom Landtag für die Jahre 2015-2017 festgesetzte Betrag von CHF 33 Mio. angesetzt.¹² Die vom Staat direkt übernommenen Kosten im Bereich der Spitäler (siehe Abschnitt 3.2.1 auf Seite 63) müssen auf die Grundversicherung und die Hochkostenversicherung aufgeteilt werden. Insgesamt sind die Veränderungen im Bereich der Spitalfinanzierung prämienneutral. Die Höhe der jeweils pro Patient abgerechneten Spitalkosten beeinflusst jedoch die Aufteilung dieser Kosten auf die beiden Versicherungsbereiche. Für die Spitäler Grabs und St. Gallen liegen Spitalbeitragsdaten pro Versicherten in digitaler Form vor. Auf dieser Basis können CHF 8.5 der insgesamt CHF 22 Mio. an Spitalbeiträgen exakt zugeordnet werden. Es zeigt sich, dass der überwiegende Teil, nämlich 96% der vom Land getragenen Spitalkosten, die Hochkostenversicherung betreffen. Die verbleibenden CHF 13.5 Mio. der übrigen Spitäler werden annahmegemäss im selben Verhältnis wie Grabs und St. Gallen auf Grund- und Hochkostenversicherung sowie auf Kinder und Erwachsene aufgeteilt. Eine kleinere Verschiebung ergibt sich dadurch, dass ein gewisser Teil der Spitalbeiträge Kosten für Kinder betrifft, es resultiert daraus eine Erhöhung des Staatsbeitrages für Kinder um gut CHF 250'000 zu Lasten von jenem der Erwachsenen.

Für die Ermittlung der monatlichen Prämie werden die Versicherungsmonate gemäss den Staatsbeitragsdaten 2013 herangezogen.¹³

¹² Der Staatsbeitrag für 2013 lag noch bei CHF 52 Mio., die neu kalkulierte Prämie muss also schon wegen des sinkenden Staatsbeitrages von der tatsächlichen Prämie 2013 abweichen.

¹³ Diese Zahl ist etwas höher als die Anzahl Versicherte zu einem Stichtag; der Grund sind unterjährige Veränderungen (Geburten, Tod, Ein- und Austritte). Einbezogen werden die Monate aller Erwachsenen, welche das 20. Lebensjahr vollendet haben sowie die Monate der Jugendlichen zur Hälfte. Somit ist die hälftige Subventionierung der Prämie für Jugendliche durch die erwachsenen Versicherten berücksichtigt.

Prämie in der Grund- und in der Hochkostenversicherung

Basis: 2013

	CHF
Bruttokosten	164'072'315
zuzüglich Spitalanteil Land	22'000'000
Kostenbasis Total	186'072'315

Bruttokosten Hochkostenversicherung	84'172'305
Übernahme Spitalanteil Land	21'194'660
Kostenbasis Hochkostenversicherung	105'366'966
Staatsbeitrag Erwachsene an die Hochkostenversicherung	-54'744'711
Staatsbeitrag Kinder in der Hochkostenversicherung	-1'316'929
Nettokosten in der Hochkostenversicherung	49'305'325
Verwaltungskosten, Anteil Hochkostenversicherung	4'272'819
Total von der Hochkostenversicherung zu tragende Kosten	53'578'144
Anzahl Versicherungsmonate (Erwachsene + Jugendliche 1/2)	365'618
Prämie in der Hochkostenversicherung pro Monat	147

Bruttokosten Grundversicherung	79'900'010
Übernahme Spitalanteil Land	805'340
Staatsbeitrag Kinder in der Grundversicherung	-7'823'508
Total von der Grundversicherung zu tragende Kosten	72'881'842
Summe aller Franchisen (Annahme: alle CHF 500)	-11'778'447
Summe aller Selbstbehalte (20%)	-11'505'101
Nettokosten in der Grundversicherung	49'598'294
Verwaltungskosten, Anteil Grundversicherung	4'272'819
Total von der Grundversicherung zu tragende Kosten	53'871'113
Anzahl Versicherungsmonate (Erwachsene + Jugendliche 1/2)	365'618
Prämie in der Grundversicherung pro Monat	147

Tabelle 4: Abschätzung der Prämien von Hochkosten- und Grundversicherung anhand der Kostendaten für das Jahr 2013

Aus dieser Abschätzung ist ersichtlich, dass die Prämie der Hochkostenversicherung ungefähr die Höhe des Arbeitgeberbeitrags annehmen wird.

3.1.13 Auswirkung auf die Folgeprämie im Modell mit Gesundheitssparkonten

Anhand eines weiteren Beispiels soll aufgezeigt werden, welche Auswirkungen das Vorgehen bei Anfall von Kosten auf die zukünftige Prämie hat. Beahlt der Versicherte seine Kostenbeteiligung von annahmegemäss CHF 1'500 selbst und belastet sein Gesundheitssparkonto nicht (bzw. füllt er dieses bis zum Stichtag wieder auf), so bleibt seine Prämie auch im Folgejahr tief. Entscheidet er sich hingegen, den Betrag vom Konto abzurufen, so wird er auf die niedrigere Franchisestufe zurückgestuft. Er verliert seinen Prämienrabatt und die Prämie im Folgejahr wird dementsprechend ansteigen.

Entscheidungsvarianten am Beispiel Kostenbeteiligung von CHF 1'500	Variante 1	Variante 2
Stand Gesundheitskonto vor Inanspruchnahme	CHF 1'500	CHF 1'500
Betrag, der vom Gesundheitskonto bezogen wird	CHF 0	CHF 1'500
Betrag, der selbst (bar) bezahlt wird	CHF 1'500	CHF 0
Restbetrag auf dem Gesundheitskonto	CHF 1'500	CHF 0
Franchisestufe (gesetzlich + zusätzlich)	CHF 500 + CHF 1'500	CHF 500 + CHF 0
Auswirkung auf die Prämie im Folgejahr	 bleibt niedrig	 steigt

Tabelle 5: Beispiel für die Entscheidungsvarianten eines Versicherten (fällige Kostenbeteiligung von CHF 1'500)

3.1.14 Zusammenfassung der Charakteristika des neuen Finanzierungsmodells

- Das neue System belohnt den sparsamen Konsum von medizinischen Leistungen, unbedachter Konsum kostet eigenes Geld und wird somit direkt finanziell spürbar. Trotzdem ist im Fall einer teuren Krankheit jeder, den es trifft, bestens abgesichert.
- Das vorgeschlagene Versicherungsmodell ist keine komplette Abkehr vom heutigen Modell. Franchise und prozentualen Selbstbehalt kennen wir heute schon, die Kostenbeteiligung wird am unteren Ende aber deutlich „schärfer“ ausgestaltet. Die durch hohe staatliche Beiträge recht günstige Versicherung für den Fall hoher Kosten und die klare betragsmässige Abgrenzung sollen den Versicherten dazu anregen, mehr Eigenverantwortung im Bereich der geringeren Kosten zu übernehmen.
- Das Versicherungsmodell kombiniert Elemente der Solidarität und der Eigenverantwortung. Solidarität besteht insbesondere zwischen hohen und niedrigen Einkommen, da ein grosser Teil der Finanzierung der Hochkostenfälle aus Steuermitteln stammt und nur hohe Einkommen in Liechtenstein substantielle direkte Steuern bezahlen. Die Hochkostenversicherung ist also indirekt ein Modell mit „einkommensabhängigen Prämien“.
- Durch die vorgeschlagene Ausgestaltung wird die heutige Prämie für die Hochkostenversicherung im Bereich des Arbeitgeberbeitrags liegen. Für Erwerbstätige finanzieren Staat und Arbeitgeber dem Versicherten die Hochkostenversicherung zur Gänze. Dies ist eine äusserst starke Form der Solidarität für ernsthafte Erkrankungen mit hohen Kostenfolgen. Im Gegenzug dazu wird der Versicherte verpflichtet, im Bereich der Grundversicherung mehr Eigenverantwortung wahrzunehmen.
- Mit einer unteren Grenze von CHF 500 pro Kalenderjahr und einer frei wählbaren Obergrenze bei maximal CHF 4'000 (obligatorische feste Beteili-

gung von CHF 500 zuzüglich maximale Höherbeteiligung von CHF 3'500) pro Jahr verfügt das System über vernünftige Leitplanken.

- Die Betragsgrenze für die Trennung von Grund- und Hochkostenversicherung ist mit CHF 5'000 so tief gewählt, dass sich eine Veränderung des Gesundheitskontos (und damit der Kostenbeteiligung) spürbar auf die Prämienhöhe auswirkt.
- Jeder, der es wünscht oder dem das neue System zu kompliziert ist, kann de facto im „heutigen Modell“ bleiben. Er wählt die Minimalfranchise und lässt sich alle darüber hinausgehenden Rechnungen von der Krankenkasse vergüten. Wer mehr Eigenverantwortung wahrnehmen möchte, kann dies und wird mit Prämienrabatten belohnt.
- Das Modell könnte mittelfristig auf Seiten der Leistungserbringer Elemente der Marktwirtschaft verstärken: Patienten mit kleineren Leiden werden sich womöglich bewusst dafür entscheiden, die Heilungskosten selbst zu bezahlen und daher einen möglichst kostengünstigen Behandlungspfad suchen, beispielsweise indem sie zuerst den Hausarzt konsultieren. Dadurch würde die Bedeutung der Hausärzte gestärkt. Bei planbaren Leistungen würden möglicherweise sogar Offerten eingeholt, wie dies heute bereits bei teureren Zahnbehandlungen üblich ist. Ebenso würde man sich bemühen, die Medikamente möglichst günstig einzukaufen beziehungsweise nach Generika verlangen. Es eröffnet sich somit eine Chance, dass für Leistungen unterhalb der Hochkostengrenze mit der Zeit die Marktwirtschaft unsere heutige Planwirtschaft zu einem bedeutenden Teil ablösen könnte.

Kombiniert mit dem Gesundheitskonto ergeben sich einige zusätzliche Aspekte:

- Missbrauch in dem Sinne, dass jemand eine hohe Kostenbeteiligung wählt und dann im Leistungsfall zahlungsunfähig ist, wird durch die Pflicht zur Hinterlegung der Kostenbeteiligung ausgeschlossen.

- Der Entscheid über die Wahl der Franchise geschieht durch Einzahlung von Geld auf das Gesundheitskonto beziehungsweise durch Bezug von Leistungen zu Lasten des Kontos. Es sind keine Vertragsänderungen oder Formulare nötig.
- Für die Verwaltung der Gesundheitskonten fällt Aufwand an. Die Kassen müssen für die Verwaltung von Franchise und Selbstbehalt jedoch bereits heute individuelle Konten für jeden Versicherten führen.
- Etwas Mehraufwand ergibt sich in Bezug auf die Prämienkalkulation. Durch die Begrenzung auf wenige Stufen von Franchisen (Mindestfranchise, Maximalfranchise und mindestens zwei weitere) hält sich dieser jedoch in Grenzen. Da nicht bekannt ist, wie viele Versicherte die jeweiligen Franchisestufen wählen, muss sich das System über die ersten Jahre einschleifen. Die Versicherungen werden am Anfang wohl eher vorsichtig kalkulieren, um keine unnötigen Risiken einzugehen.
- Versicherungsmodelle, die wie das vorgeschlagene individuelle Entscheidungen voraussetzen, funktionieren vom Grundsatz her gut im Tiers garant, das heisst der Versicherte (Leistungsempfänger) erhält die Rechnung des Leistungserbringers und ist der Zahlungspflichtige. Nach Bezahlung entscheidet er darüber, ob er die Rechnung zu Lasten seiner Versicherung einreichen möchte. Die Umstellung auf das Prinzip des Tiers garant wird daher vorgeschlagen.

3.2 Fokussierung staatlicher Subventionen

3.2.1 Staatsbeiträge an die Spitäler

Die Spitalfinanzierung in Liechtenstein ist historisch gewachsen, uneinheitlich und dementsprechend unübersichtlich. Heute unterscheiden wir Nicht-Vertragsspitäler und Vertragsspitäler, unter letzteren gibt es wiederum solche

mit und solche ohne Beitrag des Staates an die stationären Behandlungen. Die Höhe der Beiträge an die einzelnen Spitäler ist dazu noch uneinheitlich.

Es zeigt sich, dass sich der Anteil der vom Staat bzw. den Kassen getragenen Kosten für einen kostenmässig identischen Fall gravierend unterscheidet, je nachdem, welches Vertragsspital jemand (zufällig) aufsucht. Das Modell der so genannten dualen Spitalfinanzierung hat zur Konsequenz, dass die Kostentragung wegen zum Teil zweifachen, voneinander unabhängigen Beiträgen verschleiert und damit kaum steuerbar ist.

Eine vielleicht ursprünglich beabsichtigte Lenkungswirkung durch die Kostensubvention ist nicht nachweisbar. Beispielsweise müsste das Landesspital mit einem Subventionssatz von 23% kaum noch Patienten haben im Vergleich zum Spital Grabs mit einem Satz von 55%. In der Praxis werden also diese Subventionen kaum beachtet. Daher ist es angezeigt, von diesen Abstand zu nehmen und die Subventionierung der Spitalrechnungen einfach als weiteren Staatsbeitrag zum Gesundheitswesen anzusehen.

Die Finanzierung der ambulanten Behandlung ist deckungsgleich mit der stationären Behandlung ohne Staatsbeitrag Spitäler. Die duale Finanzierung führt also auch zu einer Kostenverzerrung zwischen der geringer, nämlich nur mit dem „normalen“ Staatsbeitrag an die Kassen, subventionierten ambulanten und der durch zusätzliche Staatsbeiträge an Spitäler höher subventionierten stationären Leistungserbringung. Fehlanreize sind nicht ausgeschlossen.

Das Gegenmodell der monistischen Spitalfinanzierung bedeutet, dass die von den Leistungserbringern ausgestellten Rechnungen von jeweils nur einer Zahlstelle bezahlt werden. Die formale Finanzierungsverantwortung liegt ausschliesslich bei dieser Zahlstelle, von der die Rechnung nach entsprechender Prüfung

auch beglichen wird. Woher die Zahlstelle die Mittel bezieht, ob aus Prämien und/oder Staatsbeiträgen, bleibt dabei offen.¹⁴

Jede Spitalrechnung mit Staatsbeitrag löst heute bei zwei Rechnungsempfängern (Kassen, Amt für Gesundheit) Prüf- und Abrechnungsvorgänge aus. Die eigentliche Rechnungskontrolle erfolgt hoch professionalisiert bei den Kassen über eigens dafür eingesetzte, unabhängige DRG-Prüfstellen. Im Amt für Gesundheit, wo eine zweite inhaltliche Rechnungsprüfung weder möglich noch sinnvoll ist, wurde der Abrechnungsprozess intern bereits soweit rationalisiert, dass über entsprechende Prüflisten nur mehr Anspruch und Höhe der Staatsbeiträge verifiziert werden. Dennoch ist die Regierung der Ansicht, dass durch die Zusammenführung der Spitalbeiträge mit dem Staatsbeitrag an die Hochkostenversicherung hier weiterer Verwaltungsaufwand eingespart werden könnte, welcher für die zusätzlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Festlegung und Überprüfung der Kostenziele eingesetzt werden soll (siehe unten, Abschnitt 3.7.2.1).

Der Übergang zu einem monistischen System wurde auch in der Schweiz diskutiert und prinzipiell für sinnvoll erachtet. Die Umsetzung scheiterte dort an unterschiedlichen kantonalen Interessen.

Im liechtensteinischen Krankenversicherungssystem bieten sich die Kassen als Monisten an. Es wird vorgeschlagen, den Zahlungsstrang über das Land abzuschaffen. Die entsprechenden Mittel sollen im System erhalten bleiben und als Subvention in die Hochkostenversicherung übergehen. Der staatliche Anteil an der Finanzierung sinkt dadurch nicht, die Umstellung ist folglich prämiennneutral.

¹⁴Vgl. Bundesamt für Gesundheit (Hg.): Monistische Spitalfinanzierung, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Leu, R.E., Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, Seite 28 f.

Was steigt, ist die Kostentransparenz sowohl für die Versicherten als auch für die Finanzierungspartner. Bei monistischer Finanzierung werden alle medizinischen Leistungen, ob ambulant, teilstationär oder stationär, prozentual gleich stark durch einen staatlichen Beitrag mitfinanziert. Die Wahl der geeigneten Therapieform wird somit unter „Kostenwahrheit“ und nicht mehr subventionsbedingt verzerrt getroffen.¹⁵ Im Nebeneffekt sinkt ausserdem der Verwaltungsaufwand für die zu leistenden Beiträge.

Zu berücksichtigen ist, dass durch die Übertragung der Mittel an die Kassen die Bruttoleistungen in deren Erfolgsrechnung ansteigen. Nachdem die Bruttoleistungen die Bezugsbasis für die Reservevorschriften der Kassen darstellen, hat dies Konsequenzen für die Höhe der zu haltenden Reserven. Bei der Umsetzung ist mittels entsprechenden Übergangsfristen sicherzustellen, dass dadurch keine sprunghaften Prämien erhöhungen erforderlich werden. Zu bedenken sind ebenfalls die höheren Rückstellungserfordernisse wegen der von den Kassen zu verantwortenden höheren Bruttokosten.

Weiter ist anzumerken, dass die statistische Vergleichbarkeit der stationären Spitalkosten mit der Schweiz durch die Umstellung etwas leidet. Der stationäre Bereich ist aber schon jetzt wegen unterschiedlicher kantonaler Finanzierungsanteile nur bedingt vergleichbar. Die verbesserte Kostentransparenz im Inland wiegt diesen Nachteil deutlich auf.

3.2.2 Staatsbeitrag Hochkostenversicherung

Der Staat finanziert heute bereits die hohen Kosten unter den obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen der erwachsenen Versicherten durch einen

¹⁵ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG), monistische Spitalfinanzierung, Seite 57.

Beitrag mit. Im neuen System wird dieser Staatsbeitrag folgerichtig nur im Rahmen der Hochkostenversicherung geleistet. Der Landtag legt die Höhe des Staatsbeitrages (Erwachsene) auf Vorschlag der Regierung jährlich im Juni im Vorhinein fest. Der Beitrag ist dahingehend begrenzt, dass er ausschliesslich in der Hochkostenversicherung geleistet wird.

Für 2015-2017 wurde der Staatsbeitrag vom Landtag bekanntlich auf CHF 33 Mio. festgelegt. Im Jahr 2013 leistete der Staat einen Betrag von rund CHF 25 Mio. an Spitäler, darin enthalten ist ein einmaliger Sanierungskredit in Höhe von CHF 3 Mio. an das Liechtensteinische Landesspital, welcher in Abzug zu bringen ist. Nach diesen Überlegungen stünden für die Hochkostenversicherung CHF 55 Mio. (Kostenbasis 2013) zur Verfügung. Die Kosten der erwachsenen Versicherten, welche in die Hochkostenversicherung fallen, also die Summe der CHF 5'000 überschreitenden Kosten, betrugen 2013 für alle Versicherten ohne Kinder rund CHF 104 Mio.¹⁶ Ein mit CHF 55 Mio. festgelegter Staatsbeitrag wäre somit geeignet, 52.7% der Hochkosten zu stützen. Bei einem Versicherten, welcher beispielsweise Jahreskosten von CHF 7'000 verursacht, fallen CHF 2'000 in die Hochkostenversicherung, das ergibt einen Staatsbeitrag von CHF 1'054.

Auf Basis der errechneten 52.7% Kostenübernahme (Plan) entrichtet das Amt für Gesundheit wie heute eine Akontozahlung an die Kassen. Die effektiven Kosten des betreffenden Jahres werden naturgemäss von dem im Voraus erwarteten Betrag abweichen. Aus den Ist-Kosten und dem fixierten Staatsbeitrag ergibt sich rückwirkend der effektive Prozentsatz der Kostenübernahme (Ist) für das betreffende Jahr. Bei einem fixierten Staatsbeitrag von CHF 55 Mio. und Kosten von beispielsweise CHF 102 Mio. würde die Kostenübernahme 53.9% betragen, bei

¹⁶ 84.2 Mio. Kosten von Erwachsenen und Jugendlichen abzüglich 90% der 1.4 Mio. Kosten von Kindern im Hochkostenbereich zuzüglich CHF 22 Mio. an Kosten, welche bislang direkt als Staatsbeiträge an Spitäler finanziert worden sind.

Kosten von CHF 106 Mio. 51.9%. Der ermittelte Ist-Prozentsatz gilt für die tatsächliche Abrechnung im Nachhinein. Es ist dabei immer der gesamte, vom Landtag gesprochene Betrag nach den Ist-Kosten des betreffenden Jahres auf die einzelnen Kassen zu verteilen.

Der Prozentsatz der Kostenübernahme in der Hochkostenversicherung ist also nicht wie heute gesetzlich fixiert, sondern ergibt sich rechnerisch und rückwirkend aus dem festgelegten Staatsbeitrag und den tatsächlichen Kosten. Eine Kreditüberschreitung in der Landesrechnung kann es in diesem Modell nicht geben, da – wie heute – das Amt für Gesundheit jeweils nicht mehr und nicht weniger als den vom Landtag genehmigten Betrag aufteilt. Der Ausgleich erfolgt – wie heute – über die Prämienkalkulation und die Reservenbildung der Kassen. Durch die Festlegung des Staatsbeitrages jeweils im Juni des Vorjahres haben die Kassen für die Budgetierung und die Prämienkalkulation eine fixierte Kalkulationsgrösse.

3.2.3 Jährliche Festlegung des Staatsbeitrages

Art. 24a Abs. 2 beschreibt das Vorgehen zur Festlegung des Staatsbeitrages an die übrigen Versicherten, also die Erwachsenen. Die Bestimmung wurde zuletzt im Rahmen der KVG-Revision vom Dezember 2012 angepasst (LGBI. 2013 Nr. 66). Zum einen wurde eine Bandbreite eingeführt, wonach bei der Festsetzung des Staatsbeitrags darauf zu achten sei, dass erwartungsgemäss 5-10% der Versicherten über dem Grenzbetrag der Kostenrückerstattung liegen. Auf die Normierung einer Bandbreite soll zukünftig verzichtet werden. Der Landtag ist in der Festsetzung des Staatsbeitrages frei, allerdings wird dieser ausschliesslich in der Hochkostenversicherung geleistet, sodass eine staatliche Subventionierung von Fällen mit geringeren Kosten ausgeschlossen ist.

Zudem wurde im Dezember 2012 neu geregelt, dass der Landtag den Staatsbeitrag auf Antrag der Regierung für drei Jahre festsetzt. Zuvor hatte die Festlegung auf Antrag der Regierung durch den Landtag jeweils spätestens im Juni des Vorjahres für das Folgejahr zu geschehen (Art. 24a Abs. 1 i.d.F. LGBL 2006 Nr. 224).

Im Zuge der erstmaligen Festlegung nach neuem Recht für 2015, 2016 und 2017 im Juni 2014 (BuA Nr. 42/2014) wurde die Festlegung für drei Jahre kritisch diskutiert. Es wurde der klare Wunsch geäussert, die Debatte jährlich zu führen. Die Regierung greift die Anregung auf und schlägt vor, die Festsetzung des Staatsbeitrages hinkünftig wieder spätestens im Juni des Vorjahres für das Folgejahr vorzunehmen. Die Gesetzesänderung soll nach Möglichkeit zeitlich vorgezogen werden. Die Regierung plant daher, dem Landtag einen gesonderten Bericht und Antrag über diesen Punkt vorzulegen.

