BERICHT UND ANTRAG

DER REGIERUNG

AN DEN

LANDTAG DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

BETREFFEND

DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE

KRANKENVERSICHERUNG (KVG) UND DES GESUNDHEITSGESETZES

(GESG)

Behandlung im Landtag	
	Datum
1. Lesung	
2. Lesung	
Schlussabstimmung	

Nr. 129/2026

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Zusammenfassung 5

Zuständiges Ministerium 6

Betroffene Stellen 6

I. BERICHT DER REGIERUNG 7

1. Ausgangslage 7

2. Begründung der Vorlage 8
   - 2.1 Zukunftspaket 9
   - 2.2 Kostendämpfungspaket 10
   - 2.3 Vertiefungspaket «Versorgung 2030» 12
   - 2.4 Weitere Anpassungen und Hinweise 12

3. Schwerpunkte der Vorlage 13
   - 3.1 Einführung Einheitliche Finanzierung 13
     - 3.1.1 Grundsätzliche Überlegungen 13
     - 3.1.2 Pflegefinanzierung und EFAS 16
     - 3.1.3 Technische Abwicklung von EFAS 16
     - 3.1.4 Angebotssteuerung im Rahmen von EFAS 17
   - 3.2 Verfeinerung Risikoausgleich 18
   - 3.3 Weiterentwicklung Berufe 21
     - 3.3.1 Hintergrund 21
     - 3.3.2 Rechtliche Verankerung der erweiterten Kompetenzen 22
     - 3.3.3 Vergütung der Leistungen von APN 24
   - 3.4 Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate 25
   - 3.5 Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung 29
   - 3.6 Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene 32
   - 3.7 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens 32
   - 3.8 Kostenziele 33
   - 3.9 Daten der Versicherten 35
   - 3.10 Weitere Anpassungen 37

4. Vernehmlassung 37

4.1 Vernehmlassungsteilnehmer 37
4.2 Ergebnisse der Vernehmlassung 40
4.2.1 Allgemeine Feststellungen 40
4.2.2 Einführung Einheitliche Finanzierung 44
4.2.3 Verfeinerung Risikoausgleich 51
4.2.4 Weiterentwicklung Berufe 57
4.2.5 Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate 61
4.2.6 Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung 63
4.2.7 Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene 64
4.2.8 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens 64
4.2.9 Kostenziele 67
4.2.10 Daten der Versicherten 69
4.2.11 Weitere Anregungen im Rahmen der Vernehmlassung 71

5. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen unter Berücksichtigung der Vernehmlassung 73
5.1 Gesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) 73
5.2 Gesundheitsgesetz (GesG) 88

6. Verfassungsmässigkeit / Rechtliches 90

7. Auswirkungen auf Verwaltungstätigkeit, Ressourceneinsatz und nachhaltige entwicklung 90
7.1 Neue und veränderte Kernaufgaben 90
7.2 Personelle, finanzielle, organisatorische und räumliche Auswirkungen 92
7.3 Betroffene UNO-Nachhaltigkeitsziele und Auswirkungen auf deren Umsetzung 93
7.4 Evaluation 94

II. ANTRAG DER REGIERUNG 95

III. REGIERUNGSVORLAGE 97
1.1 Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) 97
1.2 Gesundheitsgesetz (GesG) 108

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem vorliegenden Bericht und Antrag beabsichtigt die Regierung, das Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie das Gesundheitsgesetz (GesG) gezielt weiterzuentwickeln. Ziel der Revision ist es, die langfristige Finanzierbarkeit des liechtensteinischen Gesundheitssystems sicherzustellen, ohne die hohe Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. Im Zentrum stehen eine wirksame Kostensteuerung, eine effizientere Ressourcennutzung sowie die Stärkung einer qualitativ hochwertigen und gut koordinierten Gesundheitsversorgung.

Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitsausgaben, der demografischen Entwicklung sowie zunehmenden Anforderungen an das Versorgungssystem hat das Ministerium für Gesellschaft und Justiz eine Reihe von Reformmassnahmen geprüft und priorisiert. Daraus ergeben sich drei inhaltliche Schwerpunkte: Das Zukunftspaket, das Kostendämpfungspaket sowie das Vertiefungspaket «Versorgung 2030». Während die ersten beiden Pakete Gegenstand der vorliegenden Vorlage sind und zeitnah umgesetzt werden sollen, sollen die weitergehenden strukturellen Reformen im Rahmen des Vertiefungspakets in einem zweiten Schritt konkretisiert werden.