3.2.4 Beibehaltung des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich dient dem Ausgleich der übernommen Risiken der Krankenkassen untereinander. Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele ungünstige Risiken übernehmen, sollen nicht bestraft werden. Dies soll den Wettbewerb und die „Jagd nach guten Risiken“ vermeiden. Krankenkassen mit schlechten Risiken bekommen Risikoausgleich von denjenigen Krankenkassen, welche überdurchschnittlich gute Risiken, also risikoarme Menschen, versichern. Der Risikoausgleich soll im weiteren Sinne auch eine Rückversicherung von schlechten Risiken darstellen. Begünstigt werden durch den Risikoausgleich solche Kassen, welche überdurchschnittlich viele ältere Personen und/oder Frauen zu ihrem Versichertenbestand zählen.

Die Hochkostengrenze von CHF 5'000 pro Jahr macht im Bereich der Grundversicherung die Jagd auf gute Risiken nicht wirklich lohnend. In der Hochkostenversicherung deckt der Staatsbeitrag einen massgeblichen Anteil an den Kosten und

übernimmt folglich die Funktion einer Rückversicherung. Das Hochkostenrisiko der Kassen wird nach geltender Rechtslage auf 20% der effektiven Kosten begrenzt. Nach neuem Recht und obiger Kalkulation (siehe Abschnitt 3.2.2 auf Seite 66) steigt es auf etwa 50% der Kosten in der Hochkostenversicherung.

Der Risikoausgleich gewinnt wegen der sinkenden Staatsbeiträge gegenüber heute an Bedeutung und soll deshalb beibehalten werden. Am bestehenden Verfahren wird festgehalten.

3.2.5 Prämienverbilligung

Bei der Prämienverbilligung soll es im Grundsatz zu keiner Veränderung kommen. Es wird als legitime staatliche Aufgabe gesehen, einkommensschwache Versicherte darin zu unterstützen, sich eine adäquate Gesundheitsversorgung leisten zu können.

Die Prämienverbilligung bezieht sich wie bisher auf die Gesamtprämie, also auf jene in der Grund- und in der Hochkostenversicherung. Die Bezugsgrösse ist wie bisher die Durchschnittsprämie. Diese errechnet sich auf Basis der gesetzlichen Kostenbeteiligung. Auch dies stellt gegenüber heute keine Änderung dar.

3.3 Änderungen hinsichtlich des Beitrages der Arbeitgeber

3.3.1 Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages

Nach geltendem Recht gehen die Beiträge zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Im Jahr 2014 beträgt der Arbeitgeberbeitrag für vollzeitbeschäftigte Erwachsene CHF 148 pro Monat. Der Beitrag wird aliquot zum Beschäftigungsausmass ausgerichtet, für Jugendliche reduziert er sich auf die Hälfte. In der Schweiz haben die Arbeitgeber keinen vergleichbaren Beitrag zu leisten.

Der Arbeitgeberbeitrag steigt nach geltender Gesetzeslage im selben Umfang wie die Prämien. Die Lohnnebenkosten sind damit in den letzten Jahren stetig angewachsen. Auf Vorschlag der Regierung soll der Arbeitgeberbeitrag nicht mehr jährlich automatisch an den Landesdurchschnitt der Prämien angepasst werden. Stattdessen wird er per Gesetz „eingefroren“. Als Arbeitshypothese wird im Gesetzesentwurf ein Wert von CHF 150 pro Monat eingesetzt. Tatsächlich soll er der Höhe nach auf dem Niveau des Wertes unmittelbar vor Inkrafttreten der vorliegenden KVG-Revision zu liegen kommen. Angenommen, die Prämien steigen 2015 um durchschnittlich gut CHF 50 pro Monat, so ergibt sich rechnerisch ein Arbeitgeberbeitrag für 2015 von CHF 173 (CHF 148 für 2014 + CHF 25) bei Vollzeitbeschäftigung. Der definitive Wert für 2015 kann erst auf Basis der Prämienkalkulation für 2015 ermittelt werden.

Die Möglichkeit einer Anpassung an die allgemeine Lohnentwicklung durch die Regierung per Verordnung ist vorgesehen.

3.3.2 Abschaffung der Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abführen der Prämien seiner Arbeitnehmer

Nach heute geltendem Recht ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Beiträge seiner Arbeitnehmer bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen und gemeinsam mit dem Arbeitgeberbeitrag an die Kassen zu entrichten. Gleichzeitig haftet der Arbeitgeber Kraft Gesetz mindestens für die entgangenen Versicherungsleistungen, wenn er seine Arbeitnehmer nicht oder nicht im gesetzlichen Umfang für Krankenpflege und Krankengeld versichert.

Beim Krankentaggeld ist diese Haftungsbestimmung nachvollziehbar, werden doch in diesem Bereich von den Unternehmen zu einem erheblichen Teil Kollektivverträge für alle ihre Arbeitnehmer abgeschlossen. Für diesen Versicherungszweig sollen die geltenden Bestimmungen zum Prämieninkasso und betreffend

die Haftung der Arbeitgeber daher auch weiterhin gelten. Anders verhält es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Hier gibt es die Möglichkeit zum Abschluss von Kollektivverträgen bereits seit 1999 (LGBI. 1999 Nr. 208) nicht mehr. Die Verpflichtung zur Prämieinzahlung an die Kassen auch im Bereich der Krankenpflegeversicherung ist wohl ein Relikt aus dieser Zeit.

Der Einbehalt der Krankenkassenprämie im Wege des Lohnabzuges hat einen gewissen Vorteil für die Kassen im Hinblick auf das Risiko von Zahlungsausfällen. Der Aufwand für das Mahnwesen steigt tendenziell durch die Umstellung.

Im Zusammenhang mit der Erhöhung der Eigenverantwortung hat die direkte Prämienzahlung durch die Versicherten jedoch den Vorteil, dass diesen ihre individuelle Prämie noch besser transparent gemacht wird und daher stärker ins Bewusstsein tritt. Als einer von mehreren Abzügen bei der Lohnverrechnung geht der Beitrag an die Krankenpflegeversicherung in der Summe der Abzüge unter. Der Anreiz, die Prämienhöhe durch bewusste Wahl eines höheren festen Jahresbetrages aktiv zu gestalten ist höher, wenn die Prämie dem Versicherten direkt in Rechnung gestellt wird und dieser die Rechnung persönlich bezahlen muss.

3.4 Steuerung des Angebots an Gesundheitsleistungen

3.4.1 Bedarfsplanung

3.4.1.1 Geltende Rechtslage

Vor mittlerweile über zehn Jahren wurde in Liechtenstein die Bedarfsplanung für Ärzte eingeführt. Zuvor hatten alle zur Berufsausübung in Liechtenstein zugelassenen Ärzte automatisch einen Anspruch auf Beitritt zum geltenden Tarifvertrag und verfügten somit über eine „Eintrittskarte“ in die OKP.

Seit Einführung der Bedarfsplanung können im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Versicherten unter jenen in Liechtenstein niedergelassenen Ärzten wählen, die im Rahmen der Bedarfsplanung dem zwischen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband und der Ärztekammer abgeschlossenen Tarifvertrag beitreten konnten. Werden ambulante Leistungserbringer ausserhalb der Bedarfsplanung konsultiert, so übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Kosten, es sei denn, der Versicherte verfügt über den Versicherungsschutz der so genannten erweiterten obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 18 Abs. 2a KVG). Diese gewährt auch bei Leistungserbringern, die über keine Stelle in der Bedarfsplanung verfügen, Kostendeckung bis maximal zur Höhe des Liechtensteinischen Tarifes.

Für Leistungserbringer im Ausland gilt der gleiche Grundsatz: Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur bei Vertragsärzten innerhalb der Bedarfsplanung; grundsätzlich keine Kostenübernahme bei Nichtvertragsärzten, ausser bei Vorliegen einer erweiterten obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Die Regierung kann in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) auch für andere Berufsgruppen eine Bedarfsplanung vorsehen. Aktuell ist eine solche bei Psychotherapeuten (Art. 66a KVV) in Kraft. Bei den Chiropraktoren befindet sie sich in Einführung (Art. 65a KVV). Die für Ärzte beschriebenen Regelungen gelten sinngemäss.

Das nachfolgende Schema zeigt in vereinfachter Form die im Gesetz vorgesehenen Zuständigkeiten bei der Erstellung einer Bedarfsplanung und der Stellenbesetzung (Abbildung 13).

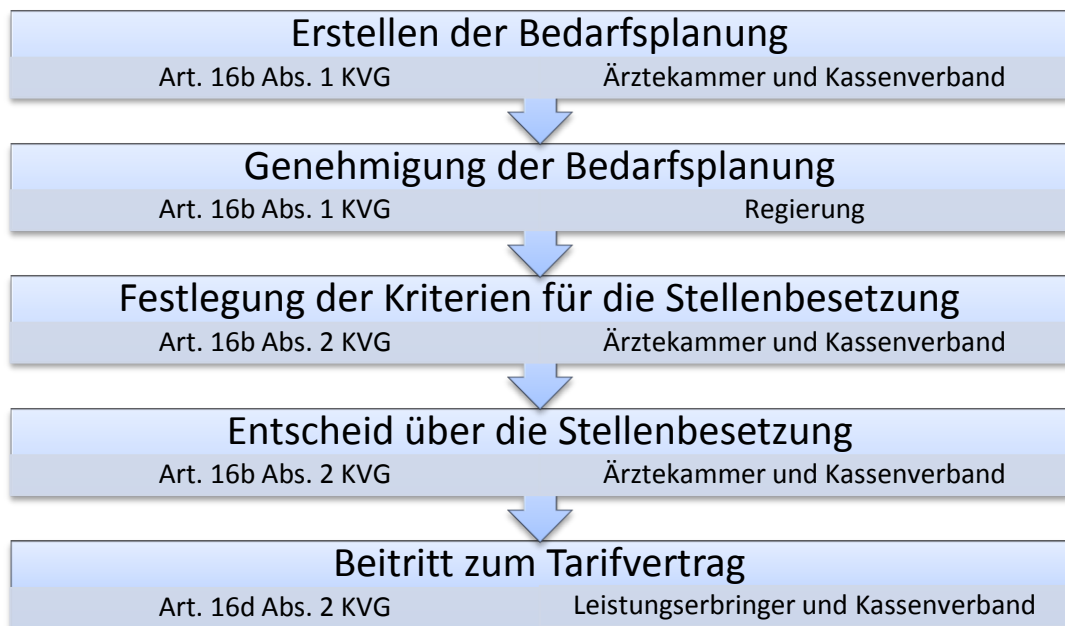


Abbildung 13: Ablauf der Bedarfsplanung gemäss KVG, Stand 2014

Zunächst wird gemeinsam durch die Ärztekammer und den Kassenverband pro Fachgebiet definiert, wie viele Stellen für die ausreichende Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Eine Überversorgung soll gleichzeitig ausgeschlossen werden. Die Bedarfsplanung bedarf der Genehmigung durch die Regierung.

Über die konkrete Besetzung der festgelegten Stellen entscheiden die Ärztekammer und der Kassenverband gemeinsam. Bewerben sich mehrere Ärzte um eine freie Stelle, erfolgt die Reihung der Kandidaten aufgrund von Kriterien, welche Ärztekammer und Kassenverband miteinander vereinbart haben. Diese Kriterien berücksichtigen insbesondere die fachliche Eignung sowie die Reihenfolge des Eingangs der Bewerbungen.

Das Gesetz sieht heute auf den verschiedenen Stufen Regelungen für den Fall vor, dass sich die Partner nicht einigen. Bei Nichteinigung über die Bedarfsplanung („Anzahl Stellen“) erstellt die Regierung diese in subsidiärer Kompetenz. Werden sich Kassenverband und Ärztekammer nicht über die Reihungskriterien zur Stellenbesetzung einig, so legt ebenfalls die Regierung diese Kriterien fest.

Können sich die Verbände nicht über die konkrete Besetzung einer Stelle einigen, so entscheidet eine *Schiedskommission* aus je zwei Vertretern des Kassenverbandes und der Ärztekammer unter einem neutralen Vorsitzenden (Art. 16b Abs. 3 KVG). Wenn sich die Beteiligten hierbei nicht auf einen Vorsitzenden einigen, so erfolgt dessen Besetzung auf Antrag durch das Landgericht. Im Übrigen gelten für das Schiedsverfahren die Bestimmungen der Zivilprozessordnung.

Bei Streitigkeiten mit Bewerbern über die Besetzung der Stelle finden wiederum die Bestimmungen zum *Schiedsgericht* gemäss Art. 28 KVG Anwendung.

Die Ärztekammer, der Liechtensteinische Krankenkassenverband (LKV) und die Regierung sind sich darin einig, dass das System der Bedarfsplanung einer Überarbeitung bedarf. Eine Projektgruppe, bestehend aus Vertretern der Verbände und des Amtes für Gesundheit, befasst sich seit kurzem mit diversen Problemstellungen in der praktischen Handhabung der Bedarfsplanung. Die Regierung erachtet es jedenfalls als erforderlich - unabhängig von den Ergebnissen der Projektgruppe hinsichtlich der künftigen Stellenzuordnung bzw. Stellenaufteilung sowie der entsprechenden Kriterien hierfür – die gesetzlichen Grundlagen zu adaptieren.

3.4.1.2 Übertragung der Kompetenz zur Erstellung einer Bedarfsplanung an den Kassenverband

Die gemeinsame Ausarbeitung der Bedarfsplanung durch Ärztekammer und Kassenverband soll gemäss BuA Nr. 44/2003 gewährleisten, „dass die Bedarfsplanung gestützt auf das nötige Fachwissen zustande kommt und sie andererseits aber auch die Interessen der gesamten Bevölkerung berücksichtigt“.

Faktisch ist es jedoch so, dass sich die Ärztekammer und der Kassenverband bis heute lediglich in einzelnen Fachbereichen (Innere Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie)

rie, Orthopädie) auf eine Bedarfsplanung geeinigt haben. In den übrigen Fachbereichen musste die Regierung von ihrer subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und die Bedarfsplanung bzw. die Anzahl an Stellen mit Verordnung festlegen, wobei nach wie vor nicht von einer „echten“ Bedarfsplanung auszugehen ist, da einerseits aufgrund der bei Einführung der Bedarfsplanung im Jahr 2004 gewährten Besitzstandwahrung für die damals schon tätigen Ärzte und andererseits aufgrund des zum Teil reduzierten Arbeitspensums einzelner Stelleninhaber in manchen Bereichen von einer Über- bzw. Unterversorgung gesprochen werden kann.

Um eine raschere Entscheidungsfindung zu gewährleisten, soll künftig die Erstellung der Bedarfsplanung allein dem Kassenverband obliegen.

Der Kassenverband ist dabei wie bereits heute an den gesetzlichen Grundsatz gebunden, wonach die Bedarfsplanung einerseits die ausreichende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten und ihnen eine angemessene Auswahl an Grundversorgern und Spezialärzten zu ermöglichen hat und andererseits eine Überversorgung vermeiden soll. Befürchtungen, wonach es durch die Übertragung der Kompetenz an den Kassenverband zu einer allein auf kostenminimierenden Kriterien beruhenden und dadurch womöglich zur Unterversorgung neigenden Planung kommen könnte, sind kaum berechtigt, da gehäufte Kundenreklamationen über lange Wartezeiten Anlass zu Veränderungen geben werden. Als „Auftraggeber“ der Leistung muss der Krankenkassenverband am besten einschätzen können, welche Kapazität im System zur Verfügung stehen muss.

Der Ärztekammer kommt ein Anhörungsrecht zu, womit sie ihre Fachexpertise weiterhin einbringen kann. Die Planung ist wie bisher von der Regierung zu genehmigen. Die Regierung bleibt auch weiterhin befugt, im Bedarfsfall nach Anhörung der Ärztekammer eine Bedarfsplanung subsidiär zu erlassen.

Um die Transparenz auch in diesem Bereich zu erhöhen, wird die Bedarfsplanung ausserdem künftig im elektronischen Amtsblatt veröffentlicht.

Die Stellung der Regierung soll insofern gestärkt werden, als dass sie den Kassenverband wenn nötig zur Anpassung der Bedarfsplanung auffordern kann. Dieser Fall kann etwa dann eintreten, wenn sich der Bedarf in einem bestimmten Fachbereich entsprechend verändert hat.

3.4.1.3 Ermöglichung von Teilzeitmodellen, Stellvertretungs- und Praxisnachfolgeregelungen

Die Tarifpartner haben ein Konzept zur Überarbeitung der Bedarfsplanung vorgelegt, in welchem sie Handlungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Reduktion der Praxistätigkeit infolge fortgeschrittenen Alters aber auch zugunsten der Familie aufzeigen (Teilzeitmodelle). Des Weiteren wird darin die Problematik von Nachfolgeregelungen bei Praxisübergaben thematisiert.

Im vorliegenden Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass die Bedarfsplanung insbesondere die Höchstzahl der zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Ärzte im In- und Ausland nach Fachgruppen festlegt. Darüber hinaus können weitere Bestimmungen enthalten sein.

Dies lässt etwa die von Ärztekammer und Kassenverband gewünschte Einführung von Teilzeitmodellen (z.B. Stellenpoolmodelle) sowie die Regelung der Stellvertretung und der Praxisnachfolge im Rahmen der Bedarfsplanung zu.

3.4.1.4 Normierung einer Leistungspflicht für Stelleninhaber im Rahmen der Bedarfsplanung

Eine Grundvoraussetzung der Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist nach heutigem Recht die Beachtung der geltenden Tarifbestimmun-

gen. Es hat sich in den letzten Jahren jedoch gezeigt, dass für Leistungserbringer, die eine in der Bedarfsplanung vorgesehene Stelle besetzen, zusätzlich auch eine Leistungspflicht einzuführen ist. Das Recht, mit der Krankenkasse abrechnen zu dürfen wird also mit der Pflicht verbunden, die erwartete Leistung im festgelegten Umfang auch zu erbringen.

Der Leistungserbringer soll also inskünftig nicht mehr komplett frei entscheiden können, welches Arbeitspensum er erfüllen möchte bzw. zu welchen Tagen oder Stunden er seine Praxis offenhält oder ob er sein Pensum reduziert, vielmehr hat er dies mit dem LKV als seinem Vertragspartner zu vereinbaren. Dies ist beispielsweise auch notwendig, um Teilzeit- überhaupt erst von Vollzeitstellen abgrenzen zu können. Die konkreten Modalitäten der Abwicklung sind in der jeweiligen Bedarfsplanung zu regeln. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass die ärztliche Versorgung auch tatsächlich mit der in der Bedarfsplanung festgelegten Stellenanzahl übereinstimmt.

Weiter soll verhindert werden, dass es zu einer Unterversorgung in bestimmten Bereichen kommt, weil Leistungserbringer festgelegte Kapazitäten innerhalb der Bedarfsplanung belegen, jedoch nicht für das Angebot in der Grundversicherung zur Verfügung stehen, weil sie beispielsweise überwiegend im Privat- bzw. Zusatzversicherungsbereich tätig sind. Als Nachweis der Erbringung ihrer Leistungspflicht können Leistungserbringer vertraglich dazu verpflichtet werden, detaillierte Leistungsaufzeichnungen zu führen.

Um die Bestimmungen zur Leistungspflicht durchsetzen zu können, wird vorgesehen, dass Verträge mit Leistungserbringern, welche ihrer Leistungspflicht nicht im vertraglich vereinbarten Umfang nachgekommen sind, nach Ablauf der Vertragsdauer nicht erneuert werden und bei einer allfälligen Erneuerung auch hinsichtlich Art und Umfang der Leistungserbringung angepasst werden können.

3.4.1.5 Befristung von Verträgen

Die geltende Rechtslage sieht vor, dass alle Verträge zwischen Leistungserbringern und dem Kassenverband - egal ob in Bereichen mit oder ohne Bedarfsplanung - zu befristen sind. Die Befristung hat den Zweck, dass die vertraglichen Beziehungen zwischen LKV und Leistungserbringern periodisch überprüft und allenfalls geänderten Umständen angepasst werden (vgl. BuA Nr. 44/2003, Seite 29). Das Gesetz gibt heute keine konkreten Vorgaben bezüglich der Dauer der Befristung. Tatsächlich ist es nach dem Wissensstand der Regierung so, dass in der Vergangenheit in der Regel de facto unbefristete Verträge abgeschlossen wurden.

Die Regierung schlägt daher vor, das Gesetz dahingehend zu präzisieren, dass OKP-Verträge mit Leistungserbringern, welche einer Bedarfsplanung unterliegen, jedenfalls zu befristen sind, und zwar auf höchstens vier Jahre.

Nach Ablauf dieser Frist erfolgt, sofern die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind, eine Vertragserneuerung. Eine automatische Verlängerung nach Ablauf der Befristung soll nicht zulässig sein, sondern es muss neuerlich ein befristeter Vertrag abgeschlossen werden. Eine Anpassung der Vereinbarung, z.B. aufgrund einer Änderung des Arbeitspensums des Leistungserbringers ist dabei möglich.

Bedarfsplanungen sind dynamisch, das heisst sie müssen in regelmässigen Abständen überprüft und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf angepasst werden. Daher muss es auch möglich sein, dass nach dem Auslaufen eines Vertrags kein neuer mehr abgeschlossen wird, wenn beispielsweise in einem bestimmten Fachbereich kein Bedarf an einer (ambulanten) Leistungserbringung mehr besteht.

Die Regierung ist sich bewusst, dass diese neue Bestimmung mit Härten für jene Leistungserbringer, die aktuell über eine Stelle in der Bedarfsplanung sowie über

einen gültigen Vertrag mit dem LKV verfügen, verbunden sein kann. Diesbezüglich sind einerseits adäquate Übergangsregelungen vorzusehen. Andererseits ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Leistungen der OKP aus Sozialversicherungsbeiträgen und zu einem grossen Teil auch aus öffentlichen Geldern finanziert werden, deren Bezug an bestimmte Voraussetzungen zu knüpfen ist. Diese Voraussetzungen sind das Vorliegen eines festgestellten und genehmigten Bedarfs sowie die entsprechende Leistungsbereitschaft des jeweiligen Leistungserbringers. Die staatlichen Subventionen im Gesundheitswesen sowie die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber müssen bestmöglich eingesetzt werden. Schon diese Tatsache rechtfertigt es, dass der LKV auf die Erneuerung eines auslaufenden Vertrages verzichten kann, was zur Folge hat, dass der betreffende Leistungserbringer seine OKP-Zulassung verliert. Allenfalls werden in der Folge eine Neubesetzung der gemäss Bedarfsplanung vorgesehenen Stelle sowie ein Vertragsabschluss durch den LKV mit dem neuen Stelleinhaber erforderlich sein. Eine finanzielle Entschädigung für den „Verlust“ einer OKP-Stelle ist ausgeschlossen. Das öffentliche Interesse an einer funktionierenden und bezahlbaren Gesundheitsversorgung geht dem individuellen Interesse betroffener Leistungserbringer jedenfalls vor. Dass ein ehemaliger Vertragsarzt zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine OKP-Zulassung erhält, ist aber durchaus möglich.