Ein zentraler Bestandteil des Zukunftspakets ist die Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ab dem Jahr 2028. Dadurch sollen bestehende Fehlanreize beseitigt und eine stärker auf ambulante und koordinierte Versorgung ausgerichtete Steuerung des Systems ermöglicht werden. Die Finanzierung erfolgt künftig nach einem einheitlichen Verteilschlüssel von 66% durch die Krankenversicherungen und 34% durch das Land. Dieser Schlüssel wurde kostenneutral auf Basis der bisherigen Finanzierung festgelegt. Er soll regelmässig alle drei Jahre durch den Landtag überprüft und nötigenfalls angepasst werden. Weiter wird der Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen verfeinert, indem zusätzliche Morbiditätsindikatoren – namentlich Spitalaufenthalte und Medikamentenkosten – berücksichtigt werden. Dadurch soll ein fairerer Wettbewerb zwischen den Kassen gewährleistet und die Prämienbelastung gerechter verteilt werden.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ist zudem die Weiterentwicklung ausgewählter Gesundheitsberufe vorgesehen. Insbesondere sollen

Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Kompetenz (Advanced Practice Nurses) sowie Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung stärker eingebunden werden.

Das Kostendämpfungspaket umfasst eine Reihe von Massnahmen. Dazu zählen insbesondere die Förderung von Generika und Biosimilars durch einen erhöhten Selbstbehalt für Originalpräparate, die Abschaffung der Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke zugunsten einer einheitlichen Regelung sowie die Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens. Ergänzend werden Kostenziele künftig auf mehrjährige Perioden ausgerichtet und Verbesserungen in der Methodik geprüft.

Weitere Massnahmen betreffen die gesetzliche Verankerung der Leistungskommission und die gezielte Information der Versicherten durch die Krankenkassen über kostengünstigere Leistungen, geeignete Versicherungsmodelle und präventive Massnahmen.

Parallel dazu sind Massnahmen in den Bereichen Tarife und Leistungen geplant, die auf Verordnungsebene umzusetzen sind. Ergänzend sollen ausserdem Vorschläge im Wege der Selbstverpflichtung von Akteuren des Gesundheitswesens erarbeitetet werden («Runde Tische»). Diese beiden Stossrichtungen werden in der gegenständlichen Vorlage nicht weiter ausgeführt, da sie die keine der aktuellen Gesetzesanpassungen berühren.

Insgesamt führt die Vorlage zu einer gezielten Weiterentwicklung des bestehenden Systems. Die Versorgungsqualität bleibt gewahrt, während die Transparenz erhöht, die Effizienz gesteigert und die Kostenentwicklung besser gesteuert werden. Die Auswirkungen auf die Verwaltung sind begrenzt und können mit den bestehenden Ressourcen bewältigt werden.

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft und Justiz

BETROFFENE STELLEN

Amt für Gesundheit
Amt für Soziale Dienste

Vaduz, 3. November 2026

LNR 2026-1671

P

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
Sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehenden Bericht und Antrag betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und des Gesundheitsgesetzes (GesG) an den Landtag zu unterbreiten.

I. BERICHT DER REGIERUNG

1. AUSGANGSLAGE

Das Gesundheitswesen Liechtensteins stellt eine qualitativ hochwertige, für alle zugängliche medizinische Versorgung sicher und steht zugleich vor der Herausforderung, die Kostenentwicklung in einem tragbaren Rahmen zu halten. Steigende Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), demografische Entwicklungen, medizinisch-technischer Fortschritt sowie wachsende Erwartungen der Bevölkerung verschärfen diesen Zielkonflikt zunehmend.

Das geltende Krankenversicherungsgesetz (KVG) sowie das Gesundheitsgesetz (GesG) haben sich grundsätzlich bewährt. Dennoch zeigt die Entwicklung der letzten Jahre, dass die bestehenden gesetzlichen Instrumente weiterentwickelt werden müssen, um den strukturellen Herausforderungen wirksam zu begegnen. Eine

Weiterentwicklung des rechtlichen Rahmens ist daher notwendig, um die hohe Qualität, die Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems auch langfristig zu sichern.