Es gibt keine vergleichbare Berufsgruppe, bei der die Mitglieder, nachdem sie einmal in den Genuss eines Vertrags gekommen sind, de facto unkündbar bis weit über das Pensionsalter hinaus mit Aufträgen versorgt sind wie die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Dieser Anachronismus soll durch eine etwas flexiblere Vertragsgewährung ersetzt werden. Das Argument schwindender Planungssicherheit ist wohl berechtigt, es gibt jedoch kaum eine Berufsgruppe, die eine derart hohe Planungssicherheit besitzt wie die Leistungserbringer im heutigen System der OKP. Die Regierung ist der Ansicht, dass hier ein Verhältnis zwischen dem Krankenkassenverband und dem Leistungserbringer normiert

werden soll, welches eher dem Verhältnis zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer in der Privatwirtschaft vergleichbar ist. Durch die Möglichkeit, keinen Anschlussvertrag mehr zu bekommen, wird ein Wohlverhalten gefördert, welches in der Privatwirtschaft den Kunden entgegengebracht wird. Leistungserbringer, welche ihre Leistungen nicht in einer über jeden Zweifel erhabenen Form erbringen beziehungsweise abrechnen, müssen damit rechnen, keinen Anschlussvertrag mehr zu bekommen. Das Problem der „fehlbaren Leistungserbringer“ könnte dadurch ohne langjährige Gerichtsverfahren besser gelöst werden.

Es besteht die Gefahr, dass durch Verweigerung eines Anschlussvertrags viele Patienten einen neuen Arzt suchen müssen, was für diese mit gewissen Unbequemlichkeiten verbunden ist, gerade auch weil zu einem Arzt ein Vertrauensverhältnis besteht. Dies wird, wenn überhaupt, jedoch nicht sehr häufig der Fall sein, denn mit hoher Wahrscheinlichkeit wird alleine schon die Möglichkeit, den OKP-Vertrag zu verlieren, zu einer Arbeitsweise führen, welche derartige Massnahmen erübrigt.

3.4.2 Abgeltung und Abgabe von Arzneimitteln

3.4.2.1 Überlegungen zur Selbstdispensation

Selbstdispensation oder auch direkte Medikamentenabgabe bedeutet, dass Ärzte in Rahmen ihrer Praxistätigkeit Arzneimittel an ihre Patienten auch ausserhalb von Notfällen und Hausbesuchen abgeben dürfen. Dabei handelt es sich um ein seit langem, oft hoch emotional und kontrovers diskutiertes Thema. Die Selbstdispensation wird dabei von den verschiedenen Interessengruppen (Ärzte, Apotheker, Pharmavertreter, Politik) sehr unterschiedlich beurteilt.

Von den insgesamt gemäss Datenpool in Liechtenstein abgerechneten Bruttokosten für Medikamente in Höhe von CHF 24.8 Mio. wurden 2013 CHF 19.0 Mio. oder 77% über Ärzte und CHF 5.8 Mio. oder 23% über Apotheken abgegeben.

Es gibt im Land insgesamt drei Apotheken, dies entspricht einer Apothekendichte von 0.8 pro 10'000 Einwohner. Im Schweizer Durchschnitt liegt die Apothekendichte für 2012 bei 2.2. Kantonal gibt es grosse Unterschiede, z.B. kommen im Tessin 5.6 Apotheken auf 10'000 Einwohner, in der Genferseeregion 3.5. Die tiefsten Werte haben mit 0.9 die Zentralschweiz und mit 1.3 die Ostschweiz.

Während in Liechtenstein 12'300 Einwohner durch eine Apotheke versorgt werden, kommen im europäischen Durchschnitt (2012) 3'200 auf eine Apotheke, in Deutschland sind es rund 3'900.¹⁷

Anhand aller verfügbaren Zahlen wird deutlich, dass die Apotheke als Vertriebskanal in Liechtenstein eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielt.

In der Schweiz ist die Medikamentenabgabe kantonal geregelt. Art. 37 Abs. 3 KVG CH fordert von den Kantonen die Festsetzung von Voraussetzungen, unter welchen die Ärzte bei direkter Abgabe von Medikamenten an Patienten den Apothekern ohne Nachweis einer Zusatzqualifikation gleichgestellt sind, und dass bei dieser Regelung die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zu einer Apotheke zu berücksichtigen sind. In neun Kantonen ist die Selbstdispensation verboten (Westschweiz), in 14 Kantonen erlaubt (Ostschweiz). Drei Kantone haben Mischformen.

In der Schweiz hat man sich in der Vergangenheit bereits mehrfach mit dem Thema Selbstdispensation befasst. Eine Vernehmlassungsvorlage aus dem Jahr

¹⁷ Quelle: ABDA-Statistik (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände).

2009 zur ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes, welche unter anderem ein Verbot der Arzneimittelabgabe durch Ärzte vorsah, stiess auf grossen Widerstand, namentlich von Seiten der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Kantone, in denen die Selbstdispensation erlaubt ist. Die jüngsten Abstimmungen in der Schweiz zur Selbstdispensation zeigen kein einheitliches Bild. In Zürich hat das Stimmvolk im Jahr 2008 die ärztliche Medikamentenabgabe mit klarer Mehrheit begrüsst, in Aargau wurde hingegen 2013 eine Initiative, die ärztliche Medikamentenabgabe zu erlauben, mit 60% abgelehnt.

Der Schweizer Bundesrat hat sich mit dem Thema bereits mehrfach im Rahmen von parlamentarischen Anfragen¹⁸ beschäftigt und räumt ein, „dass er sich bewusst ist, dass die Arzneimittelabgabe durch die Ärzte (Selbstdispensation), wie sie gegenwärtig vergütet wird, theoretisch unerwünschte wirtschaftliche Anreize schaffen kann, und zwar sowohl hinsichtlich Versorgung als auch bezüglich Kosten.“ Im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrates soll das Thema durch das BAG genauer untersucht werden, bevor konkrete Massnahmen getroffen werden. Im Herbst 2013 hat das BAG in diesem Zusammenhang zwei Studienaufträge vergeben. Eine Studie soll prüfen, ob es machbar ist, eine Kosten- und Ertragsrechnung bezüglich Arzneimittelabgabe in den verschiedenen Vertriebskanälen (öffentliche Apotheken, Ärzte mit Selbstdispensation und ambulanter Bereich der Spitäler) zu erstellen. Eine zweite Studie soll dazu beitragen zu erkennen, ob die theoretischen Anreize der Selbstdispensation die erwarteten Auswirkungen auf den Arzneimittelverbrauch und die Kosten zu Lasten der OKP haben (inklusive der Durchsicht der bestehenden wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema). Ergebnisse wurden noch für das laufende Jahr angekündigt. Der

¹⁸ Motion Diener-Lenz 09.3089 „Vertriebsanteil bei den Medikamentenkosten“; Motion Rossini 11.4184, „KVG. Absurde Anreize bei der Medikamentenabgabe“; Interpellation Siebenthal 13.3537, „Verschreibung von Medikamenten, Selbstdispensation“; Interpellation Siebenthal 12.3594, „Verschreibung von Medikamenten“.

Bundesrat möchte noch in diesem Jahr entscheiden, wie es in der Frage der Selbstdispensation weiter gehen soll.¹⁹

3.4.2.2 Die Selbstdispensation im Liechtensteinischen Heilmittelrecht

Die Frage der Selbstdispensation ist nicht Gegenstand des Krankenversicherungsgesetzes, sondern richtet sich nach den Bestimmungen der Heilmittelgesetzgebung, welche aktuell revidiert werden. Art. 23 Abs. 1 Ärztegesetz erlaubt lediglich die Anwendung an und die Abgabe von Arzneimitteln und Heilvorrichtungen an Patienten in Notfällen, bei Hausbesuchen und zur Sicherstellung der notwendigen ersten Versorgung. Die Führung einer Praxisapotheke zur Abgabe von Arzneimitteln an Patienten bedarf nach geltendem Recht einer Bewilligung des Amtes für Gesundheit (Art. 23 Abs. 2 Ärztegesetz). Voraussetzung dafür ist die Gewährleistung einer fachgerechten Lagerung und Überwachung.

Die Vorlage zum neuen Heilmittelgesetz (vgl. BuA Nr. 51/2014) geht davon aus, dass die Selbstdispensation weiter beibehalten wird und enthält die entsprechenden gesetzlichen Regelungen. Die Regierung hat anlässlich der ersten Lesung am 6. Juni 2014 ausgeführt, dass sie die Vor- und Nachteile einer sehr genauen Abwägung unterzogen hat.

Auf Seiten der Kritiker der Selbstdispensation wird auf die Notwendigkeit einer strikten Trennung zwischen der Verschreibung und der Abgabe von Medikamenten verwiesen. Weltweit hat sich der WHO-Grundsatz etabliert: „Wer verschreibt, gibt nicht ab.“ Dafür würden sowohl Qualitäts- als auch Kostenaspekte sprechen. Hinsichtlich der Qualität wird das Vier-Augen-Prinzip betont. Der Apo-

¹⁹ Vgl. Massnahme 2.2.1 Stabilisierung des Kostenwachstums im Medikamentenbereich im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020, Faktenblatt „Prüfung des Vertriebsanteils, Höhe und Ausgestaltung“, <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14638/14668/index.html?lang=de>

theker kontrolliert das Rezept des Arztes und prüft z.B. die Verträglichkeit mit anderen Medikamenten. Hinsichtlich der Kosten werden negative Anreize vermieden, da die Apotheker im Gegensatz zu den Ärzten ihren Umsatz bei den rezeptpflichtigen Medikamenten nicht selbst beeinflussen können.

Die Regierung erkennt die potenziellen Fehlanreize bei mangelnder Trennung von Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln. Ein gewisser Interessenskonflikt zwischen wirtschaftlicher Behandlung und Gewinnmaximierung ist bei der Selbstdispensation offensichtlich.

Andererseits lassen sich die erwarteten kostensenkenden Effekte einer Abschaffung der Selbstdispensation nicht eindeutig nachweisen. Befürworter wie Gegner unterlegen ihre Argumentation mit Studien, um jeweils die Kostenvorteile des einen oder anderen Abgabekanals zu belegen. Die Studienlage ist uneinheitlich.

Von den Befürwortern der Selbstdispensation wird in der Regel der Patientennutzen als wichtigstes Argument vorgebracht, da der zusätzliche Gang in die Apotheke entfalle.

Verbundeffekte hinsichtlich der Mischfinanzierung einer Arztpraxis aus den drei „Standbeinen“ Behandlung, Medikamente und Praxislabor gingen jedenfalls bei einem Verbot der Medikamentenabgabe durch den Arzt verloren. Darüber hinaus müsste auch die Existenzsicherung (Infrastrukturkosten) zusätzlicher Apotheken finanziert werden.

Diese Verbundeffekte sowie der Nutzen aus Sicht des Patienten sollen nach Ansicht der Regierung nicht aufgegeben werden. Den möglichen Interessenskonflikten kann auch mit anderen Massnahmen effektiv begegnet werden. Als eine solche Massnahme wird die Einführung einer Festbetragsregelung für die Vergütung von Medikamenten vorgeschlagen.

3.4.2.3 Einführung einer Festbetragsregelung

Während in Deutschland der Generikaanteil an den von der gesetzlichen Krankenkasse vergüteten Arzneimitteln gemessen an Packungseinheiten im Jahr 2013 bei 67% lag, lag er in Liechtenstein bei vergleichsweise bescheidenen 16%.²⁰ Der Anteil liegt zwar im Bereich des Generikaanteils in der Schweiz. Dort sind aber, wie bei uns, die Preise für Generika ca. 50% höher als im übrigen Europa.

Interessant in diesem Zusammenhang ist eine Befragung von liechtensteinischen Ärzten aus dem Jahr 2011. Darin wurden diese gefragt, wie hoch sie ihren Generikaanteil schätzen. Nur drei der befragten 29 Ärzte schätzten ihren Generikaanteil richtig zwischen Null und 20%. Die meisten Ärzte schätzten ihren Generikaanteil bei 50% und mehr ein. Die Selbsteinschätzung der Ärzteschaft in Bezug auf Generika weicht somit diametral von den tatsächlichen Gegebenheiten ab.

Durch die Einführung einer Pflicht zur Verschreibung von Co-Marketing-Präparaten für bestimmte Medikamente wurde zwar schon ein gewisser Fortschritt erzielt, es besteht aber noch weiteres Potenzial.

Da andere Initiativen zur Erhöhung des Generikaanteils und den damit erwarteten Kosteneinsparungen, wie die Einführung eines höheren Selbstbehaltes bei Originalarzneimitteln gemäss Art. 81a KVV, keine Wirkung gezeigt haben, soll im Rahmen dieser Vorlage auf Massnahmen zurückgegriffen werden, die in Europa bereits erfolgreich umgesetzt wurden.

In den skandinavischen Ländern besteht im Unterschied zu Liechtenstein kein Substitutionsrecht (Art. 52a Abs. 2 KVV) sondern eine Substitutionspflicht beim

²⁰ Quelle: <http://www.progenerika.de/wp-content/uploads/2014/04/Pro-Generika-Marktdatenbroschüre-2013.pdf>, Seite 10; Liechtenstein: eigene Berechnungen.

Vorhandensein von Generika. Die geplante Neuregelung der Erstattung von Arzneimitteln soll aber keine derartige Generikapflicht normieren. Wenn ein Arzt es aus medizinischen Gründen für erforderlich hält, ausdrücklich das Originalpräparat zu verschreiben, so darf er dies weiterhin tun. Verstärkt wird das Interesse, nach einem günstigeren Generikum zu fragen, künftig durch die höhere Kostenbeteiligung im vorgeschlagenen neuen Versicherungsmodell.

Umgesetzt werden soll hingegen die so genannte Festbetragsregelung, wie sie in vielen anderen Ländern, z.B. in Deutschland, besteht. Für ausgewählte Wirkstoffgruppen wird dabei ein Referenztarif festgelegt und vergütet. Dieser Ansatz beinhaltet im Sinne des Versicherten einen starken Anreiz, wo immer möglich, auf ein kostengünstigeres Präparat auszuweichen. Eine solidarische Sozialversicherung hat für eine ausreichende Versorgung mit den benötigten Wirkstoffen zu sorgen, ohne allerdings die Übernahme von Kosten für teure „Markenprodukte“ zu garantieren.

Günstigere Produkte werden ebenso bezahlt. Liegt der Preis des tatsächlich abgegebenen Präparates jedoch über dem festgesetzten Betrag, muss die Differenz vom Versicherten selbst bzw. allenfalls von einer entsprechenden Zusatzversicherung bezahlt werden, sofern eine solche von den Krankenkassen angeboten wird. Klarzustellen ist, dass der allenfalls vom Versicherten zu bezahlende Differenzbetrag keine OKP-Leistung ist und daher weder zu Lasten der Kostenbeteiligung verrechnet noch aus der erweiterten OKP bezogen werden kann.

Die Regierung erlässt basierend auf Art. 16c Abs. 8 KVG Bestimmungen über die Vergütung von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Analysen. Die Umsetzung der beschriebenen Festbetragsregelung kann daher auf Verordnungsebene erfolgen, eine Gesetzesanpassung ist hierzu nicht erforderlich.

Der Preis, welchen die soziale Krankenversicherung in einer ausgewählten Wirkstoffgruppe vergütet, wird als Festbetrag per Verordnung festgelegt. Es ist dabei nicht nötig, für alle denkbaren Medikamente zu bestimmen, welches Generikum oder welches Medikament der entsprechenden Wirkstoffgruppe beziehungsweise welcher Preis vergütet wird. In Deutschland beispielsweise hat diese vollständige Liste einen Umfang von über 900 Seiten²¹. Die Regierung wird sich an den am häufigsten verschriebenen Medikamenten orientieren. Hier ist der Effekt am grössten und der Aufwand für Erstellung und Pflege der Liste überschaubar. Tabelle 6 zeigt die „Hitliste“ der umsatzstärksten Wirkstoffe und ihrer Handelsnamen, wie sie im Jahr 2013 zu Lasten der OKP abgerechnet wurden. Die 20 Wirkstoffe mit den höchsten Umsätzen decken demnach 24% des gesamten Medikamentenumsatzes gemäss Medikamentenstatistik ab.²²

Die Spalte „Anzahl Packungen“ gibt die abgegebene Anzahl der Packungen unabhängig von der Packungsgrösse beziehungsweise Darreichungsform an. Es ist doch bemerkenswert, dass an jeden Einwohner durchschnittlich über 15 Packungen Medikamente im Jahr 2013 abgegeben wurden.

Interessant ist auch die Anzahl der im Jahr 2013 abgegebenen Tabletten. Zur Abschätzung dieser Grösse wurden alle Medikamente, welche in der Einheit „Stück“ abgegeben wurden (also keine Flüssigkeiten oder in Gewichtseinheiten gemessene Pulver) unter Kenntnis der Packungsgrösse addiert. Vereinfachend wurde dann angenommen, dass es sich bei diesen Produkten um Tabletten handelt. Daraus ergibt sich, dass in den Apotheken 3.2 Mio. Stück abgegeben wur-

²¹<http://www.dimdi.de/dynamic/de/amg/festbetrage-zuzahlung/festbetrage/downloadcenter/2014/juni/06-01/festbetrage-20140601.pdf>

²² Da die Informationen der Medikamentenstatistik nicht von allen Krankenversicherern geliefert werden und nicht alle Ärzte elektronisch abrechnen, decken die Anzahl der Packungen beziehungsweise der Umsatz nur 94% der durch die OKP erstatteten Medikamente ab.

den und über die Ärzte 13.3 Mio. Stück. Auf jeden der 37'000 Einwohner entfallen im Durchschnitt daher 446 Tabletten, die im Jahr 2013 verschrieben und von der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt wurden. Wie viele davon tatsächlich bestimmungsgemäss verwendet beziehungsweise mehr oder weniger fachgerecht entsorgt wurden, ist nicht bekannt.

Rangliste der 20 umsatzstärksten Wirkstoffe in der OKP für das Jahr 2013

Rang	Wirkstoff	Handelsnamen	Anzahl Packungen	Umsatz OKP in CHF
1	Rosuvastatinum	Crestor	4'034	591'265
2	Esomeprazolum	Nexium, Esomep, Esomeprazol	10'036	472'784
3	Atorvastatinum	Sortis, Atorva, Atorvastatin	5'614	409'288
4	Bevacizumabum	Avastin	303	383'481
5	Irbesartanum, Hydrochlorothiazidum	Coaprovel	2'917	381'329
6	Pantoprazolum	Zurcal, Pantoprazol, Panprax, Pantozol	8'191	300'462
7	Rivaroxabanum	Xarelto	1'698	280'824
8	Irbesartanum	Aprovel, Irbesartan	2'246	273'796
9	Ranibizumabum	Lucentis	252	268'897
10	Magnesium ionisatum	Magnesiocard, MG5, Mag 2, Magnegon	8'561	262'793
11	Budesonidum, Formoteroli fumaras dihydricus (2:1)	Symbicort, Vannair	2'994	246'555
12	Ferrum(III) ionisatum	Ferinject, Maltofer, Venofer	2'470	242'681
13	Adalimumabum	Humira	248	235'597
14	Infliximabum	Remicade	269	235'577
15	Fingolimodum	Gilenya	57	212'773
16	Clopidogrelum	Plavix, Clopidogrel, Clopidrax	2'084	195'836
17	Etanerceptum	Enbrel	209	195'798
18	Bisoprololi fumaras (2:1)	Concor, Bilol, Bisoprolol	4'752	194'672
19	Quetiapinum	Seroquel, Sequase, Quetiapin	1'488	190'951
20	Escitalopramum	Ciprallex	1'512	187'308
Total Top 20			59'935	5'762'666
Total gemäss Medikamentenstatistik 2013			563'691	23'794'422
Anteil Top 20 am Total Medikamentenstatistik 2013 in %			11%	24%

Tabelle 6: Rangliste der 20 umsatzstärksten Wirkstoffe in der OKP für das Jahr 2013

Unter den ersten drei befinden sich gleich zwei Wirkstoffe aus der Gruppe der Statine: Rosuvastatinum (Handelsname Crestor) auf Rang 1 und Atorvastatinum (Handelsnamen Sortis, Atorva und Atorvastatin) auf Rang 3.

Setzt man beispielsweise für diese Wirkstoffgruppe, die so genannten „Cholesterinsenker“, die in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Festbeträge ein, so ergibt sich allein daraus ein rechnerisches Einsparpotenzial von rund CHF 800'000 (Tabelle 7).

Auswirkungen einer Festbetragsregelung nach dem Muster Deutschlands für die Wirkstoffgruppe der Statine

Wirkstoff	Anzahl Packungen OKP FL 2013	Umsatz OKP FL 2013 in CHF	Umsatz OKP FL 2013 bei Festbetrag (D) in CHF
Atorvastatinum	5'614	407'993	145'417
Fluvastatinum	89	5'577	153
Pitavastatinum	1	49	-
Pravastatinum natricum	518	39'627	12'863
Rosuvastatinum	4'034	542'163	89'829
Simvastatinum	815	69'611	21'066
Total	11'071	1'065'020	269'329
Einsparpotenzial			-795'691

Tabelle 7: Auswirkung einer Festbetragsregelung nach dem Muster Deutschlands für die Wirkstoffgruppe der Statine

Es ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass Medikamente im europäischen Ausland generell günstiger angeboten werden als in Liechtenstein und in der Schweiz. Die Festbeträge werden sich daher nicht auf dem niedrigen Niveau Deutschlands festlegen lassen.

3.4.3 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Mit der Gesetzesänderung vom Frühjahr 2012 (LGBl. 2012 Nr. 197, BuA Nr. 8/2011) wurde in Art. 19 Abs. 2b im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsverfahrens im engeren Sinn neben der Prüfung auf Basis der Behandlungskostenstatistik neu auch jene anhand von Rechnungen und Patientendossiers eingeführt. Flankierend dazu wurde die bedarfsorientierte, fachliche Unterstützung durch die Ärztekammer normiert.

Gedacht war die Änderung in dem Sinne, dass im Zweifel einzelne Rechnungen und Patientendossiers ergänzend zur Urteilsbildung herangezogen werden. In der Praxis stellte sich jedoch heraus, dass die Bestimmung dahingehend ausgelegt werden kann, dass nur eine Vollüberprüfung sämtlicher Rechnungen und Patientendossiers – also in der Regel von tausenden von Einzeldokumenten – der Vorschrift gerecht werden kann. Eine solche Interpretation verunmöglicht in der Praxis wegen des unverhältnismässigen Aufwands gemäss Aussagen des Krankenkassenverbandes jede Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Bestimmung soll daher wieder herausgenommen werden und es soll damit der Zustand vor der Gesetzesänderung im Jahr 2012 wieder hergestellt werden. Mit der verpflichtenden Prüfung von Patientendossiers entfällt auch die Grundlage für die fachliche Unterstützung durch die Ärztekammer.