Die letzte umfassende Revision des KVG im Jahr 2016 setzte ihren Schwerpunkt insbesondere auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Zentrale Elemente waren die Erhöhung des festen Betrags (auch als Franchise bezeichnet) und des prozentualen Selbstbehalts bei der obligatorischen Kostenbeteiligung, eine Anhebung der bei der freiwilligen Kostenbeteiligung möglichen Beträge, sowie Massnahmen zur Sensibilisierung für ein kostenbewusstes Verhalten der Patientinnen und Patienten. Diese Reform trug dazu bei, dämpfend auf die Kostenentwicklung zu wirken und das Kostenbewusstsein zu schärfen.

Ziel der nun vorgeschlagenen Reformen ist es, das Verhältnis zwischen einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und einer wirksamen Kostensteuerung neu auszubalancieren. Dabei gilt es, die medizinische Qualität und Patientensicherheit zu sichern, Ineffizienzen zu reduzieren, die Zusammenarbeit und Koordination im Gesundheitswesen zu stärken, und die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen. Zugleich sollen die Reformen auf eine ausgewogene Lastenverteilung ausgerichtet sein, indem notwendige Anpassungen nicht einseitig zulasten der Versicherten erfolgen, sondern auch Leistungserbringende in angemessenem Umfang zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung beitragen.

2. BEGRÜNDUNG DER VORLAGE

Vor diesem Hintergrund sollen das KVG und das GesG überarbeitet werden - mit Reformen, welche kostendämpfend wirken und gleichzeitig die gute Versorgung stärken. Das zuständige Ministerium für Gesellschaft und Justiz hat zu diesem Zweck mehr als zwanzig Massnahmenvorschläge geprüft und priorisiert. Daraus ergeben sich drei Massnahmenbündel, das «Zukunftspaket», das

«Kostendämpfungspaket» und das «Vertiefungspaket 2030». Auf jene Massnahmen, welche im Rahmen der gegenständlichen Vorlage rechtlich umgesetzt werden, wird im Kapitel 3 näher eingegangen. Die Massnahmenpakete enthalten aber auch Massnahmen, welche keine Gesetzesanpassung benötigen. Diese wurden im Vernehmlassungsverfahren, dessen ungeachtet, den interessierten Kreisen vorgestellt. Die eingegangenen Rückmeldungen zu diesen Themen werden in deren weitere Bearbeitung einfliessen.

2.1 Zukunftspaket

Das Zukunftspaket umfasst fünf Massnahmen. Die ersten drei werden im Rahmen der gegenständlichen Vorlage rechtlich umgesetzt:

1. Einführung einheitliche Finanzierung (Abschnitt 3.1)
2. Verfeinerung Risikoausgleich (Abschnitt 3.2)
3. Weiterentwicklung Berufe (Abschnitt 3.3)
4. Begleitung TARDOC und ambulante Pauschalen
5. Digitalisierung dank neuer eHealth-Strategie

Die kostenneutrale Einführung der Tarifstruktur «TARDOC und ambulanten Pauschalen», welche per 1.1.2026 erfolgt ist (Massnahme 4), wird durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, zusammengesetzt aus Vertretungen des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes (LKV), der Liechtensteinischen Ärztekammer (LAEK) sowie des Amtes für Gesundheit (AG), betreut. Diese beschäftigt sich mit den wirtschaftlichen Auswirkungen des Tarifwechsels und soll dabei auch überwachen, dass die Grundversorgung tatsächlich gestärkt wird. Bei einer sich abzeichnenden, tarifbedingten Kostenerhöhung soll sie der Regierung gegensteuernde Massnahmen vorschlagen.

Die eHealth-Strategie 2030 (Massnahme 5) soll die Digitalisierung des liechtensteinischen Gesundheitswesens gezielt voranbringen, insbesondere durch sicheren Datenaustausch, Interoperabilität mit der Schweiz und europäischen Standards sowie zentrale Anwendungen wie eMedikation, eRezept und eImpfdossier. Der Staat schafft dafür die rechtlichen, organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen und übernimmt koordinierende Aufgaben, während Institutionen und Leistungserbringer ihre Digitalisierung eigenverantwortlich umsetzen. Die Bearbeitung des Themas wird gemeinsam mit dem Verein eHealth Liechtenstein weiter vorangetrieben.