Im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsverfahren wird vielfach die lange Verfahrensdauer kritisiert. Eine der Ursachen für die lange Dauer und eine mögliche Verschleppung liegt darin, dass im Fall von Streitigkeiten über Rückforderungen noch vor der Anrufung des Schiedsgerichts nach Art. 28 KVG zwingend die Durchführung eines aussergerichtlichen Schiedsverfahrens vorgesehen ist. Diese zusätzliche Verfahrensstufe soll abgeschafft werden, wie dies auch im Zusammenhang mit Streitigkeiten über die Bedarfsplanung vorgeschlagen wird.

3.4.4 Festlegung von Kostenzielen

Nach Art. 19b KVG legt die Regierung nach Anhören der Kosten- und Qualitätskommission Kostenziele fest. Für die Umsetzung sind der Kassenverband und die Verbände der Leistungserbringer verantwortlich.

Eine Überschreitung der Kostenziele oder ein Nichtbeachten der Massnahmen der Qualitätssicherung ohne nachvollziehbare, auf Daten gestützte Begründung kann nach geltender Rechtslage die Kürzung von Tarifen einer bestimmten Fachrichtung oder die Rückforderung von Vergütungen bei einzelnen Leistungserbringern zur Folge haben.

Die Bestimmung wurde bereits 2003 im Zusammenhang mit der Einführung der Bedarfsplanung als eine begleitende Massnahme der Kosteneindämmung und -kontrolle eingeführt (LGBl. 2003 Nr. 241). Die Rolle der Regierung hinsichtlich der Kostenbeeinflussung sollte nach damaliger Intention dadurch gestärkt werden. Die Kostenziele waren nicht als verbindliches Globalbudget in dem Sinne gedacht, dass bei einer Überschreitung des Budgets automatisch der Vergütungssatz für alle dem Budget unterliegenden Leistungserbringer gesenkt wird. Die Begründungspflicht bei Kostenüberschreitungen sollte jedoch das Kostenbewusstsein verstärken. Nach einer Anlaufphase sollte das Kostenziel einen verbindlichen Charakter erhalten, indem die Regierung Sanktionen ergreifen kann (vgl. BuA Nr. 44/2003, Seite 28).

Kostenziele werden seit dem Jahr 2007 regelmässig von der Regierung festgelegt, in den ersten beiden Jahren wurden gemäss Art. 14 der Verordnung über die Kostenziele und die Qualitätssicherung (KQV) im Sinne der erwähnten Anlaufphase explizit keine Sanktionsmassnahmen im Sinne von Art. 16b Abs. 2 KVG ergriffen. Auch in den Jahren danach blieb die Gesetzesbestimmung bislang folgenlos, vor allem auch deswegen, weil die Kostenziele nicht (2009, 2010 und 2012)

bzw. einmal nur knapp (2011) überschritten wurden. 2013 wurde bei einem Kostenanstieg von über 14% eine erhebliche Überschreitung des Kostenzieles von 3.7% festgestellt;²³ das Verfahren der Überprüfung läuft aktuell. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen wurden die betroffenen Leistungserbringer zu einer Begründung aufgefordert. Die Regierung wird auf Basis der Begründungen über das Ergreifen von Massnahmen zu entscheiden haben.

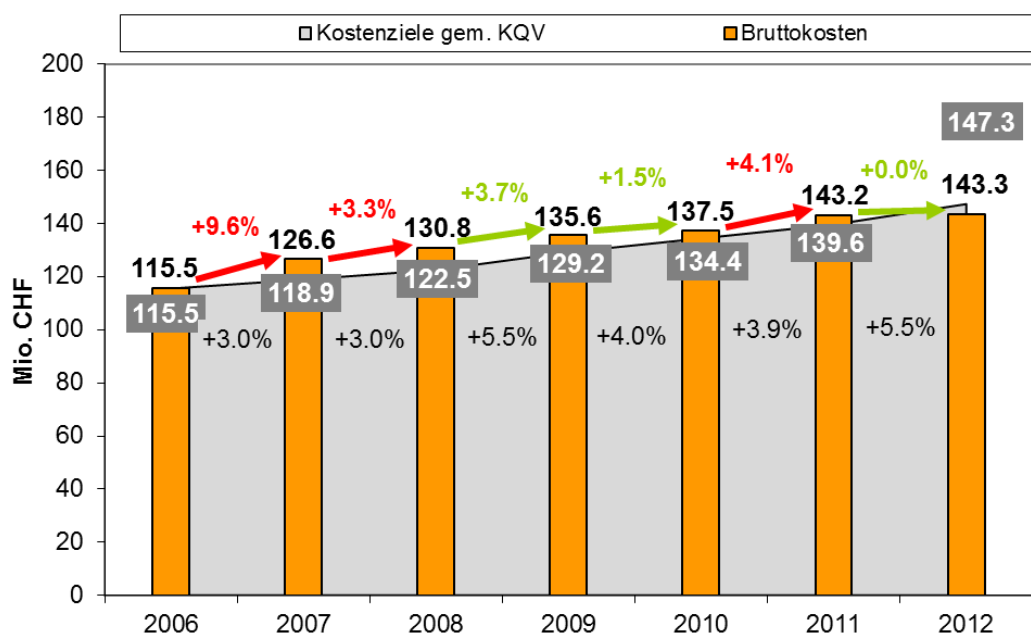


Abbildung 14: Entwicklung der Kosten und der Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Quelle: Krankenkassenstatistik 2012, Seite 8.

²³ Die Grafik in der Krankenkassenstatistik (letztvorliegende publizierte Variante, daher noch ohne Werte für 2013) zeigt jeweils den Anstieg der gesamten Bruttoleistungen gemäss Datenpool dem Kostenziel gegenüber gestellt. Tatsächlich für die Überprüfung relevant ist nur eine Teilmenge der Totalkosten, und zwar im Wesentlichen all jene Leistungserbringer, welche einen Vertrag mit dem Kassenverband abgeschlossen haben.

Die Regierung möchte grundsätzlich an der Festlegung von Kostenzielen festhalten, ist jedoch der Ansicht, dass der Prozess der Festlegung und Überwachung in einzelnen Punkten verbessert werden muss.

Die Verbände der Leistungserbringer sind nach Art. 19b Abs. 2 KVG wohl für die Umsetzung der Kostenziele und Massnahmen der Qualitätssicherung verantwortlich, im Prozess der Kostenzielfestlegung sind sie jedoch heute ungenügend eingebunden. Bereits bei der Einführung der Bestimmung wurde betont, dass die Zielfestlegung durch die Regierung in enger Zusammenarbeit mit den direkt Betroffenen, also dem LKV, der Ärztekammer und den anderen Verbänden der Leistungserbringer erfolgen soll (BuA Nr. 44/2003, Seite 56). In der Kosten- und Qualitätskommission, welche nach geltender Rechtslage und gelebter Praxis einen Vorschlag zu Händen der Regierung ausarbeitet, sind die verschiedenen Leistungserbringerverbände (abgesehen von der Ärztekammer) nur indirekt über den Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege vertreten. Die verantwortlichen Verbände sollen künftig stärker direkt in die Festsetzung der Kostenziele eingebunden werden. Das Vorgehen soll mit einer Anpassung der Verordnung über die Kostenziele und die Qualitätssicherung beschrieben werden. Die Regierung wird die Einschätzungen der Verbände der Leistungserbringer und des Kaserverbandes beurteilen, allenfalls anpassen und zu einem Gesamtziel zusammenführen.

Das Gesamtziel und künftig auch die sektoralen Teilziele pro Kategorie von Leistungserbringern werden schliesslich per Verordnung Ende des Jahres für verbindlich erklärt und an die Leistungserbringer kommuniziert.

Verbessert wird ausserdem das laufende Controlling. Heute erfolgt die quartalsweise Veröffentlichung von Daten im Internet über das Kostenmonitoring des Bundesamtes für Gesundheit. An dieser Publikationsform soll festgehalten werden, da sie insbesondere im Vergleich mit dem Ausland wertvolle Dienste leistet.

Neu sollen die Verbände im Sinne eines Management-Informationssystems quartalsweise vom Amt für Gesundheit einen Soll-Ist-Vergleich der sie betreffenden Zielvorgaben einerseits und der abgerechneten Leistungen andererseits erhalten. Damit sollen das Kostenbewusstsein weiter erhöht und eine bessere Grundlage für das Kostenmanagement durch die Verbände geschaffen werden.

3.4.5 Weitere Verbesserung der Datengrundlagen im Gesundheitswesen

Zur Verbesserung der Transparenz und der Erhöhung der Steuerbarkeit des Systems sollen die heute verfügbaren Datengrundlagen ergänzt und weiter verbessert werden. Gegenwärtig stehen mehrere Datengrundlagen für die Systemanalyse zur Verfügung.

Zum einen gibt es den vom LKV geführten Datenpool („Statistik der Behandlungskosten“), welcher die Bruttoleistungen jeweils summiert pro Leistungserbringer enthält, wie sie durch die Kassen in einem Geschäftsjahr abgerechnet wurden. Basis sind die Buchhaltungsdaten der Kassen. Auswertungen pro Behandlungsjahr sind ebenfalls möglich. Der Datenpool dient verschiedenen gesetzlichen Zwecken, darunter der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Art. 19 Abs. 2a KVG) oder der Festlegung und Überprüfung des Kostenziels (Art. 19b KVG bzw. entsprechende Bestimmungen der KQV).

Zum zweiten haben die Kassen dem Amt für Gesundheit jährlich Aufsichtsdaten auf Basis ihrer Jahresrechnungen sowie weitere statistische Angaben zu liefern (Art. 4 KVG). Diese Datenerhebung ist eine wesentliche Grundlage der jährlich erstellten Krankenkassenstatistik.

Anonymisierte Daten, jeweils summiert pro Versicherten erhält das Amt von den Kassen ausserdem, soweit sie für die Ermittlung des Staatsbeitrags und des Risikoausgleichs erforderlich sind (Informationen insbesondere über Versicherungsmonate, Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen).

Ein seit längerem geplanter Schritt ist der Aufbau eines Tarifpools, welcher Auswertungen bis auf die Ebene der einzelnen Tarifpositionen erlaubt. Der Kassenverband strebt diesbezüglich eine Teilnahme am bestehenden Tarifpool der SASIS, einer Tochter von santésuisse, an. Die technischen Voraussetzungen auf Ebene der Kassen sollten zwischenzeitlich weitgehend erfüllt sein. Ob die Umsetzung bereits auf 2015 erfolgen kann, ist zum heutigen Zeitpunkt noch offen.

Die Regierung möchte künftig in noch besserem Masse die Daten, welche im Zusammenhang mit den von den Kassen vergüteten Leistungen entstehen, für die Steuerung, die staatliche Aufsichtsfunktion, die Statistik, oder auch zum Zwecke der Forschung nutzbar machen.

Die vorliegenden Daten sind hierfür noch immer zu stark aggregiert. Ein Anschluss an den Tarifpool ist bis heute nicht gelungen. Die Regierung möchte die Verbesserung der Datengrundlagen daher stärker in die Hand nehmen und schlägt den Aufbau einer Datenbank vor, welche anonymisierte Daten von Versicherten und die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen enthält. Dies soll vertiefte Analysen und Simulationen im Bereich der Krankenversicherung möglich machen.

Zu den Zwecken dieser vertieften Datenanalyse gehören:²⁴

- Die Überwachung der einheitlichen Anwendung des Gesetzes;
- Die Verfolgung der Kostenentwicklung;
- Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen;
- Die frühzeitige Erkennung von Trends bezüglich Leistungen und Kosten;
- Die Sicherstellung der Gleichbehandlung der Versicherten;

²⁴ Vgl. zu diesen Zwecken Art. 28 Abs. 1 CH KVV.

- Die Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen Massnahmen zur Kosteneindämmung;
- Die Bereitstellung von Grundlagen zur Wirkungsanalyse des Gesetzes und von Entscheidungsgrundlagen für allfällige Gesetzes- oder Gesetzesvollzugsänderungen.

Ähnliche Überlegungen gibt es auch in der Schweiz: Ein Handlungsfeld im Rahmen der nationalen Strategie Gesundheit 2020 lautet „Transparenz schaffen und besser steuern“. Darunter wird als eine Stossrichtung die Einführung einer ambulanten Statistik und die Erhebung von Daten der Versicherten auf individueller Ebene verfolgt.²⁵

In der Schweiz existiert bereits ein Pilotprojekt, in dessen Rahmen drei Krankenversicherer auf freiwilliger Basis detaillierte und anonymisierte Einzelleistungsdaten zur Verfügung gestellt haben. Die Datenspezifikationen und die Modalitäten der Datenlieferung sind bereits ausgearbeitet, auch wurde ein Datenanonymisierungs- und Verschlüsselungskonzept ausgearbeitet. Das Bundesamt für Gesundheit plant die erstmalige Erhebung bei allen Versicherten schon im Herbst 2014.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf sollen die gesetzlichen Grundlagen für die Datenerhebung geschaffen werden. Der Vorschlag lehnt sich an die entsprechenden Schweizer Bestimmungen an.

²⁵ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12690>

3.5 Leistungskatalog

3.5.1 Unterschiede zum Leistungskatalog der Schweizer KLV

In der Diskussion wird immer wieder vorgebracht, der Leistungskatalog der Liechtensteinischen Krankenpflegeversicherung wäre weit umfangreicher als jener unserer Schweizer Nachbarn.

Die Leistungskommission hat sich in einem umfassenden Projekt mit einem detaillierten Vergleich des Leistungskataloges der Liechtensteinischen KVV mit jenem der Schweizerischen Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) befasst. Im Ergebnis wurde die KVV per 1. Januar 2014 weitestgehend an das Schweizer Recht angepasst (LGBI. 2013 Nr. 392). Die Übernahme von Änderungen in der Schweiz in das Liechtensteinische Recht ist seither als laufendes Traktandum in den Sitzungen der Leistungskommission vorgesehen, sodass der „Gleichlauf“ hinkünftig bestmöglich sichergestellt sein soll.

Einige Abweichungen des Leistungskataloges gibt es auch nach der erfolgten Anpassung, die wichtigsten sind:

- Das Liechtensteinische Krankenversicherungsrecht kennt einige Gruppen von Leistungserbringern, welche in der Schweiz nicht zur OKP zugelassen sind, konkret sind dies medizinische Masseur, Psychotherapeuten und Naturheilpraktiker (letztere allerdings eng begrenzt auf die Akupunktur TCM).
- Die Leistungen der übrigen Berufsgruppen wurden mit der Schweiz verglichen. Eine 1:1-Anpassung ist mit einigen kleinen Ausnahmen (Behandlung von Schluckstörungen in der Logopädie, etwas frühere Interventionsmöglichkeit und besondere Berücksichtigung von Kindern in der Ernährungsberatung) erfolgt.
- Unterschiede gibt es im Bereich Vorsorge bzw. Prävention, darunter insbesondere die in Liechtenstein bekannten, für die Versicherten kostenlosen

Vorsorgeuntersuchungen. Diese sollen bewusst weiterhin beibehalten werden.

3.5.2 Abschaffung Kurbeitrag

Die Kassen leisten einen Beitrag an medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Badekuren in Höhe von CHF 10 pro Tag während höchstens 21 Tagen. Die Kur muss mindestens 14 Tage dauern. Die Kostenübernahme erfolgt nur in zugelassenen Heilbädern, welche unter ärztlicher Leitung stehen. Diesen Beitrag gibt es auch in der Schweiz.

Angesichts der Gesamtkosten einer zwei- bis dreiwöchigen Kur, welche vom Versicherten selbst aufzubringen sind, ist der relativ kleine Zuschuss zwischen CHF 140 und CHF 210 für den Betroffenen wohl erfreulich, aber kaum seinen Verwaltungsaufwand wert. Pro Jahr werden unter dieser Position gesamthaft rund CHF 30'000 - CHF 35'000 abgerechnet. Es geht bei dieser Massnahme also weniger um die absolute Kosteneinsparung, als vielmehr um den Abbau administrativen Aufwands.

Beim Kurbeitrag handelt es sich um eine Leistung, welche nach Ansicht der Regierung bei entsprechender Nachfrage von den Kassen in einer Zusatzversicherung angeboten werden könnte.

Nicht berührt bleibt von der Änderung die Kostenübernahme von notwendigen Therapien im Rahmen von Kuraufenthalten (z.B. Physiotherapie), sofern die sonstigen Voraussetzungen der OKP-Kostenübernahme erfüllt sind (ärztliche Verordnung, zur OKP zugelassener Leistungserbringer bzw. geeigneter Leistungserbringer bei erweiterter OKP).

3.6 Anpassungen beim Krankentaggeld

3.6.1 Das bestehende Modell der Krankentaggeldversicherung

In Liechtenstein sind alle über 15-jährigen Arbeitnehmer, die hier für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung im Land tätig sind, bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der AHV, längstens bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters obligatorisch zum Taggeld zu versichern (Art. 7 Abs. 1 Bst. b KVG). Ausnahmen gibt es lediglich für kurzfristig oder unregelmässig beschäftigte Personen.

Für Leistungen oder Personen, die nicht vom Obligatorium umfasst sind, können die Kassen freiwillige Versicherungen anbieten (Art. 16 KVG).

Die Krankengeldversicherung wird über Prämienzahlungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern je zur Hälfte finanziert. Sie kann als Einzel- oder als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Die Beiträge in der Kollektivversicherung können von jenen der Einzelversicherung abweichend festgelegt werden (Art. 22 Abs. 7 KVG).

3.6.2 Auslöser des Reformbedarfs

Die Krankenkassenstatistik weist für das obligatorische Krankentaggeld in den letzten Jahren negative Gesamtergebnisse aus. Beim bestehenden Leistungsverlauf und unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen ist es offenbar nicht allen Kassen gelungen, die obligatorische Taggeldversicherung mittelfristig kostendeckend und unter Einhaltung der bestehenden Reservenvorschriften zu führen (vgl. Art. 22 Abs. 2 KVG). Dies hat zur Folge, dass es in den letzten Jahren im Taggeldbereich insgesamt zu einem systematischen Abbau von Reserven kam.

Als ein wesentlicher Grund für die negative Entwicklung werden steigende Leistungen, vor allem auf Grund der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankun-

gen („Burnout“), angeführt. Ein Blick in die Krankenkassenstatistik zeigt, dass dies in jüngerer Zeit stärker zutrifft. Während im Zehnjahresvergleich zwischen 2003 und 2013 der Versicherungsaufwand in der Taggeldversicherung im Durchschnitt um 2.9% stieg, wuchs er zwischen 2011 und 2013 durchschnittlich um 11% pro Jahr. In beiden Vergleichszeiträumen blieben die Erträge allerdings deutlich hinter den Aufwendungen zurück (Einnahmenwachstum seit 2003 im Durchschnitt +2.2%, seit 2011 +5.8% pro Jahr).

Die Regierung ist der Auffassung, dass die unbefriedigende Gesamtentwicklung beim Taggeld auch einige systemimmanente Ursachen hat, welchen durch Änderung der rechtlichen Grundlagen gegengesteuert werden soll.

In der Praxis werden die Arbeitnehmer in Liechtenstein von ihren Arbeitgebern fast ausschliesslich in Kollektivtaggeldverträgen versichert, rund 99% der Versicherten waren 2013 in einem Kollektivvertrag. Einzeltaggeldverträge spielen dagegen nur eine deutlich untergeordnete Rolle.

Das Solidaritätsprinzip, wie es für eine Sozialversicherung charakteristisch ist, wird durch die unterschiedliche Prämienbemessung in der Einzel- und der Kollektivversicherung durchbrochen. Die Prämien zur Einzeltaggeldversicherung werden von jeder Kasse als Einheitsprämien festgelegt und jährlich genehmigt. Bei der Kollektivversicherung werden individuelle Verträge ausverhandelt, welche keiner Einzelgenehmigung unterliegen, zumal sich üblicherweise der obligatorische Teil (80% des Lohnes bis maximal CHF 126'000) nicht von den freiwilligen Elementen trennen lässt, und es nur eine Prämie für das „Gesamtpaket“ gibt.

In Kollektivverträgen übernimmt das Unternehmen als Kollektiv zu einem gewissen Teil die Solidaritätsfunktion einer Versicherung. In grossen Unternehmen streut das Risiko, sodass Prämien entsprechend gut kalkuliert werden können.

Die Aufsicht hat im gegenwärtigen Modell der frei vereinbarten Kollektivprämien auf Basis von Einzelverträgen nur schwache Handlungsmöglichkeiten, wenn sich negative Entwicklungen abzeichnen.

Man kann hinterfragen, ob im Bereich einer Erwerbsausfallversicherung ein Obligatorium zwingend erforderlich ist. In der Schweiz gibt es kein gesetzliches Obligatorium. Die Krankentaggeldversicherung richtet sich dort überwiegend nicht nach dem KVG sondern nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Dieses lässt den Versicherern grösseren unternehmerischen Gestaltungsspielraum. Das Obligatorium hingegen verlangt nach einheitlichen, eher starren Regeln und steht so in einem gewissen Widerspruch zur Gestaltungsfreiheit in Markt und Wettbewerb.

3.6.3 Alternative Taggeldmodelle

Das Krankentaggeldsystem wurde zuletzt vor rund zehn Jahren durch eine von der Regierung eingesetzte Arbeitsgruppe umfassend überprüft. Diese hat die Problematik damals bereits diskutiert und verschiedene Ansätze zur Stärkung der Solidarität und zur Erhöhung der Verteilungsgerechtigkeit eingebracht. Die Solidarität des Kollektivvertragsmodells mit frei verhandelbaren Prämien ist vergleichsweise schwach ausgeprägt. Am anderen Ende des möglichen Spektrums steht die Einheitsprämie, welche hoch solidarisch wirkt. Diskutiert wurden damals folgende Modelle:²⁶

- Branchenabhängige Prämie: ähnlich wie in der Unfallversicherung sind die Prämien nach Branchen abgestuft. Dieses Modell existiert auch in der Schweiz, wo es keine obligatorische Krankentaggeldversicherung gibt, wo

²⁶ Arbeitsgruppe, eingesetzt von der Regierung am 23.11.2004 (RA 2004/3060-6368), Schlussbericht aus dem Jahr 2006.

aber faktisch, vorgeschrieben über Gesamtarbeitsverträge, die meisten Unternehmen dennoch eine solche haben. Diese Form der Prämie ist leicht anzuwenden. Die Betriebsart ist bei Krankheit aber nur ein Risikomerkmal unter vielen.

- Einheitsprämie analog Krankenpflege: Jede Kasse legt einen einheitlichen Prämiensatz (lohnabhängig) fest, welcher nur nach unterschiedlichen Wartefristen differenziert ist. Diese Prämien werden im Rahmen des Budgets von der Aufsicht genehmigt. Die Einheitsprämie wirkt stark solidarisch.
- Leistungsfreiheit - Bonus-Malus-Modell: Auf Basis einer einfachen Prämie (Einheitsprämie oder branchenabhängig) wird im Laufe der Zeit, also mit zunehmender Schadenerfahrung, die Kollektivprämie mit einer betriebsindividuellen Prämie gemischt, die den Schadensverlauf berücksichtigt.
- Einheitsprämienfestsetzung und ab einer gewissen Unternehmensgrösse individuelle Prämienfestsetzung: Hierbei handelt es sich um ein kombiniertes Modell aus den oben dargestellten Elementen: Für kleine Unternehmen wird die Solidarität gestärkt, bei grossen Unternehmen darf weiterhin eine Erfahrungstarifizierung (Bonus-Malus-Modell) nach dem Schadensverlauf vorgenommen werden. Offen bliebe die Frage, wo die Trennlinie gezogen werden soll. Das durchschnittliche Prämienvolumen in Liechtenstein lag laut der damaligen Arbeitsgruppe jedenfalls weit unter den Grenzen, welche für Schweizer Privatversicherer in der Berufs- bzw. Nichtberufsunfallversicherung diesbezüglich gelten.
- Solidaritätsfonds: Ein derartiger Fonds, welcher aus einem Teil der Prämie gespeist wird und Versicherer mit schlechtem Aufwand-Ertragsverhältnis entschädigt, wurde im Bericht der Arbeitsgruppe abgelehnt, da er das Wettbewerbsverhalten schwäche, weil Versicherer damit keine oder wenig Anreize für eine effiziente Schadenregulierung und Verwaltung haben.

Zum damaligen Zeitpunkt wurde im Grundsatz am bestehenden Modell festgehalten. Die mittel- und langfristige Entwicklung des Taggeldbereiches haben nunmehr die Regierung dazu bewogen, einen grundsätzlichen Systemwechsel vorzuschlagen.

3.6.4 Festsetzung einer Einheitsprämie für die obligatorische Taggeldversicherung, Gestaltungsfreiheit im freiwilligen Bereich

Dem Prinzip der Solidarität, wie es für eine Sozialversicherung gilt, soll im Taggeldbereich aus heutiger Sicht wieder stärkeres Gewicht verliehen werden. Gleichzeitig sollen wettbewerbliche Elemente aber nicht vollständig aufgegeben werden.

Wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll künftig jede Kasse für den obligatorischen Teil der Versicherung (Mindesthöhe 80 % Lohnfortzahlung bis zur definierten Lohnobergrenze) einen einheitlichen Prämientarif zur Genehmigung vorlegen. Nicht nur für die Einzel- sondern auch für die Kollektivversicherung gilt somit künftig eine einheitliche Prämie pro Versicherung. Diese kann wie heute als feste Prämie oder wie üblich als Prozentsatz vom Lohn definiert werden. Unterschiedliche Wartefristen sind weiterhin möglich, die Prämien sind für die verschiedenen Wartefristen abzustufen. Durch die Wahl der Wartefrist entscheidet das Unternehmen, welchen Teil des Risikos es selbst trägt und welchen Teil es versichert.

Für alle Leistungen, die über das Obligatorium hinausgehen, also z.B. für einen höheren als den gesetzlich normierten Lohn oder für einen höheren Prozentsatz an Lohnfortzahlung können im Sinne einer freiwilligen Zusatzversicherung den Unternehmen Angebote unterbreitet werden. Die Prämie für die obligatorisch versicherte Leistung darf dabei nicht unterschritten werden.

Die dargestellte Kombinationslösung (Einheitstarif für kleine und mittlere Unternehmen, Bonus-Malus-Modell (Erfahrungstarifizierung) ab einer bestimmten Grösse) ist ebenfalls vorstellbar. Zu klären wäre allerdings die Frage der Grenzziehung zwischen kleinen und grossen Unternehmen.

3.6.5 Entlastung der Taggeldprämien um das Mutterschaftsrisiko

Liechtenstein kennt keine eigenständige Mutterschaftsversicherung, sondern das Risiko wird hinsichtlich der Leistungen bei Mutterschaft (z.B. Kontrolluntersuchungen, Geburtsvorbereitung und Geburt, Stillberatung etc.) und des Mutterschaftstaggeldes im Krankenversicherungsgesetz mit abgedeckt. Anspruch auf (Kranken-)Taggeld besteht auch bei Mutterschaft, und zwar im Umfang von 20 Wochen (Art. 15 KVG). Rund CHF 4.2 Mio. von den gesamten CHF 26 Mio. Volumen an Krankentaggeldleistungen (2013) betreffen Zahlungen aufgrund Mutterschaft. Verteilt auf rund 35'000 Versicherte im Taggeld ergeben sich daraus monatliche Durchschnittskosten von rund CHF 10.

In der Schweiz sind nur die Leistungen bei Mutterschaft im Krankenversicherungsgesetz geregelt. Die obligatorische Mutterschaftsentschädigung, welche 2005 eingeführt wurde, wird dort im Rahmen des Erwerbsersatzgesetzes (EOG) abgewickelt. Die einheitlichen Beiträge zu deren Finanzierung werden zusammen mit den AHV-Beiträgen erhoben. Beitragspflichtig sind Arbeitgeber, Arbeitnehmer, sowie auch Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige.²⁷

Durch die Praxis der Kollektivversicherungen wird das Mutterschaftsrisiko in Liechtenstein in einem grossen Unternehmen vom Kollektiv aller dort Beschäftigten aufgefangen. Kleine Unternehmen sowie solche, die überdurchschnittlich

²⁷ vgl. <http://www.bsv.admin.ch/themen/eo/00056/01784/index.html?lang=de>.

viele junge Frauen anstellen, sind in diesem Modell durch höhere Prämien benachteiligt. Während in der Einzelversicherung Prämienanpassungen erforderlichenfalls jährlich möglich sind, reagieren die Prämien im Kollektivbereich vergleichsweise träge. Prämienanpassungen können nur über Neuverhandlungen, so genannte Vertragssanierungen (üblicherweise alle drei Jahre), durchgesetzt werden. In einem kleinen Unternehmen kann eine einzelne Mutterschaft in diesem System dazu führen, dass bei der nächstfolgenden Vertragssanierung die Prämie für den Kollektivvertrag spürbar ansteigt. Der betreffende Unternehmer fragt sich unter Umständen zu Recht, wofür er eine obligatorische Versicherung abschliessen musste beziehungsweise ob er weiterhin Frauen in gebärfähigem Alter einstellen soll.

Die Einführung einer separaten Mutterschaftsversicherung erscheint angesichts des vergleichsweise überschaubaren Prämienvolumens für Liechtenstein nicht angebracht. Das Mutterschaftstaggeld soll in bewährter Weise weiterhin im Rahmen des KVG abgebildet bleiben.

Die Thematik des Mutterschaftstaggeldes wird im Modell der Einheitsprämie automatisch mit gelöst. Das Leistungsvolumen betreffend das Mutterschaftstaggeld wird über die Einheitsprämie von allen obligatorisch Versicherten mitgetragen; dies unabhängig davon, ob in einem Unternehmen viele oder wenige Frauen beschäftigt werden.

Die Taggeldversicherung soll indirekt vom Mutterschaftsrisiko entlastet werden, indem die Aufwendungen, welche durch die Absicherung der finanziellen Folgen einer Mutterschaft entstehen, durch entsprechende Verringerung der Beiträge an die Familienausgleichskasse kompensiert werden. Diese Beiträge sind im Familienzulagengesetz (FZG) geregelt und sollen dort entsprechend nach unten angepasst werden.

3.6.6 Taggeld und Rentenvorbezug bzw. -aufschub

Die Frage des Krankentaggeldbezuges bei vorbezogener oder aufgeschobener Rente wurde in der KVG-Revision aus 2012 bereits aufgegriffen. Wie die Praxis zeigt, ist die Situation aber heute immer noch unbefriedigend gelöst. Mit der vorliegenden Revision soll in diesem Punkt ein Systemwandel vollzogen werden.

Heute gibt es sowohl beim Rentenvorbezug als auch beim –aufschub Konstellationen, in denen sich der Rentenbezüger entscheidet, weiterhin berufstätig zu bleiben. Nach den geltenden Bestimmungen endet die obligatorische Versicherung mit dem Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen AHV-Altersrente bzw. spätestens mit Erreichen des ordentlichen Rentenalters. Die Lohnfortzahlungspflicht hingegen endet nicht (automatisch) mit einem dieser Zeitpunkte. Sie richtet sich grundsätzlich nach Einzel-, Normal- oder Gesamtarbeitsvertrag, es gelten jedenfalls aber die Mindestanforderungen des Obligationenrechts (§ 1173a, insbesondere Art. 18 und 19 ABGB). Der Arbeitgeber bleibt also in der Pflicht, im Krankheitsfall Lohnfortzahlung zu leisten, muss diese Pflicht aber nicht versichern.

Diese Regelung entspricht nicht mehr der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung. Es ist immer mehr geboten und erwünscht, dass ältere Arbeitnehmer länger im Arbeitsprozess verbleiben. Arbeitgeber, welche dies ermöglichen, sollen nicht durch Lohnfortzahlungspflichten, welche sie nicht absichern können, daran gehindert werden.

Ein rein praktischer Grund spricht ebenfalls für die Änderung: Arbeitgeber sind nicht zwingend über den Rentenbezug informiert, sodass sie im Rahmen von Kollektivprämien die betreffende Person vermutlich mitversichern, obwohl sie nach heutiger Rechtslage dazu nicht verpflichtet wären. Im Schadensfall erhalten sie bestenfalls die zu viel geleistete Prämie zurück, nicht jedoch den geleisteten Lohnersatz.

Die Regierung schlägt daher vor, dass die Versicherungspflicht für das Krankentaggeld so lange erhalten bleibt, wie jemand für einen Arbeitgeber im Inland (mehr als geringfügig oder kurzfristig) tätig ist.

3.6.7 Alternative Lösung: Abschaffung des Obligatoriums im Taggeld

Als Alternative zu der im Abschnitt 3.6.4 vorgeschlagenen Abänderung der Krankengeldprämien in Richtung Einheitsprämienatz und den weiteren Änderungen gemäss den Abschnitten 3.6.5 und 3.6.6 möchte die Regierung die Abschaffung des Versicherungsobligatoriums in der Krankengeldversicherung zur Diskussion stellen. Eine solche Abschaffung hätte Konsequenzen in vielen Bereichen der Sozialversicherung und des Arbeitsvertragsrechts.

Grundsätzlich gilt das Obligatorium in der Krankengeldversicherung als grosse sozialpolitische Errungenschaft. Es müssten daher bei der Abschaffung begleitende Massnahmen eingeleitet werden.

Im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes wäre mit der Abschaffung des Obligatoriums das Mutterschaftsgeld (Art. 15 KVG) neu zu regeln. Dieses ist heute eine Leistung im Bereich des Krankengeldes. In der Schweiz ist diese Leistung wie erwähnt über das Erwerbsersatzgesetz (EOG) gedeckt. Ein solches kennt Liechtenstein nicht. Im Weiteren wäre die Aufsichtstätigkeit neu zu regeln. Wenn das Krankengeld nicht mehr spezialgesetzlich im KVG geregelt wäre, fiel es zur Gänze unter das Versicherungsvertragsgesetz (VersVG). Die Finanzmarktaufsicht (FMA) müsste neu diesen Versicherungszweig beaufsichtigen. Entsprechende Strukturen wären zu schaffen. Unbestritten dürfte indes sein, dass ein Wechsel von der obligatorischen in die freiwillige Versicherung den Krankenversicherern mehr Freiheit in der Ausgestaltung der Verträge brächte. Es könnte ein auf die einzelnen Kunden zugeschnittenes Produkt angeboten werden, anstatt ein durch das KVG starr vorgegebenes.

In der Schweiz, wo es kein Obligatorium in der Krankengeldversicherung gibt, ist oft in Gesamtarbeitsverträgen geregelt, dass der Arbeitgeber eine Krankengeldversicherung für eine bestimmte Deckung (Zeit und Höhe) abzuschliessen hat. In Liechtenstein müsste sich eine entsprechende Kultur über die Gesamtarbeitsverträge erst entwickeln, die gesetzlichen Grundlagen dazu sind im Arbeitsvertragsrecht (§1173a Art. 18 Abs. 2 ABGB) bereits enthalten. Zur Dauer der Lohnfortzahlung ist heute im ABGB lediglich geregelt, dass der Lohn - in Abhängigkeit von den Dienstjahren - für drei Wochen bzw. für eine angemessene längere Zeit weiter zu bezahlen ist. In der Schweiz hat sich für die Lohnfortzahlung in der Gerichtspraxis die Verwendung von Skalen herausgebildet. Unsere Nachbarkantone verwenden dabei die sogenannte Berner Skala. Die Berner Skala sieht im ersten Jahr eine Lohnfortzahlungspflicht von drei Wochen, wenn das Arbeitsverhältnis fünf Jahre gedauert hat 12 Wochen und bei zehn Jahren 16 Wochen vor. Diese gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht ist also deutlich schlechter für die Arbeitnehmenden als die heutige Krankengeldlösung (720 Tage – rund zwei Jahre).

Ohne begleitende Massnahmen hätte eine Abschaffung des Obligatoriums in der Krankengeldversicherung Auswirkungen auf weitere Zweige der Sozialversicherung und Sozialhilfe. Nach der kurzen gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht müssten Arbeitnehmende entweder wirtschaftliche Sozialhilfe beantragen oder sie melden sich im Falle des Arbeitsplatzverlustes bei der Arbeitslosenversicherung an. Hat jemand aufgrund der Krankheit einen Antrag auf IV-Rente gestellt, ist die Arbeitslosenversicherung gemäss Art. 80 Abs. 1 ALVG vorleistungspflichtig.

Die Auswirkungen einer Abschaffung erstrecken sich also über verschiedene Bereiche. Sollte in der Vernehmlassung klar der Wunsch geäussert werden, eine Abschaffung des Obligatoriums in der Krankengeldversicherung zu prüfen, wird die Regierung eine solche für den Bericht und Antrag zur ersten Lesung vornehmen.

3.7 Weitere Themen

3.7.1 Versicherungspflicht

Für EWR-Bürger und ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen ist die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 anzuwenden, wonach Personen mit Wohnsitz in einem EWR-Staat für sämtliche Sozialversicherungsbereiche den Rechtsvorschriften nur eines Mitgliedstaates unterliegen. Dies ist in der Regel jener Staat, in welchem sie arbeiten (Erwerbsortprinzip). Ausnahmen müssen zwischen den Staaten in einem Anhang der eingangs genannten Verordnung geregelt werden. Einzig mit Österreich konnte eine solche Eintragung betreffend Krankenversicherung vereinbart werden. Personen mit Wohnsitz in Österreich, welche in Liechtenstein arbeiten, unterliegen zwar grundsätzlich dem liechtensteinischen Sozialversicherungsrecht, diese können jedoch bei Arbeitsantritt oder bei einem Stellenwechsel hinsichtlich der Krankenversicherung wählen, ob sie anstatt in Liechtenstein in Österreich krankenversichert sein möchten. Zudem gibt es die Möglichkeit einer individuellen oder generellen Ausnahmerevereinbarung nach Art. 16 der VO (EG) Nr. 883/2004. Um eine solche abzuschliessen, müssen die jeweils betroffenen Behörden zustimmen.

Zwischen der Schweiz und Liechtenstein ist für EFTA-Bürger die Vaduzer Konvention anzuwenden. Diese besagt, dass EFTA-Bürger am Wohnort zu versichern sind (Wohnortsprinzip).

Die Verordnungskompetenz von Art. 7 Abs. 2 KVG („Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Versicherungspflicht, namentlich der kurzfristig oder unregelmässig beschäftigten Personen“) findet künftig nur noch in zwei Situationen Anwendung: zum einen für Personen, die sich aus dem EWR-fremden Ausland in Liechtenstein niederlassen (zwecks Erwerbstätigkeit und/oder Studium, sog. „Drittstaatler“), zum anderen für Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein, die

sich im EWR-fremden Ausland niederlassen (zwecks Erwerbstätigkeit und/oder Studium).

Die bestehende Bestimmung in Art. 11 KVG, wonach das Amt für Gesundheit von der Zuweisung eines Versicherungspflichtigen abzusehen hat, wenn sich dieser darüber ausweist, dass er bei einer anderen Versicherungseinrichtung zu den gesamten gemäss diesem Gesetz obligatorisch vorgeschriebenen Leistungen versichert ist, ist zu streichen. Damit wird klargestellt, dass eine Befreiung nur in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen (kurzfristig oder unregelmässig beschäftigte Personen) möglich ist.

Hinsichtlich der Krankentaggeldversicherung wird, wie oben ausgeführt, vorgeschlagen, dass die Versicherungspflicht für das Krankentaggeld so lange erhalten bleibt, wie jemand für einen Arbeitgeber im Inland tätig ist. Das Ende wegen AHV-/IV-Rentenbezug oder Erreichen des ordentlichen Rentenalters entfällt. Die Ausnahmen betreffend unregelmässige oder kurzfristige Beschäftigung werden unverändert beibehalten.

3.7.2 Kommissionen im Gesundheitswesen

3.7.2.1 Kosten- und Qualitätskommission

Das Gesetz vom 19. September 2012 über die Regierungs- und Verwaltungsorganisation (RVOG) verpflichtet die Regierung im Rahmen ihrer ständigen Aufgabe zur Überprüfung von Verwaltungsaufgaben dazu, Kommissionen regelmässig hinsichtlich Notwendigkeit, Aufgaben und Zusammensetzung zu überprüfen. Dies ist üblicherweise anlässlich der Neubestellung der Mitglieder einer Kommission vorgesehen (Art. 47 RVOG). Gemäss dem Bericht und Antrag zum betreffenden Gesetz (BuA Nr. 24/2012) können Überprüfungen der besonderen Kommissionen

selbstverständlich auch ausserhalb der periodischen Überprüfungspflicht anlässlich von Total- oder Teilrevisionen von Erlassen vorgenommen werden.

In Art. 19b Abs. 4 KVG ist die Einrichtung einer Kosten- und Qualitätskommission vorgesehen, welche die Regierung bei Entscheiden über die Festlegung und Überprüfung von Kostenzielen berät. Das Nähere regelt die Regierung durch Verordnung. Zusammensetzung und Aufgaben der Kosten- und Qualitätskommission sind in Art. 77a KVV näher umschrieben.

Demnach unterbreitet die Kommission der Regierung Empfehlungen

- zur Festlegung und Überprüfung von Kostenzielen;
- zur Beurteilung der Ergebnisse und Massnahmen der zwischen den Leistungserbringern und dem Kassenverband vereinbarten Massnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur Festlegung weiterer Qualitätssicherungs-massnahmen; und
- zur Definition und Beurteilung der notwendigen Daten und Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Art. 46 Abs. 3 RVOG statuiert den Grundsatz, dass Verwaltungsaufgaben in erster Linie durch Amtsstellen oder besondere Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts erledigt werden sollen. Nur dann, wenn Verwaltungsaufgaben geeigneter durch eine besondere Kommission erfüllt werden können, soll diese auch eingerichtet werden (Grundsatz der Subsidiarität). Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn bei der Erfüllung von Aufgaben besonderes Fachwissen erforderlich oder die Unabhängigkeit gewährleistet sein muss (BuA Nr. 24/2012).

Im Rahmen der Überprüfung und Reorganisation der Verwaltung sind die Ministerien dazu angehalten, die Anzahl der Kommissionen zu verringern. Die Regierung ist zur Ansicht gelangt, dass es sich bei den oben genannten Aufgaben der

Kosten- und Qualitätskommission überwiegend um Verwaltungsaufgaben handelt, welche durch das Amt für Gesundheit erbracht werden können. Die Kosten- und Qualitätskommission hat in der Vergangenheit einen wertvollen Beitrag hinsichtlich der Entwicklung einer geeigneten Darstellungsstruktur für die Zielfestlegung und das Kostenmonitoring geleistet. Diese Arbeit soll in Zukunft institutionalisiert vom Amt erbracht werden. Die Regierung erkennt die Leistung der Kosten- und Qualitätskommission ausdrücklich an.

Bei der Vorbereitung der Festlegung von Kostenzielen sollen künftig die einzelnen Verbände eine stärkere Stellung erhalten, indem sie direkt Vorschläge zuhanden der Regierung einreichen. Der laufende Betrieb des Kostenmonitorings ist geeigneter durch die Verwaltung wahrzunehmen, unterstützt durch den Kassenverband, der die erforderlichen Datengrundlagen liefert. Diese repetitiven Aufgaben, welche durch geeignete EDV-Werkzeuge weiter rationalisiert werden sollen, sollen vom Amt wahrgenommen werden.

Bei Abschaffung der Kommission werden im Amt für Gesundheit durch den Wegfall von acht bis zehn jährlichen Kommissionssitzungen sowie im Zusammenhang mit der Abschaffung der gesonderten Auszahlung von Staatsbeiträgen an Spitäler (siehe oben, Abschnitt 3.2.1) Kapazitäten frei, um die zusätzlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Koordination der Zieleingaben der Verbände und des Kostencontrollings wahrzunehmen.

Die Unabhängigkeit scheint bei Aufgabenzuweisung an das Amt besser gewährleistet, als wenn Massnahmen, welche zwischen dem Kassenverband und Verbänden von Leistungserbringern vereinbart werden, durch Vertreter eben dieser Verbände zu beurteilen sind.

3.7.2.2 Landesgesundheitskommission

Eine weitere per Gesetz eingerichtete Kommission ist die mit „Aufgaben der Organisation und Durchführung“ des Gesundheitsgesetzes (Art. 48 GesG) betraute Landesgesundheitskommission, die aus der ehemaligen Sanitätskommission hervorgegangen ist. Letztere hatte ursprünglich typische Verwaltungsaufgaben wahrgenommen, wie etwa das Erteilen und Entziehen von Konzessionen und Bewilligungen für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Berufe der Gesundheitspflege. Diese Aufgaben sind 2004 in die Zuständigkeit des Amtes für Gesundheit übergegangen.

Im Zuge der Totalrevision des Sanitätsgesetzes (neu Gesundheitsgesetz) im Jahr 2008 haben mehrere Abgeordnete in erster Lesung die Notwendigkeit der Landesgesundheitskommission in Frage gestellt. Nach einer Diskussion mit den Mitgliedern der Sanitätskommission ist die Regierung damals zum Ergebnis gelangt, dass es auch weiterhin eine Landesgesundheitskommission geben soll, welche die Regierung in gesundheitspolitischen Fragen berät und als zentrale Diskussions- und Informationsplattform zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Verbandsvertretern sowie Regierungsvertretern fungiert (vgl. BuA Nr. 147/2007).

Nach Art. 52 Abs. 2 GesG obliegen der Landesgesundheitskommission, welche aus Vertretern verschiedener Verbände von Leistungserbringern sowie des Kaserverbandes besteht, nunmehr folgende Aufgaben:

- a) die Beratung der Regierung in allen Belangen des Gesundheitswesens;
- b) die Ausarbeitung von Stellungnahmen zu einschlägigen Gesetzes- und Verordnungsentwürfen;
- c) der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, Gesundheitsorganisationen und der Regierung;

- d) die laufende Beobachtung der nationalen und internationalen Entwicklungen im Gesundheitswesen;
- e) die Ausarbeitung von Vorschlägen für gesundheitspolitische Massnahmen für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zuhanden der Regierung.

Die Regierung ist nach wie vor der Ansicht, dass die Landesgesundheitskommission bestehen bleiben soll. Jedoch sollen ihre Zusammensetzung und Aufgaben nach den heutigen praktischen Erfordernissen ausgerichtet werden.

Die Arbeit der Kommission soll auf ihre Kernaufgaben konzentriert werden, welche in der Beratung der Regierung, der Beobachtung der nationalen und internationalen Entwicklungen des Gesundheitswesens sowie der Ausarbeitung von Vorschlägen zu dessen Weiterentwicklung bestehen.

Die Ausarbeitung von Stellungnahmen zu Gesetzes- und Verordnungsentwürfen und der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Interessensgruppen und der Regierung werden erfahrungsgemäss durch die Gruppen und Verbände von Leistungserbringern direkt wahrgenommen. Zusätzlich nimmt der liechtensteinische Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege diesbezüglich eine koordinierende Stellung ein. Der Aufgabenkatalog der Kommission soll daher um diese beiden Punkte entlastet werden.

Eine Umbenennung in „Gesundheitskommission“ wird vorgeschlagen. Künftig sollen mindestens drei Vertreter des Dachverbandes von Berufen der Gesundheitspflege sowie ein Vertreter des Kassenverbandes und neu ausserdem ein Vertreter des Amtes für Gesundheit in die Kommission Einsitz nehmen.

3.7.3 Vertrauensarzt

Die Bestimmungen zum Vertrauensarzt sollen auf Anregung der Datenschutzstelle an die entsprechenden Schweizer Bestimmungen angepasst werden.

Ein Vertrauensarzt muss über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen und darüber hinaus mindestens fünf Jahre einschlägige Praxis in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung nachweisen können. Nachdem alle drei in Liechtenstein zugelassenen Kassen jeweils mit einem bestehenden vertrauensärztlichen Dienst mit Sitz in der Schweiz zusammenarbeiten, werden die Regelungen für die Bestellung eines einzelnen Vertrauensarztes nicht im Detail in die Liechtensteinische Gesetzgebung übergeführt. Die zuständige kantonale Ärztesellschaft kann in der Schweiz einen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ablehnen. Es kann nach Ansicht der Regierung davon ausgegangen werden, dass diese Hürde für Liechtenstein nicht noch eigens verschärft werden muss.

Das Schweizer KVG umschreibt die Aufgaben des Vertrauensarztes konkreter, als dies heute in der Liechtensteiner Gesetzgebung der Fall ist. Während die geltende Fassung des Liechtensteinischen KVG von „Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung“ spricht, wird die Schweizer Definition dem Tätigkeitsbereich besser gerecht. Demnach beraten Vertrauensärzte die Kassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.

Deutlich hervorgehoben werden sollen auch die Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit der Vertrauensärzte. Des Weiteren sollen die gesetzlichen Grundlagen der Datenweitergabe durch Vertrauensärzte nach dem Vorbild der Schweiz präzisiert und verbessert werden.

3.7.4 Strafbestimmungen

Die derzeit geltenden Strafbestimmungen in Art. 29 KVG decken sich im Wesentlichen mit den im Gesetz formulierten Tatbeständen. Dennoch gibt es nachfolgenden Anpassungsbedarf:

Art. 29 Abs. 1 KVG 4. Spiegelstrich: Die Formulierung soll durch Übernahme der entsprechenden Schweizer Bestimmung (Art. 92 des CH KVG) verbessert werden.

Es fehlt derzeit eine Strafnorm für den Tatbestand von Art. 19 Abs. 3 KVG, wonach Vergünstigungen weiter gegeben werden müssen. Eine solche soll eingeführt werden.

Das KVG enthält mit den Artikeln 4a Abs. 3, 19 Abs. 3a, 20a sowie 30 Abs. 2 gesetzlich normierte Auskunftspflichten, deren strafrechtliche Ahndung explizit fehlt. Vorgeschlagen wird die Übernahme der Formulierung der entsprechenden Bestimmung aus dem Schweizer KVG.

4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN

4.1 Allgemeines

Die vorliegende Gesetzesvorlage hat das Ziel, das Wachstum der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bremsen. Hierzu sollen die Eigenverantwortung durch ein neues Versicherungsmodell gestärkt, die Zielgenauigkeit staatlicher Subventionen erhöht und verschiedene Instrumente der Angebotssteuerung verbessert werden.

4.2 Krankenversicherungsgesetz

Zu Art. 1 Abs. 1a (neu)

Mit dem neuen Abs. 1a wird die Trennung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in die Grund- und in die Hochkostenversicherung festgelegt. Die beiden Versicherungszweige werden definitionsgemäss durch die Hochkostengrenze voneinander getrennt (Art. 21 Abs. 2).

Zu Art. 4 Abs. 1 und Art. 4a Abs. 3a (neu)

Gemäss dem Schweizer KVG sind die Kassen verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug des Gesetzes jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen (Art. 21 Abs. 4 CH KVG). Diese gesetzliche Grundlage für die Sammlung vertiefter Daten soll mit Art. 4a Abs. 3a auch in Liechtenstein geschaffen werden. Ebenso soll der Regierung eine Verordnungsermächtigung eingeräumt werden, die erforderlichen Vorschriften zur näheren Regelung zu erlassen, wie sie diese in Art. 4 Abs. 1 heute etwa bereits für die Rechnungsführung und bezüglich der zu liefernden statistischen Angaben hat. Diese Verordnungskompetenz soll nach dem Vorbild der Schweizer Krankenversicherungsverordnung (Art. 28 Abs. 3 CH KVV) wahrgenommen werden, um die Inhalte und Modalitäten der Datenlieferung zu konkretisieren.

Neben den heute bereits für die Ermittlung des Staatsbeitrages und Risikoausgleichs erforderlichen und auf Personenebene erhobenen Details (Alter, Geschlecht, Bruttokosten, Höhe der Prämie und der erhobenen Kostenbeteiligung) sollen die folgenden Informationen neu erfasst werden: Umfang, Zeitpunkt, Art, Tarifpositionen und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz, die dafür erhobene Kostenbeteiligung, sowie der Erbringer der Leistung. Die Kassen haben sämtliche Daten unter Wahrung der Anonymität des Versicherten zu liefern. Die Lieferung erfolgt auf eigene

Kosten der Kassen, wobei das Amt für Gesundheit dafür sorgt, dass ihnen durch die Datenbereitstellung möglichst wenig Aufwand entsteht.

Zu Art. 7 Abs. 1

Mit der Ergänzung „in der Grundversicherung und in der Hochkostenversicherung“ soll im Bst. a zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich bei beiden Unterformen um eine obligatorische Versicherung handelt. Der letzte Teilsatz „mit Ausnahme der Grenzgänger“ wird gestrichen. Damit soll sichergestellt sein, dass die EWR-rechtlichen Bestimmungen korrekt umgesetzt werden und Ausnahmebestimmungen gemäss der Verordnungsermächtigung in Art. 7 Abs. 2 KVG (für kurzfristig oder unregelmässig beschäftigten Personen) nur noch in zwei konkreten Situationen Anwendung finden: „Drittstaatler“, die sich aus dem EWR-fremden Ausland in Liechtenstein zwecks Erwerbstätigkeit und/oder Studium niederlassen und Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein, die sich im EWR-fremden Ausland zwecks Erwerbstätigkeit und/oder Studium niederlassen.

Im Bst. b werden die letzten beiden Teilsätze gestrichen. Die Versicherungspflicht für Taggeld endet daher künftig nicht mehr zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der AHV und ebenso wenig bei Erreichen des ordentlichen Rentenalters. So lange jemand im Inland für einen Arbeitgeber mit Sitz und Niederlassung in Liechtenstein tätig ist, soll er auch zum Krankentaggeld versichert werden.

Zu Art. 9 Abs. 1a

Hierbei handelt es sich um eine legistische Bereinigung. Der Absatz bezog sich auf die freiwillige Versicherung gemäss Art. 16 Abs. 2, welche im Rahmen der letzten KVG-Revision durch die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung ersetzt wurde.

Zu Art. 11 Abs. 2

Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Präzisierung der Ausnahmen von der Versicherungspflicht (siehe oben zu Art. 7 Abs. 1). Die Klarstellung erfolgt hiermit auch in der Bestimmung betreffend die Zuweisung von Versicherungspflichtigen, welche ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommen, durch das Amt für Gesundheit. Mit der Streichung des letzten Teilsatzes wird klargestellt, dass ausschliesslich in den gesetzlich vorgesehenen Fällen eine Ausnahme von der Versicherungspflicht möglich ist. Der Nachweis einer gleichwertigen Versicherung allein reicht für die Befreiung nicht aus.

Zu Art. 12 Abs. 3a

Da künftig keine direkten Staatsbeiträge an Spitäler mehr geleistet werden, ist diese Bestimmung aufzuheben (vgl. Erläuterungen unten zu Art. 24 Abs. 1 Bst. c).

Zu Art. 13 Abs. 1 Bst. c und Abs. 2

Im Zuge der Straffung des Leistungskataloges wird der Kurbeitrag an ärztlich verordnete Badekuren abgeschafft.

Zu Art. 14 Abs. 1

Da die Versicherungspflicht für Taggeld künftig nicht mehr zum Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der AHV endet, ist diese Bestimmung entsprechend anzupassen (vgl. Erläuterungen oben zu Art. 7 Abs. 1).

Zu Art. 16b Abs. 1, 1a (neu), 2, 3 und 4

Der Abs. 1 der Bestimmung wird insofern angepasst, als künftig die Erstellung der Bedarfsplanung dem LKV allein obliegt. Die Regierung verspricht sich davon eine raschere Entscheidungsfindung. Ausserdem verfügt der LKV aufgrund seiner Funktion und Kompetenzen über das entsprechende Zahlenmaterial und die nötigen Auswertungen, um sich ein Bild über das Angebot und die Nachfrage an ambulanten ärztlichen Leistungen im Bereich der OKP zu machen und damit Fra-

gen zum Ärztemangel, zum Ärzteüberschuss, zur Mindestversorgung etc. zu beantworten. Unterstützt werden soll er dabei in fachlicher Hinsicht selbstverständlich durch die Ärztekammer, der diesbezüglich ein Anhörungsrecht zukommt. Klargestellt wird, dass die Bedarfsplanung insbesondere die Höchstzahl der zur OKP zugelassenen Ärzte im In- und Ausland in den einzelnen Fachgruppen festlegt. Daneben kann sie auch Bestimmungen, die einer zweckmässigen Umsetzung der Bedarfsplanung förderlich sind, enthalten. Gemeint sind damit insbesondere die Etablierung von (Alters)Teilzeit- bzw. Stellenpoolmodellen sowie die Regelung der Stellvertretung und der Praxisnachfolge. An dieser Stelle ist ausdrücklich zu betonen, dass eine automatische Weiter- bzw. Übergabe oder gar ein „Verkauf“ einer OKP-Zulassung von einem Arzt an dessen (potenziellen) Praxisnachfolger ausgeschlossen ist. Möglich sein kann unter Umständen die kurzzeitige Abrechnung eines Praxisinteressenten über die OKP-Zahlstellennummer des zugelassenen Arztes. Die Befugnis der Regierung, im Bedarfsfalle (nach Anhörung der Ärztekammer) subsidiär eine Bedarfsplanung zu erlassen, bleibt weiterhin aufrecht. Neu wird aus Transparenzgründen vorgesehen, dass die Bedarfsplanung im elektronischen Amtsblatt zu veröffentlichen ist.

Die Regierung soll gemäss Abs. 1a ermächtigt werden, den LKV zur Anpassung der Bedarfsplanung aufzufordern, sofern sich dies als notwendig erweist, weil sich etwa zeigt, dass der Versorgungsbedarf in einem bestimmten Fachbereich zu- oder abgenommen hat.

Die Regelung des Abs. 3, wonach bei Nichteinigung der Verbände bezüglich einer Stellenbesetzung respektive bezüglich der Zulassung von Geräten und Einrichtungen der Spitzenmedizin eine Schiedskommission zu entscheiden hat, wird im Sinne einer Bereinigung ersatzlos gestrichen. Begründend ist anzuführen, dass der Art. 28 Abs. 1 KVG i.d.F. LGBI. 2008 Nr. 32 für alle Streitigkeiten zwischen

a) Kassen oder Kassenverband und einem Leistungserbringer,

- b) Kassen und dem Kassenverband, sowie
- c) Kassenverband und Ärztekammer oder Berufsvereinigung

einheitlich vorsieht, dass ein Schiedsgericht im Sinne der Zivilprozessordnung zur Entscheidungsfindung berufen ist. Diese Regelung ist nach Ansicht der Regierung ausreichend. Ein zusätzliches bzw. vorgelagertes Schiedsverfahren führt hingegen nicht nur zu zusätzlichen Verzögerungen in der Entscheidungsfindung, sondern auch zu Unklarheiten betreffend die Verfahrensabwicklung und den Rechtsmittelzug.

Die bisher in Abs. 4 enthaltene Regelung betreffend die Eröffnung des Entscheids über eine Stellenbesetzung wurde aus systematischen Gründen dem Abs. 2 zugeordnet. Der Abs. 4 war in diesem Zusammenhang hinsichtlich der Anwendbarkeit des Art. 28 zu konkretisieren.

Zu Art. 16d Abs. 1, 3 und 3a (neu)

In Abs. 1 bleibt auch weiterhin vorgesehen, dass die Beachtung der geltenden Tarifbestimmungen Grundvoraussetzung für eine Zulassung zur OKP ist. Aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre ist darüber hinaus für Inhaber einer Bedarfsstelle eine Leistungspflicht vorzusehen. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass die für die medizinische Versorgung benötigte Kapazität auch tatsächlich mit der in der Bedarfsplanung festgelegten Stellenanzahl übereinstimmt. Der Leistungserbringer soll inskünftig sein Arbeitspensum bzw. seine Praxisöffnungszeiten vertraglich mit dem LKV vereinbaren. Dadurch werden etwa auch Teilzeitstellen oder das Teilen einer Bedarfsstelle zwischen zwei Leistungserbringern ermöglicht. Dies ist insbesondere in Fällen von Bedeutung, in denen aus Gründen der Reduktion der Arbeitsbelastung im Alter oder zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf („job sharing“) eine Tätigkeit in Teilzeit angestrebt wird. Die Einzelheiten hierzu sind in die jeweilige Bedarfsplanung aufzunehmen. Den Bewerbern um eine Bedarfsstelle werden die Inhalte des potentiell abzu-

schliessenden Vertrages rechtzeitig bekannt zu geben sein. Derzeit ist gesetzlich geregelt, dass alle Verträge, die zwischen Leistungserbringern und dem LKV abgeschlossen werden, zu befristen sind. Dies betrifft auch Leistungserbringer, die keiner Bedarfsplanung unterliegen. Nähere Vorgaben zur Dauer der Befristung sind - abgesehen von der Altersbegrenzung gemäss Abs. 3 - gegenwärtig nicht normiert. Künftig soll die gesetzliche Vorgabe gelten, dass OKP-Verträge mit Leistungserbringern, welche einer Bedarfsplanung unterliegen, jedenfalls zu befristen sind, und zwar auf höchstens vier Jahre. Nach Ablauf dieser Frist hat eine Überprüfung durch den LKV dahingehend zu erfolgen, ob die Voraussetzungen für eine Vertragserneuerung vorliegen und ob allenfalls Adaptierungen der Vereinbarung, etwa auf Grund einer Reduzierung des Arbeitspensums durch den Leistungserbringer, erforderlich sind. Im Erneuerungsfall ist schriftlich ein neuer befristeter Vertrag abzuschliessen. Verträge, die eine automatische Verlängerung nach Ablauf der Befristung vorsehen, sind nichtig. Diese Regelung ist angesichts der einzuführenden Leistungspflicht von Inhabern einer Bedarfsplanungsstelle erforderlich, um eine ausreichende ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Regierung soll überdies ermächtigt werden, mittels Verordnung Vorgaben bezüglich der Ausgestaltung von OKP-Verträgen zu machen.

Nach Abs. 3 kann ein aufrechter Vertrag unabhängig vom Ablauf der Befristung vom LKV mit Erreichen des Rentenalters des Leistungserbringers gekündigt werden. Diese Bestimmung wurde im Jahr 2004 insbesondere als Ausgleich zugunsten der jüngeren Ärzte, welche nach Einführung der Bedarfsplanung am stärksten von den Zulassungsbeschränkungen betroffen waren, eingeführt. Sie gilt jedoch auch für Leistungserbringer, die keiner Bedarfsplanung unterliegen. Neu soll diese Kündigung nicht mehr von der Zustimmung des jeweiligen Berufsverbandes abhängig gemacht werden, sondern es genügt, wenn dieser vom LKV angehört wird. Im Übrigen wird die Terminologie der Bestimmung insofern angepasst, als dass nicht mehr von einem Anspruch auf Vertragsabschluss

bzw. -verlängerung gesprochen wird. Für Leistungserbringer von Berufsgruppen, die nicht einer Bedarfsplanung unterstehen, gilt ohnehin, dass sie zur OKP zugelassen sind, sofern sie den Tarifverträgen und Tarifregelungen beitreten respektive sich vertraglich zu deren Beachtung verpflichten. Betreffend Leistungserbringergruppen, die einer Bedarfsplanung unterstehen, kann von einem Anspruch nur bedingt gesprochen werden, da sie einer Leistungspflicht unterliegen, von deren Erfüllung der Vertragsabschluss respektive die Erneuerung eines ausgelaufenen Vertrages abhängen.

Der neue Abs. 3a ist erforderlich, um die Bestimmungen zur Leistungspflicht sowie zur Befristung von Verträgen zwischen dem LKV und den einer Bedarfsplanung unterstehenden Leistungserbringern konsequent umsetzen zu können. Es geht nach Ansicht der Regierung nicht an, dass abgelaufene Verträge mit Leistungserbringern, die ihrer Leistungspflicht während aufrechter Vertragsdauer nicht im vereinbarten Umfang nachgekommen sind, erneuert werden. Dies führt nämlich mitunter zu einer Unterversorgung in bestimmten Fachbereichen, da eine Stelle zwar „besetzt“ ist, aber keine ausreichende Leistungserbringung erfolgt, etwa weil der betreffende Arzt einen wesentlichen Teil seiner Arbeitszeit dafür verwendet, Behandlungen vorzunehmen, die nicht im Rahmen seines OKP-Leistungsauftrages liegen. Selbstverständlich darf der LKV bei der Entscheidung über die Vertragserneuerung nicht willkürlich handeln und muss berechtigte Gründe für eine reduziert respektive unzureichend erbrachte Leistung berücksichtigen (z.B. eine längere Krankheit des Leistungserbringers). Im Regelfall wird es also nach Auslaufen eines Vertrages zu dessen Erneuerung kommen, wobei die Vertragsinhalte betreffend Art und Umfang der Leistungserbringung im neuen Vertrag allenfalls entsprechend anzupassen sind.

Zu Art. 18 Abs. 3

Diese Bestimmung steht im Zusammenhang mit Art. 24 Abs. 1 Bst. c (Beiträge an Spitäler) und ist daher anzupassen.

Zu Art. 19 Abs. 1, 2, 2b, 2c und 4

Die Prüfungs- und Dokumentationspflicht der Kassen wurde mit einer KVG-Änderung vom Frühjahr 2012 eingeführt. Die Formulierung in Abs. 1 „die Kassen haben die Rechnungen und das Leistungsverhalten zu prüfen und dokumentieren“ bringt die Intention der damaligen Anpassung nicht korrekt zum Ausdruck. Dokumentiert werden soll die Prüfungstätigkeit und nicht etwa die Rechnungen oder das Leistungsverhalten selbst (vgl. BuA Nr. 8/2011).

Rückforderungsberechtigt ist im System des Tiers garant die versicherte Person (Abs. 2). Der Rechtsschutz für den Versicherten darf im System des Tiers garant nicht schlechter sein als im System des Tiers payant. Bei einem Rechtsstreit mit dem Leistungserbringer betreffend Rückforderungen hat daher der Kassenverband im System des Tiers garant den Versicherten auf eigene Kosten zu vertreten (Art. 28 Abs. 1).

In Abs. 2b wird die Verpflichtung zur Überprüfung auf Basis von Rechnungen und von Patientendossiers mangels Praktikabilität gestrichen. Es entfällt dadurch auch die bedarfsorientierte, fachliche Unterstützung durch die Ärztekammer.

Im Zusammenhang mit der Abänderung des Abs. 4 (siehe Erläuterungen unten) muss auch der Abs. 2c angepasst werden.

Im Fall von Streitigkeiten über die Rückforderungen von zu Unrecht bezahlten Leistungen im Sinne von Abs. 2 soll künftig die Durchführung eines aussergerichtlichen Schiedsverfahrens vor Anrufung des Schiedsgerichtes nach Art. 28 nicht mehr obligatorisch sein (Abs. 4). Das vorgelagerte Schiedsverfahren wurde per 1. Januar 2004 eingeführt, mit der Begründung, dass aussergerichtliche Vergleiche

gefördert werden sollen. Zwischenzeitlich hat sich jedoch gezeigt, dass derartige Prozesse erheblich zur Verzögerung bzw. Verschleppung von Entscheidungsfindungen beitragen können; diesbezüglich ist auf die Erläuterungen oben bei Art. 16b Abs. 3 zu verweisen.

Zu Art. 19b Abs. 1, 2 und 4

Bei der Festlegung der Kostenziele nach Abs. 1 sollen die Verbände der Leistungserbringer künftig durch deren Anhörung im Vorfeld stärker direkt eingebunden werden.

Die Begründungspflicht im Falle einer Überschreitung ist sinnvollerweise vom Kassenverband und nicht wie heute vorgesehen von der einzelnen Kasse wahrzunehmen (Abs. 2). Nur auf Basis der zusammengeführten Daten aller Kassen macht eine derartige Begründung Sinn. Der Kassenverband kann vorgängig die Stellungnahmen der einzelnen Kassen einholen und diese koordinieren.

Die Regierung hat nach eingehender Überprüfung basierend auf dem Grundsatz von Art. 46 Abs. 3 RVOG festgestellt, dass die Aufgaben der Kosten- und Qualitätskommission gemäss Abs. 4 in geeigneter Form durch die einzelnen Verbände der Leistungserbringer sowie koordinierend durch das Amt für Gesundheit wahrgenommen werden können und dass folglich auf die Einsetzung einer besonderen Kommission verzichtet werden soll.

Zu Art. 19c Abs. 2 (neu)

Die Bestimmung betreffend den Ausschluss von Leistungserbringern aus der OKP soll um die demonstrative Aufzählung von Fällen einer schwerwiegenden Pflichtverletzung erweitert werden. Der Bst. a betrifft den Fall, dass ein Leistungserbringer im Zusammenhang mit der von ihm erbrachten oder veranlassten Leistung in den Genuss finanzieller Vergünstigungen gelangt (z.B. ein Arzt erhält einen Rabatt auf von ihm abgegebene Medikamente) und diese nicht an den

Schuldner der Vergütung weitergibt. Unter den Bst. b ist einerseits der sogenannte Abrechnungsbetrug zu subsumieren, für den es viele Beispiele gibt: Das in Rechnung Stellen von nicht erbrachten Leistungen, die Falschabrechnung von Leistungen, die Abrechnung von nicht persönlich erbrachten Leistungen (z.B. ein OKP-Arzt stellt mit seiner Zahlstellennummer Leistungen in Rechnung, die ein Kollege erbracht hat, der über keine OKP-Zulassung verfügt), die Abrechnung unter falschem Datum etc. Andererseits umfasst der Tatbestand des Bst. b auch Fälle der Ausstellung von unwahren Bestätigungen (z.B. ungerechtfertigte Krankschreibungen). Die Anwendung des Bst. c setzt die Verurteilung eines Arztes durch die gemäss Ärztesgesetz zuständigen Instanzen aufgrund eines Disziplinarvergehens voraus (z.B. wegen der unerlaubten finanziellen Beteiligung des Arztes an einem Unternehmen, bei welchem er medizinische Dienstleistungen anordnet, oder wegen der Annahme einer Vergütung für die Zuweisung von Kranken an eine bestimmte Klinik bzw. Einrichtung des Gesundheitswesens).

Zu Art. 20

Die Bestimmungen zum Vertrauensarzt werden auf Anregung der Datenschutzstelle an die entsprechenden Schweizer Vorschriften angeglichen. Insbesondere werden die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen geregelt und der Aufgabenbereich der Vertrauensärzte beschrieben. Die Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit von Vertrauensärzten werden hervorgehoben und Regelungen bezüglich der Datenweitergabe getroffen.

Zu Art. 20a

Im Sinne einer Stärkung der Verantwortung und des Kostenbewusstseins der Versicherten wird im Zusammenhang mit dem neuen Versicherungsmodell das System des Tiers garant eingeführt (Abs. 1): Danach schuldet der Versicherte dem Leistungserbringer die Vergütung und hat gegenüber seiner Krankenkasse

Anspruch auf Rückerstattung. Mittels Abtretungserklärung kann sich der Patient im Einzelfall vor zu erwartenden hohen Kosten schützen.

Gemäss Abs. 2 soll im stationären Bereich – nicht zuletzt wegen der Höhe der üblicherweise generierten Kosten – auf eine Vorauszahlung durch die Versicherten verzichtet werden und das System des Tiers payant (in Kombination mit der üblichen vorgängigen Kostengutsprache) weiter erhalten bleiben.

Der Schuldner der Vergütung hat Anspruch darauf, dass der Leistungserbringer ihm eine genügend aufgeschlüsselte und verständliche Rechnung zustellt (Abs. 3). Er muss ihm alle Angaben machen, insofern diese für die Berechnung der Vergütung sowie die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistung erforderlich sind.

Auf der Rechnung sind auch Informationen betreffend Diagnosen und Behandlungen aufzuführen (Abs. 4). Neben den allgemeinen Rechnungsbestandteilen (z.B. Behandlungsdatum, erbrachte Leistungen, aufgeschlüsselt gemäss dem geltenden Tarifvertrag) regelt die Regierung per Verordnung auch die zu liefernden Informationen über Diagnosen und Behandlungen (Diagnosecode für ambulante Behandlungen; definierte Datensätze für stationäre Behandlungen im Modell DRG). Sie hat dabei den Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu wahren.

Mit Abs. 5 wird eine Art stufenweise Bekanntgabe der Behandlungsdaten vorgesehen und ausdrücklich festgehalten, dass vom Leistungserbringer neben den nach Abs. 3 anzugebenden Informationen noch weitere Einzelheiten und zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangt werden können. Damit ist indirekt auch gesagt, dass die zusammen mit der Rechnung zu liefernde Diagnose breit umschrieben sein kann (üblicherweise in Form von Diagnosecodes). Mit dieser Konkretisierung des Verhältnismässigkeitsprinzips wird festgehalten, dass die grundsätzlich bekannt zu gebenden Behandlungsdaten eben nicht alle Einzelhei-

ten enthalten. Nicht nur in der Krankenpflege-, sondern auch in der Krankentagsgeldversicherung benötigen die Kassen unter Umständen weitere Angaben. Sie dienen dort der Festsetzung der Leistung.

In Abs. 6 wird festgehalten, dass diese weiteren Informationen dem Vertrauensarzt bekannt gegeben werden können bzw. auf Wunsch des Patienten müssen. Dies entspricht dem heute geltenden Recht.

Zu Art. 21 Abs. 1, 2 (neu) und 3 (neu)

In Abs. 1 werden die aufgelisteten Finanzierungsquellen der Krankenpflegeversicherung dem neuen Versicherungsmodell angepasst. Dabei wird insbesondere die Trennung von Grund- und Hochkostenversicherung nachvollzogen.

Mit dem neuen Abs. 2 wird der Begriff der Hochkostengrenze neu eingeführt und mit CHF 5'000 festgelegt.

In Abs. 3 erhält die Regierung die Verordnungsermächtigung zur Anpassung der Hochkostengrenze an die Teuerung. Die Bestimmung ist angelehnt an die bestehenden Regelungen zur obligatorischen und zur freiwilligen Kostenbeteiligung. Auch diese sind im Gesetz betraglich festgelegt und können von der Regierung per Verordnung der Teuerung angepasst werden. Eine jährliche automatische Anpassung ist nicht vorgesehen, die Hochkostengrenze soll wie auch die beiden anderen Eckwerte (fester Jahresbetrag im Rahmen der gesetzlichen Kostenbeteiligung, höchstmöglicher fester Jahresbetrag) über eine gewisse Zeit stabil bleiben.

Zu Art. 22 Abs. 1, 1a, 7, 8 und 8a (neu)

Die Kassen werden in Abs. 1 zur getrennten Festlegung von Prämien in der Grund- und in der Hochkostenversicherung verpflichtet. Dies markiert neben der begrifflichen Unterscheidung im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht die

Trennung der Grund- von der Hochkostenversicherung. Erforderlich ist damit auch eine Anpassung des Abs. 1a.

In Abs. 7 wird die bisherige Möglichkeit gestrichen, für das Taggeld eine abweichende Prämie im Rahmen von Kollektivversicherungen zu ermitteln. Damit gibt es auch hier die Verpflichtung zur Ermittlung einer einheitlichen Prämie. Abweichende Prämien in Kollektivverträgen gibt es künftig nur mehr im Bereich der freiwilligen Versicherungen, also etwa weiterhin beim freiwillig versicherten Taggeld.

Mit der Änderung des Abs. 8 wird der Arbeitgeberbeitrag zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung per Gesetz fixiert. Der Höhe nach soll er bei dem unmittelbar vor Inkrafttreten des Gesetzes geltenden Wert eingefroren werden. Als Annahme wird CHF 150 pro Monat eingesetzt, dieser Wert muss auf Grundlage der tatsächlichen Durchschnittsprämie voraussichtlich noch revidiert werden. Die jährlich automatische Anpassung an den Landesdurchschnitt der Prämien wird künftig unterbleiben. Die Möglichkeit einer periodischen Anpassung an die allgemeine Lohnentwicklung durch die Regierung per Verordnung ist jedoch vorgesehen.

Hinsichtlich des Taggeldes gilt neu, dass sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beiträge im Verhältnis 60:40 teilen (Abs. 8a). Dies hängt mit der einseitigen Entlastung der Arbeitgeber betreffend die Leistungen bei Mutterschaft durch Senkung der Beiträge zur FAK zusammen (siehe die Ausführungen zur vorgeschlagenen Änderung von Art. 45 des Familienzulagengesetzes).

Heute ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, die Beiträge des Arbeitnehmers nicht nur für die Krankentaggeld-, sondern auch für die Krankenpflegeversicherung bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen und zusammen mit seinen eigenen spätestens auf das Ende des jeweiligen Kalenderquartals an die entsprechende Kran-

kenkasse abzuführen. Gleichzeitig haftet der Arbeitgeber nach Art. 25 Abs. 1 für den Fall, dass er seine Arbeitnehmer nicht oder nicht im gesetzlichen Umfang für *Krankenpflege* und *Krankengeld* versichert hat, und zwar mindestens für die entgangenen Versicherungsleistungen.

Bei der Krankenpflegeversicherung wurde die Möglichkeit zum Abschluss von Kollektivversicherungen im Jahre 1999 abgeschafft. Begründet wurde dies damit, dass es in Kollektivverträgen für die Leistungen der Krankenpflege keine tieferen Prämien und damit keine Risikoselektion in grösserem Ausmass mehr geben soll. Für die Taggeldleistungen und die Zusatzversicherungen wurde die Möglichkeit zur Vereinbarung von Prämien in Kollektivverträgen weiter beibehalten (vgl. BuA Nr. 151/1998). Der Arbeitgeberbeitrag wurde damals wegen der Abschaffung der Kollektivversicherung nicht mehr mit der Hälfte der effektiven Prämie, sondern entsprechend dem Landesdurchschnitt der Prämien für Krankenpflege festgesetzt. Es finden sich im erwähnten Bericht und Antrag jedoch keine expliziten Überlegungen dazu, wer die Beiträge an die Kassen abführen soll, insbesondere auch nicht, weshalb dies weiterhin durch den Arbeitgeber erfolgen soll. Im Hinblick auf die Erhöhung der Eigenverantwortung und die Möglichkeit zur Wahl zwischen alternativen Kostenbeteiligungen erscheint es nur konsequent, dass der Versicherte seine Beiträge direkt an die Kasse abführt.

Beim Krankentaggeld, wo der Arbeitgeber in der Pflicht ist, seine Arbeitnehmer zu versichern und bei den freiwilligen Versicherungen, sofern sie als Kollektivversicherung abgeschlossen sind, macht die Prämienablieferung durch den Arbeitgeber weiterhin Sinn.

Zu Art. 23 Abs. 1, 2 und 4

Die minimale Kostenbeteiligung wird in Abs. 1 mit einem festen Betrag von CHF 500 statt bisher CHF 200 festgesetzt (= Minimalfranchise). Ausserdem ist ein prozentualer Selbstbehalt in Höhe von neu 20% statt bisher 10% der den festen

Betrag übersteigenden Kosten zu leisten. Die 20% gelten nur innerhalb der Grundversicherung, sind also auf maximal CHF 900, das sind 20% von CHF 4'500, begrenzt. Die maximal mögliche Belastung aus der Kostenbeteiligung beträgt im neuen Modell bei Wahl der Minimalfranchise CHF 1'400 (bisher CHF 800). Regelungen in anderen Sozialversicherungssystemen, welche Prämien und Kostenbeteiligungen der Krankenversicherung übernehmen, sind anzupassen, wie in Abschnitt 3.1.8.5 dargelegt wird.

Die Reduktion der Kostenbeteiligung und des Selbstbehaltes auf die Hälfte für Personen im ordentlichen Rentenalter wird durch Aufhebung des bisherigen Abs. 2 abgeschafft. Auch in dieser Altersgruppe soll die höhere Kostenbeteiligung wirksam sein. Eine Absicherung für finanziell Bedürftige ist in den entsprechenden Sozialsystemen vorgesehen, hierzu sei ebenfalls auf die Ausführungen in Abschnitt 3.1.8.5 verwiesen.

Die Möglichkeit der Regierung gemäss der geltenden Fassung von Abs. 4, für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung bis zum doppelten Betrag zu erhöhen, wird ebenso gestrichen wie die Ermächtigung, sie für bestimmte Leistungen, insbesondere bei chronisch Kranken, zu senken oder ganz aufzuheben. Für eine Abschaffung spricht zuallererst, dass es praktisch unmöglich ist, Kriterien festzulegen, welche geeignet sind, Indikationen eindeutig, objektiv und allgemeingültig als „chronisch“ abzugrenzen. Die Befreiung steht ausserdem im Widerspruch zur Idee der Selbstbeteiligung. Auch für chronisch Kranke sind die Kosten begrenzt auf die individuell gewählte Höhe der Kostenbeteiligung, in der gesetzlichen Minimalvariante also höchstens CHF 500 zuzüglich 20% der darüber hinausgehenden Kosten pro Jahr. Zudem sind „chronisch krank“ und „finanziell bedürftig“ nicht gleichzusetzen.

Zu Art. 23a Abs. 1

Die Bestimmungen zur freiwilligen Kostenbeteiligung werden in Abs. 1 dem neuen Kostenbeteiligungsmodell angepasst, welches frei wählbare Kostenbeteiligungen in Form fester Jahresbeträge ermöglicht. Während das heutige Gesetz eine „Kann“-Bestimmung enthält, sind die Kassen künftig dazu verpflichtet, neben der gesetzlichen Mindestfranchise von CHF 500 mindestens drei weitere feste Jahresbeträge (Maximalfranchise und zwei mittlere Franchisen) anzubieten. Dieses Angebot muss wie heute allen Versicherten offen stehen. Bei Wahl einer höheren Kostenbeteiligung reduzieren sich die Prämien entsprechend, wobei die Regierung - wie schon heute – ermächtigt ist, den Umfang der Prämienreduktion per Verordnung angemessen zu begrenzen. Mit dieser Regulierungsmöglichkeit kann der Solidaritätsaspekt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Bedarf durchgesetzt werden.

Der zusätzlich wählbare Betrag wird neu mit CHF 3'500 nach oben hin begrenzt. Daraus ergibt sich eine neue maximale Franchise von insgesamt CHF 4'000 (CHF 500 obligatorisch + zusätzlich CHF 3'500 freiwillig), verglichen mit bisher CHF 1'500. Dies ist eine der Massnahmen zur erwünschten Erhöhung der Selbstbeteiligung.

Die Maximalfranchise kann weiterhin von der Regierung per Verordnung der Teuerung angepasst werden (Abs. 2). Die Möglichkeit des Angebots wählbarer Franchisen in den freiwilligen Zusatzversicherungen bleibt bestehen (Abs. 3).

Zu Art. 23b (neu)

Dieser Artikel regelt die Grundlagen des neuen Gesundheitssparkontos. Gemäss Abs. 1 ist ein solches für jede erwachsene Person zu führen, welche sich für eine höhere Wahlfranchise entscheidet.

In Abs. 2 wird festgelegt, dass die obligatorische Franchise, also die ersten CHF 500, nicht auf dem Konto zu hinterlegen sind bzw. gar nicht hinterlegt werden können.

Die Abs. 3 bis 7 beschreiben die Abwicklung des Gesundheitssparkontos. Der Kontostand zum Stichtag bestimmt die feste Kostenbeteiligung für das folgende Jahr und ist somit Grundlage der Prämienermittlung. Die eingereichten Rechnungen werden laufend mit dem Konto verrechnet. Das Guthaben darf überdies mit ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnet werden. Bis zum definierten Stichtag (31. Juli) sind ausserdem Einzahlungen des Versicherten zugunsten seines Kontos bis zum Erreichen der höchstzulässigen freiwilligen Franchise (CHF 3'500) möglich. Festgelegt wird auch das Vorgehen bei einem Wechsel der Kasse. Auszahlungen oder eine Auflösung des Kontos sind nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zulässig (Tod, Wegfall der Versicherungspflicht).

Mit Abs. 8 erhält die Regierung die Ermächtigung, die näheren Einzelheiten per Verordnung zu regeln.

Zu Art. 24 Abs. 1 Bst. c

Künftig werden keine direkten Beiträge an Spitäler mehr geleistet. Die entsprechenden Budgetmittel werden in die Finanzierung der Hochkostenversicherung übergeführt (siehe dazu die ausführlichen Erläuterungen zur monistischen Spitalfinanzierung in Abschnitt 3.2.1).

Zu Art. 24a Abs. 2

Diese Bestimmung beschreibt das Vorgehen bei der Festlegung des Staatsbeitrages an die erwachsenen Versicherten im Vorhinein und die rückwirkende Abrechnung durch das Amt für Gesundheit. Der Landtag legt den Staatsbeitrag jährlich für das Folgejahr fest. Die Festlegung soll also nicht alle drei Jahre auf Antrag der Regierung durch den Landtag, sondern wie schon früher jährlich im Juni für

das Folgejahr erfolgen. Die Einschränkung auf eine Bandbreite zulässiger Staatsbeiträge wird aufgehoben. Der Landtag ist in seiner Festsetzung prinzipiell frei, begrenzt allerdings dadurch, dass der Staatsbeitrag an erwachsene Versicherte nur mehr in der Hochkostenversicherung geleistet werden kann. Der vom Landtag genehmigte Staatsbeitrag wird vom Amt für Gesundheit vollumfänglich im Verhältnis der angefallenen Kosten auf die Kassen verteilt. Der Prozentsatz der Kostenübernahme durch den Staatsbeitrag ist also nicht mehr mit 80% der über dem Grenzbetrag (neu: Hochkostengrenze) liegenden Kosten fixiert, sondern ergibt sich aus dem Verhältnis festgelegter Staatsbeitrag / Kosten in der Hochkostenversicherung.

Zu Art. 24b Abs. 2 Satz 1

Hier wird konkretisiert, dass für die Berechnungsbasis der Prämienverbilligung die Prämien in der Grund- und in der Hochkostenversicherung zu addieren sind.

Zu Art. 25 Abs. 1 und 4

Gleichzeitig mit der Verpflichtung zur Ablieferung der Beiträge seiner Arbeitnehmer zur obligatorischen Kranken*p*flegeversicherung soll auch die Haftung des Arbeitgebers für den Fall, dass er seine Arbeitnehmer nicht oder nicht in gesetzlichem Umfang für Kranken*p*flege versichert, entfallen. Die Haftung bleibt für die Krankentaggeldversicherung bestehen (Abs. 1).

Abs. 4 sieht vor, dass eine Kasse beim Amt für Gesundheit Anzeige gegen Arbeitgeber erstatten kann, welche Prämien nicht fristgerecht abliefern. Die Regierung kann in der Folge, sofern innert einer gesetzten Frist von 60 Tagen keine Bezahlung erfolgt, dem Arbeitgeber die Beschäftigung der Arbeitnehmer bis zur Bezahlung der ausständigen Prämien untersagen. Diese Bestimmung soll mangels Praktikabilität aufgehoben werden.

Zu Art. 28 Abs. 1

Die Ergänzung in Abs. 1, wonach der Kassenverband die versicherte Person bei Streitigkeiten betreffend Rückforderungen nach Art. 19 Abs. 2 vertritt, ist erforderlich, da künftig von Gesetzes wegen der Grundsatz des Tiers garant gelten und somit der Versicherte Honorarschuldner sein soll.

Zu Art. 29

Art. 29 Abs. 1 4. Spiegelstrich: Die Formulierung ist heute etwas unglücklich, da zu Beginn mit einer spezifischen Pflichtverletzung begonnen wird und später eine unnötige Einschränkung erfolgt („als Organ oder Funktionär“). Sie soll durch Übernahme der entsprechenden Schweizer Bestimmung (Art. 92 CH KVG) verbessert werden.

Ein neuer Spiegelstrich wird als Strafnorm für den Tatbestand von Art. 19 Abs. 3 (mangelnde Weitergabe von Vergünstigungen an den Versicherten und seine Kasse) eingeführt.

Ausserdem wird in Abs. 2 neu die strafrechtliche Ahndung zu den Artikeln 4a Abs. 3, 19 Abs. 3a, 20a sowie 30 Abs. 2 betreffend die gesetzlich normierten Auskunftspflichten aufgenommen. Hierzu wird die Formulierung aus Art. 93 CH KVG übernommen.

Zu den Übergangsbestimmungen und zum Inkrafttreten

Im Zusammenhang mit einigen der vorgeschlagenen Bestimmungen im Krankenversicherungsrecht ist aus rechtlichen und praktischen Gründen der Erlass von Übergangsfristen erforderlich. In technischer Hinsicht sind auf Seiten der Kassen und Leistungserbringer verschiedene Adaptierungen vorzunehmen, damit das neue Versicherungsmodell sowie das System des Tiers garant umgesetzt werden können. Notwendig ist auch die Begründung, Änderung oder Abwicklung von

Vertragsverhältnissen. Für die Vornahme dieser Massnahmen ist den Normadressaten ein angemessener Zeitrahmen zu setzen.

Die Fristen in den Übergangsbestimmungen gelten unter der Annahme, dass die geplanten Gesetzesänderungen am 1. Januar 2016 in Kraft treten können. Allenfalls werden sie im weiteren Gesetzgebungsprozess entsprechend anzupassen sein.

4.3 Gesundheitsgesetz

Zu Art. 48 Bst. d

Die „Landesgesundheitskommission“ soll künftig in „Gesundheitskommission“ umbenannt werden.

Zu Art. 49 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1

Aufgrund der Umbenennung der Kommission ist eine Anpassung dieser Bestimmung erforderlich.

Zu Art. 52 Abs. 1, 2 Bst. b und c sowie 3

Der Regierung soll betreffend die Auswahl von Kommissionsmitgliedern eine grössere Freiheit zukommen (Abs. 1). Sie soll aber jedenfalls drei Vertreter des Dachverbandes von Berufen der Gesundheitspflege sowie einen Vertreter des Kassenverbandes zu ernennen haben. Zweckmässig ist ausserdem, dass künftig ein Vertreter des Amtes für Gesundheit Einsitz nimmt. Damit kann einerseits die Kommission direkt von dem im Amt vorhandenen Fachwissen profitieren und andererseits der direkte Informationsfluss von der Kommission zum Amt gewährleistet werden.

Die Aufgaben der Kommission gemäss Abs. 2 Bst. b (Ausarbeitung von Stellungnahmen zu einschlägigen Gesetzes- und Verordnungsentwürfen) und Bst. c (Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, Gesund-

heitsorganisationen und der Regierung) werden erfahrungsgemäss direkt durch die Leistungserbringergruppen und koordinierend den Dachverband beziehungsweise durch den Krankenkassenverband wahrgenommen.

Die in Abs. 3 vorgeschriebene jährliche Gesundheitskonferenz hat bis dato noch kein einziges Mal stattgefunden, weshalb die Bestimmung ersatzlos gestrichen wird. Es steht der Regierung frei, bei Bedarf eine solche Konferenz unter Einbezug der Gesundheitskommission zu organisieren. Im Übrigen kann sich die Kommission auch selbständig mit Gesundheitsthemen befassen und zur Vornahme von Abklärungen zu aktuellen Fragestellungen Ausschüsse bilden.

4.4 Familienzulagengesetz

Zu Art. 45

Die Taggeldversicherung nach KVG soll wie oben ausgeführt (siehe Abschnitt 3.6.5) indirekt vom Mutterschaftsrisiko entlastet werden. Dies soll über eine Senkung der Beiträge zur Familienausgleichskasse erfolgen. Art. 45 FZG regelt die Beiträge der Arbeitgeber zur Finanzierung der Familienzulagen. Eine Entlastung um CHF 4.2 Mio. bedeutet gerechnet auf das Beitragsvolumen der Arbeitgeber von rund CHF 51.5 Mio., dass der Beitrag von derzeit 1.9% auf neu 1.75% gesenkt werden kann.

Die Beiträge zur Krankentaggeldversicherung werden hälftig vom Arbeitnehmer getragen. Nachdem nicht garantiert werden kann, dass diese Senkung der Lohnnebenkosten an die Arbeitnehmer weiter gegeben wird, muss eine Lösung gefunden werden, wie auch diese anteilig entlastet werden können. Dies kann durch eine Änderung der Verhältniszahl zur Aufteilung der Taggeldprämien erfolgen. Künftig sollen diese nicht wie bisher hälftig durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen werden, sondern im Verhältnis 60:40. Dies entspricht einer

Verschiebung von CHF 2.1 Mio. an Prämien von den Arbeitnehmern zu den Arbeitgebern (Art. 22 Abs. 8a KVG neu).

In Art. 46 sind die Beiträge der weiteren beitragspflichtigen Personenkreise geregelt (bei der Alters- und Hinterlassenenversicherung obligatorisch versicherte Selbständigerwerbende, Arbeitnehmer nicht beitragspflichtiger Arbeitgeber, bei der Alters- und Hinterlassenenversicherung obligatorisch versicherte Nichterwerbstätige und der Besteuerung nach Aufwand unterstehende Personen). Diese unterliegen nicht der obligatorischen Taggeldversicherung. Eine Entlastung unterbleibt daher, der jährliche Beitrag bleibt für die betreffenden Gruppen bei 1.9 %.

5. VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT / RECHTLICHES

Die gegenständliche Vorlage wirft keine verfassungsrechtlichen Fragen auf.

6. REGIERUNGSVORLAGEN

6.1 Gesetz betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Gesetz

vom

**betreffend die Abänderung des Gesetzes über die
Krankenversicherung**

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine
Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG),
LGBL. 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 1 Abs. 1a

1a) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung besteht aus der Grundversicherung und der Hochkostenversicherung.

Art. 4 Abs. 1 Bst. d bis g

1) Die Regierung erlässt die notwendigen Vorschriften zur einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere über:

- d) die Angaben an die Aufsichtsbehörde über Daten, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen, gemäss Art. 4a Abs. 3a;
- e) die Bildung von Rückstellungen und Reserven;
- f) die Vermögensanlagen;
- g) die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 19.

Art. 4a Abs. 3a

3a) Die Kassen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde mindestens jährlich sowie darüber hinaus auf Verlangen Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen.

Art. 7 Abs. 1

1) Obligatorisch versichert sind:

- a) für Krankenpflege in der Grundversicherung und in der Hochkostenversicherung: Personen, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben;
- b) für Krankengeld: über 15jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind.

Art. 9 Abs. 1a

Aufgehoben

Art. 11 Abs. 2

2) Das Amt für Gesundheit weist nötigenfalls Versicherungspflichtige nach einem durch Verordnung festzulegenden Schlüssel den einzelnen Kassen zu.

Art. 12 Abs. 3a

Aufgehoben

Art. 13 Abs. 1 Bst. c und Abs. 2

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

c) Aufgehoben

2) Die Leistungen sind ohne zeitliche Beschränkung zu entrichten.

Art. 14 Abs. 1

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich oder chiropraktisch bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit, ab dem 2. Tage nach dem Tage der Erkrankung ein Krankengeld zu gewähren. Das Krankengeld fällt dahin, wenn die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ist, oder wenn es für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt.

Art. 16b Abs. 1, 1a, 2, 3 und 4

1) Der Kassenverband erstellt nach Anhören der Liechtensteinischen Ärztekammer (Ärztekammer) eine Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Bedarfsplanung hat einerseits den Versicherten eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten und ihnen eine angemessene Auswahl an Grundversorgern und Spezialärzten im Inland und wenn nötig auch im Ausland zu ermöglichen. Sie soll andererseits eine Überversorgung vermeiden. Die Bedarfsplanung legt insbesondere die Höchstzahl der zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Ärzte fest; sie bestimmt auch den Bedarf an Geräten und Einrichtungen der Spitzenmedizin. Die Bedarfsplanung bedarf der Genehmigung der Regierung und hat allgemeinverbindliche Wirkung; sie wird im elektronischen Amtsblatt veröffentlicht. Kommt der Kassenverband seiner Pflicht zur Erstellung einer Bedarfsplanung nicht nach, so legt die Regierung nach Anhören der Ärztekammer mit Verordnung die Bedarfsplanung fest.

1a) Die Regierung kann den Kassenverband zur Anpassung der bestehenden Bedarfsplanung binnen angemessener Frist auffordern. Erfolgt die Anpassung durch den Kassenverband nicht fristgerecht, kann die Regierung nach Anhören der Ärztekammer mit Verordnung die bestehende Bedarfsplanung anpassen.

2) Die Ärztekammer und der Kassenverband entscheiden gemeinsam über die Besetzung einer aufgrund der Bedarfsplanung freien Stelle sowie darüber, welche Leistungserbringer Geräte und Einrichtungen der Spitzenmedizin, die der Bedarfsplanung unterliegen, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung benützen dürfen. Sie legen in einer Vereinbarung die Kriterien fest, welche für die Reihung von mehreren Bewerbern zu beachten sind. Die Kriterien berücksichtigen insbesondere die persönliche und fachliche Eignung der Bewerber.

ber sowie die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen; sie sind in geeigneter Form zu veröffentlichen. Ergibt sich aufgrund der Kriterien kein oder nur ein geringer Unterschied zwischen Bewerbern, entscheiden die beteiligten Organisationen nach einer mündlichen Anhörung der Bewerber. Der Entscheid über die Besetzung einer Stelle ist allen Bewerbern schriftlich zu eröffnen. Kommt keine Vereinbarung über Reihungskriterien zustande, legt die Regierung die Kriterien fest.

3) Aufgehoben

4) Bei Streitigkeiten betreffend die Besetzung einer freien Stelle beziehungsweise betreffend die Zulassung von Geräten und Einrichtungen der Spitzenmedizin findet Art. 28 Anwendung.

Art. 16d Abs. 1, 3 und 3a

1) Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind nur jene Leistungserbringer zugelassen, welche sich in einem schriftlichen Vertrag mit dem Kassenverband verpflichten, den vom betreffenden Berufsverband abgeschlossenen Tarifvertrag und allfällige Tarifregelungen der Regierung zu beachten. Gestützt auf die Bedarfsplanungen nach Art. 16b zugelassene Leistungserbringer müssen sich darüber hinaus zu einer bestimmten Art und einem bestimmten Umfang der Leistungserbringung verpflichten; diese Leistungspflicht ist im Vertrag, der auf höchstens vier Jahre zu befristen ist, ausführlich zu regeln. Die Regierung kann das Nähere über die Ausgestaltung der Verträge mit Verordnung festlegen.

3) Unabhängig von der vereinbarten Dauer können Verträge mit bereits zugelassenen Leistungserbringern, die das 64. Altersjahr vollendet haben, vom Kassenverband nach vorgängiger Anhörung des entsprechenden Berufsverbandes

des der Leistungserbringer frühestens auf das Ende des Monats, in welchem die Altersgrenze erreicht wird, unter Beachtung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten gekündigt werden.

3a) Die Erneuerung eines Vertrages mit dem Kassenverband ist für einen gestützt auf die Bedarfsplanungen nach Art. 16b zugelassenen Leistungserbringer ausgeschlossen, wenn:

- a) der Leistungserbringer während aufrechter Vertragsdauer trotz schriftlicher Aufforderung durch den Kassenverband die Leistungspflicht nicht bzw. nicht hinreichend erfüllt hat; oder
- b) kein Bedarf an der Leistungserbringung mehr besteht.

Der Leistungserbringer verliert drei Monate nach Vertragsablauf seine Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Ausschluss von Leistungserbringern nach Art. 19c bleibt davon unberührt.

Art. 18 Abs. 3

3) Wählt ein Versicherter für eine stationäre Behandlung, die auch in einem Vertragsspital angeboten wird, ein Spital, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, vergütet die Kasse als obligatorisch versicherte Leistung die auf ihre Rechnung entfallenden Kosten nach dem Tarifvertrag mit einem für die Behandlung geeigneten Spital.

Art. 19 Abs. 1, 2, 2b, 2c und 4

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Die Kassen haben die Rechnungen sowie das Leistungs-

verhalten der Leistungserbringer entsprechend zu prüfen und ihr Prüfungshandeln zu dokumentieren. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

2) Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Zu Unrecht bezahlte Vergütungen können zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist die versicherte Person oder nach Art. 28 Abs. 1 der Kassenverband.

2b) Der Kassenverband überprüft gestützt auf die Angaben der Kassen nach Abs. 2a, ob die Leistungserbringer den Grundsatz von Abs. 1 beachtet haben.

2c) Stellt der Kassenverband im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass der Leistungserbringer den Grundsatz nach Abs. 1 nicht beachtet hat, so werden die zu Unrecht bezogenen Leistungen nach Abs. 2 zurückgefordert.

4) Die Tarifverträge sehen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor.

Art. 19b Abs. 1, 2 und 4

1) Die Regierung legt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Anhören des Kassenverbandes und der Verbände der Leistungserbringer Kostenziele fest. Sie weist den Kassenverband und die Verbände der Leistungserbringer an, wie diese Kostenziele unter Beachtung der Massnahmen zur Sicherung der Qualität umzusetzen und zu überprüfen sind.

2) Werden die Kostenziele überschritten oder die Massnahmen zur Qualitätssicherung nicht beachtet, müssen Kassenverband und Leistungserbringer dies begründen. Gestützt darauf entscheidet die Regierung, ob der Vergütungssatz

des geltenden Tarifes für die betreffende Kategorie oder Fachrichtung von Leistungserbringern künftig zu kürzen ist.

4) Aufgehoben

Art. 19c Abs. 2

2) Schwerwiegende Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Verpflichtungen nach Abs. 1 sind insbesondere:

- a) die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Art. 19 Abs. 3;
- b) die betrügerische Manipulation von Leistungsabrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen;
- c) die Begehung eines Disziplinarvergehens im Sinne des Ärztegesetzes.

Art. 20

Vertrauensärzte

1) Die Kassen bestellen Vertrauensärzte. Diese müssen über die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufes verfügen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

2) Vertrauensärzte beraten die Kassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Kasse.

3) Vertrauensärzte sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Kassen noch Leistungserbringer noch der Kassenverband können ihnen Weisungen erteilen.

4) Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 2 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. Können sie sich mit der Kasse nicht einigen, so entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 28.

5) Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Stellen der Kassen nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Staatsbeitrag oder den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

6) Die Regierung regelt die Einzelheiten der Weitergabe der Angaben nach Abs. 5 sowie die Stellung der Vertrauensärzte der Kassen, sofern sich die Ärztekammer und der Kassenverband hierüber nicht einigen können.

Art. 20a

Schuldner der Vergütung; Rechnungstellung; Auskunftspflicht der Leistungserbringer

1) Die Versicherten schulden den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Sie haben gegenüber der Kasse einen Anspruch auf Rückerstattung. Dieser Anspruch kann dem Leistungserbringer abgetreten werden.

2) Im Falle der stationären Behandlung schuldet die Kasse, in Abweichung von Abs. 1, die Vergütung.

3) Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er

benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.

4) Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Abs. 3 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen der jeweils von der Regierung mit Verordnung festgelegten Diagnosecodes aufzuführen. Die Regierung regelt das Nähere zur Rechnungstellung sowie zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten mit Verordnung unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

5) Die Kasse kann zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen. Es sind ihr auch alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung von Leistungen erforderlich sind.

6) Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen des Versicherten in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse nach Art. 20 bekannt zu geben.

Art. 21 Abs. 1, 2 und 3

1) Die Aufwendungen der Kassen werden finanziert aus:

- a) den Beiträgen der Versicherten in der Grundversicherung;
- b) den Kostenbeteiligungen der Versicherten in der Grundversicherung;
- c) den Beiträgen der Versicherten in der Hochkostenversicherung;
- d) den Beiträgen der Arbeitgeber;
- e) den Beiträgen des Staates.

2) Die Hochkostengrenze ist jener feste Betrag an Jahreskosten eines Versicherten, welcher die Trennung zwischen der Grundversicherung und der Hoch-

kostenversicherung definiert. Die Hochkostengrenze gilt einheitlich für alle Versicherte und beträgt 5 000 Franken.

3) Die Regierung wird ermächtigt, die Hochkostengrenze durch Verordnung der Teuerung anzupassen.

Art. 22 Abs. 1, 1a, 7, 8 und 8a

1) Die Kassen haben getrennte Beiträge festzulegen für:

- a) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) durch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer in der Grundversicherung;
- b) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) durch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer in der Hochkostenversicherung;
- c) das obligatorisch versicherte Krankengeld (Art. 14);
- d) das freiwillig versicherte Krankengeld (Art. 14 Abs. 6);
- e) die freiwilligen Versicherungen für Krankenpflegeleistungen (Art. 16).

1a) Die Regierung legt nach Anhörung des Kassenverbandes mit Verordnung jeweils auf den Anfang eines Jahres einen pauschalen Zuschlag zu den Beiträgen gemäss Abs. 1 Bst. a und b für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung fest.

7) Die Kassen können in Kollektivversicherungen die Beiträge für die Zusatzversicherungen abweichend von jenen der Einzelversicherung festlegen. Kollektivversicherungen dürfen nur mit Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden, die als Arbeitgeber ihren Sitz, ihre Niederlassung oder eine Betriebsstät-

te in Liechtenstein haben. Die Regierung regelt die näheren Vorschriften für die Kollektivversicherung mit Verordnung.

8) An die Beiträge der Arbeitnehmer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung leistet der Arbeitgeber einen festen Beitrag. Dieser beträgt für Erwachsene monatlich 150 Franken. Bei Teilzeitbeschäftigten reduziert sich der Arbeitgeberbeitrag entsprechend dem Beschäftigungsgrad. Bei Jugendlichen entspricht der Arbeitgeberbeitrag der Hälfte des Beitrages für Erwachsene. Die Regierung wird ermächtigt, den Beitrag der Arbeitgeber mit Verordnung der allgemeinen Lohnentwicklung anzupassen.

8a) Die Beiträge der Arbeitnehmer zur obligatorischen Krankengeldversicherung gehen zu 60 % zu Lasten des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber hat die Beiträge des Arbeitnehmers bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen und zusammen mit seinen eigenen periodisch, spätestens auf das Ende des jeweiligen Kalenderquartals, der Kasse zu entrichten.

Art. 23 Abs. 1, 2 und 4

1) In der Grundversicherung müssen die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, für die obligatorischen Leistungen bei Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr von 500 Franken und in Form eines Selbstbehaltes von 20 % der den festen Jahresbetrag übersteigenden Kosten entrichten.

2) Aufgehoben

4) Für Leistungen bei Mutterschaft und bei Vorsorgeuntersuchungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Art. 23a Abs. 1

1) In der Grundversicherung bieten die Kassen den Versicherten mindestens drei Varianten einer zusätzlichen Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages an. Der Betrag von 3 500 Franken muss als eine Variante jedenfalls angeboten werden; dieser Betrag ist zugleich die höchstmögliche freiwillige Kostenbeteiligung. Dieses Angebot gilt für alle Versicherten. Die Beiträge nach Art. 22 Abs. 1 Bst. a sind für Versicherte mit einer höheren Kostenbeteiligung gleichzeitig angemessen zu reduzieren. Die Staatsbeiträge nach Art. 24a und die Arbeitgeberbeiträge nach Art. 22 Abs. 8 werden durch die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung nicht berührt.

Art. 23b

Gesundheitssparkonto

1) Die Kassen führen in der Grundversicherung für jeden erwachsenen Versicherten, der sich für eine freiwillige höhere Kostenbeteiligung gemäss Art. 23a Abs. 1 entscheidet, ein Gesundheitssparkonto, auf welchem die freiwillige Kostenbeteiligung zu hinterlegen ist.

2) Der feste Betrag gemäss Art. 23 Abs. 1 kann nicht auf dem Gesundheitssparkonto hinterlegt werden.

3) Der Stand des Gesundheitssparkontos zum Stichtag 31. Juli eines Jahres ist massgeblich für die Höhe der freiwilligen Kostenbeteiligung des Versicherten für das jeweils folgende Jahr. Als freiwillige Kostenbeteiligung gilt jeweils der dem Kontostand nächsttiefere feste Betrag gemäss Art. 23a Abs. 1.

4) Das auf dem Gesundheitssparkonto vorhandene Guthaben wird im Falle einer eingereichten Rechnung von der Kasse für die freiwillige Kostenbeteiligung

des Versicherten verwendet. Ferner darf das Guthaben mit ausstehenden Beiträgen für die obligatorischen Krankenversicherungen und mit ausstehenden obligatorischen Kostenbeteiligungen verrechnet werden.

5) Bei einem Wechsel der Krankenkasse wird der auf dem Gesundheitssparkonto der bisherigen Kasse vorhandene Betrag nach Abzug fälliger Kostenbeteiligungen und Beiträge auf das Gesundheitssparkonto bei der neuen Kasse transferiert. Im Übrigen sind Auszahlungen oder eine Auflösung des Gesundheitssparkontos nur im Falle des Todes des Versicherten oder bei Wegfall der Versicherungspflicht zulässig.

6) Einzahlungen des Versicherten zu Gunsten des Gesundheitssparkontos sind möglich, wobei der zulässige Stand des Gesundheitssparkontos nach oben hin begrenzt ist mit dem höchstmöglichen festen Jahresbetrag gemäss Art. 23a Abs. 1. Die Kassen informieren den Versicherten mindestens vier Wochen vor dem Stichtag gemäss Abs. 3 über den Stand des Gesundheitssparkontos und weisen auf die Möglichkeit einer Einzahlung hin.

7) Guthaben auf dem Gesundheitssparkonto unterliegen keiner Verzinsung. Sie sind unabtretbar, unpfändbar und der Zwangsvollstreckung entzogen.

8) Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

Art. 24 Abs. 1 Bst. c

1) Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch Beiträge an:

c) Aufgehoben

Art. 24a Abs. 2

2) Für die übrigen Versicherten leistet der Staat einen Beitrag an die Hochkostenversicherung. Dieser wird vom Landtag auf Antrag der Regierung pro Bemessungsjahr jeweils bis spätestens im Juni des Vorjahres festgelegt. Das Amt für Gesundheit ermittelt unter Berücksichtigung der effektiven Kosten eines Jahres den Prozentsatz der Kostenübernahme in der Hochkostenversicherung, sodass der gesamte vom Landtag festgelegte Beitrag ausgeschöpft wird.

Art. 24b Abs. 2 Satz 1

2) Die Beiträge zur Prämienverbilligung richten sich nach den im Landesdurchschnitt errechneten Prämien in der Grundversicherung und in der Hochkostenversicherung.

Art. 25 Abs. 1 und 4

1) Arbeitgeber, die ihre Arbeitnehmer nicht oder nicht im gesetzlichen Umfang für Krankengeld versichert haben, haften den Arbeitnehmern mindestens für die entgangenen Versicherungsleistungen.

4) Aufgehoben

Art. 28 Abs. 1

1) Ein Schiedsgericht im Sinne der Zivilprozessordnung entscheidet über Streitigkeiten zwischen:

- a) Kassen oder Kassenverband und einem Leistungserbringer;
- b) Kassen und dem Kassenverband;

- c) Kassenverband und Ärztekammer oder Berufsvereinigungen.

Der Kassenverband vertritt die versicherte Person bei Streitigkeiten betreffend Rückforderungen (Art. 19 Abs. 2) auf eigene Kosten.

Art. 29

Strafbestimmungen

1) Wer sich absichtlich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungs- oder der Beitragspflicht entzieht,

wer als Arbeitgeber einem Arbeitnehmer Beiträge vom Lohn abzieht, sie indessen dem vorgesehenen Zweck entfremdet,

wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in einer anderen Weise von einer Kasse für sich oder einen anderen eine Leistung im Sinne dieses Gesetzes erwirkt, die ihm nicht zukommt,

wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in einer anderen Weise einen Beitrag aufgrund dieses Gesetzes erwirkt,

wer als Durchführungsorgan im Sinne dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht,

wer Vergünstigungen nach Art. 19 Abs. 3 nicht weitergibt,

wird, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Vergehen oder Verbrechen vorliegt, vom Landgericht wegen Vergehens mit einer Freiheitsstrafe

bis zu sechs Monaten oder einer Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen bestraft. Beide Strafen können verbunden werden.

2) Wer sich einer von der zuständigen Stelle angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf andere Weise verunmöglicht,

wer in Verletzung der Auskunftspflicht unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert,

wird, falls nicht ein Tatbestand nach Abs. 1 erfüllt ist, vom Landgericht wegen Übertretung mit einer Busse bis zu 5 000 Franken, im Nichteinbringlichkeitsfalle mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Monat bestraft.

II.

Übergangsbestimmungen

§ 1

Bedarfsplanung

Der Kassenverband unterbreitet der Regierung die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung nach Art. 16b Abs. 1 spätestens bis zum 30. Juni 2016 zur Genehmigung.

§ 2

Verträge mit Leistungserbringern

Die nach bisherigem Recht vom Kassenverband mit den Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge betreffend die Zulassung für die obligatorische

Krankenpflegeversicherung bleiben längstens bis zum 31. Dezember 2017 in Kraft.

§ 3

Rechnungstellung

Hinsichtlich der Rechnungstellung und der Honorarschuldnerschaft gilt bis zum 31. Dezember 2016 das bisherige Recht.

§ 4

Finanzierung

1) Die Finanzierung der Aufwendungen der Kassen (Beiträge, Kostenbeteiligungen) erfolgt bis zum 31. Dezember 2016 nach bisherigem Recht.

2) Der Beitrag des Staates an die Hochkostenversicherung ist vom Landtag erstmals im Juni 2016 für das Jahr 2017 festzulegen.

III.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am ... (1./Monat/Jahr) in Kraft, andernfalls am Tag nach der Kundmachung.

6.2 Gesetz über die Abänderung des Gesundheitsgesetzes

Gesetz

vom

über die Abänderung des Gesundheitsgesetzes

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007, LGBI. 2008 Nr. 30, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 48 Bst. d

Mit der Durchführung dieses Gesetzes sind betraut:

d) die Gesundheitskommission;

Art. 49 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1

2) Sie wählt:

a) für eine Dauer von vier Jahren:

1. die Mitglieder der Gesundheitskommission;

Art. 52 Sachüberschrift sowie Abs. 1, 2 Bst. b und c sowie 3

Gesundheitskommission

1) Die Gesundheitskommission besteht aus mindestens fünf Mitgliedern, wobei mindestens drei Vertreter des Liechtensteinischen Dachverbandes von Berufen der Gesundheitspflege, mindestens ein Vertreter des Krankenkassenverbandes und ein Vertreter des Amtes für Gesundheit Einsitz nehmen. Die Regierung bestimmt den Vorsitz.

2) Ihr obliegen insbesondere:

b) Aufgehoben

c) Aufgehoben

3) Aufgehoben

II.

Abänderung von Bezeichnungen

In Gesetzen und Verordnungen ist, in der jeweils grammatikalisch richtigen Form, die Bezeichnung "Landesgesundheitskommission" durch die Bezeichnung "Gesundheitskommission" zu ersetzen.

III.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt gleichzeitig mit der Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom ... in Kraft.

6.3 Gesetz betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Familienzulagen

Gesetz

vom

betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Familienzulagen

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz über die Familienzulagen (Familienzulagengesetz; FZG) vom 18. Dezember 1985, LGBl. 1986 Nr. 28, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 45

Beitragspflicht der Arbeitgeber

Beitragspflichtig sind alle Arbeitgeber gemäss Art. 47 des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung für ihre Arbeitnehmer, die gemäss Art. 36 des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung der Beitragspflicht unterstellt sind. Der Beitrag beträgt 1.75 % des massgebenden Lohnes gemäss Art. 38 des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt gleichzeitig mit der Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom ... in Kraft.