2.2 Kostendämpfungspaket

Das Kostendämpfungspaket umfasst acht Massnahmen, wovon die ersten sechs mit Gesetzesanpassungen verbunden sind:

1. Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate (Abschnitt 3.4)
2. Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung (Abschnitt 3.5)
3. Anpassung Leistungskatalog und Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene (Abschnitt 3.6)
4. Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens (Abschnitt 3.7)
5. Kostenziele (Abschnitt 3.8)
6. Gezielte Information der Kassen an Versicherte (Abschnitt 3.9)
7. Anpassung Labortarif an die Schweiz und vertiefte Analyse der Laborkosten
8. Runder Tisch Kostendämpfung durch Selbstverpflichtung

Massnahmen im Bereich der Leistungen und Tarife werden in der Regel in Vereinbarungen zwischen den Verbänden oder auf Verordnungsebene umgesetzt. Beim Leistungskatalog (Massnahme 3) folgt Liechtenstein grundsätzlich dem schweizerischen System: Änderungen werden durch die Leistungskommission geprüft und der Regierung zur Übernahme empfohlen, sodass sowohl kostendämpfende HTA (Health Technology Assessment)-Entscheide als auch medizinisch sinnvolle neue Leistungen zeitnah berücksichtigt werden können. Ein verbleibender Unterschied betrifft die Abrechnung von Akupunktur TCM durch Naturheilpraktiker zulasten der OKP. Obwohl die abgerechneten Leistungen mengenmässig gering sind und daher keine erheblichen Einsparungen erwartet werden, sollen diese Leistungen aus systematischen Gründen künftig dem Zusatzversicherungsbereich zugeordnet werden. Die Beurteilung dieser Massnahme und Erarbeitung einer Empfehlung zu Handen der Regierung obliegt der Leistungskommission, wobei die Vertretung von Alternativmedizin Liechtenstein mit Sitz und Stimme Einsicht in der Kommission hat.

Im Bereich der Labortarife (Massnahme 7) soll Liechtenstein die bisherigen Abweichungen von der schweizerischen Analysenliste prüfen mit dem Ziel, die Laborleistungen künftig konsequent nach dieser abzurechnen. Damit werden Tarifstruktur, Transparenz und Vergleichbarkeit mit der Schweiz verbessert und der administrative Aufwand reduziert. Insgesamt dürfte dies zu einer Senkung der Laborkosten beitragen. Da die erhöhten Laborkosten in Liechtenstein gemäss der Studie der Stiftung Zukunft.li jedoch nicht primär tarifbedingt erscheinen, sondern insbesondere auf Mengen- und Strukturunterschiede sowie organisatorische Besonderheiten zurückzuführen sein könnten, sollen ergänzend vertiefte Abklärungen zu den Ursachen der hohen Laborkosten vorgenommen werden.

Nach dem Vorbild des schweizerischen «Runden Tischs Kostendämpfung» sollen auch in Liechtenstein regelmässige Runde Tische mit zentralen Akteuren des

Gesundheitswesens etabliert werden (Massnahme 8), um kurz- und mittelfristig umsetzbare, insbesondere selbstverpflichtende Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums zu erarbeiten. Dieses Gefäss soll zugleich für den institutionellen Austausch sowie die politische Begleitung wichtiger Reformvorhaben genutzt werden. Die ersten beiden Treffen mit relevanten Akteuren aus dem Gesundheitsbereich haben bereits stattgefunden.

2.3 Vertiefungspaket «Versorgung 2030»

Das dritte Paket enthält Massnahmen, welche voraussichtlich grössere Eingriffe in das bestehende Versicherungssystem bedeuten und daher mehr Zeit für die Ausarbeitung und Umsetzung benötigen. Diese Massnahmen sollen in einem zweiten Schritt in Angriff genommen werden. Das Vertiefungspaket adressiert die Frage, wie die Gesundheitsversorgung bis 2030 weiterentwickelt werden soll. Im Zentrum stehen die Weiterentwicklung der koordinierten Versorgung (z. B. Managed Care, Gatekeeping), die Modernisierung und Flexibilisierung der Bedarfsplanung, die Klärung der Rolle der erweiterten OKP sowie die Schnittstellen zur Zusatzversicherung. Die einzelnen Elemente sollen nicht isoliert entschieden werden, sondern als konsistentes Gesamtmodell. Die Landesgesundheitskommission (LGK) wurde parallel beauftragt, das Thema «neue Versorgungsmodelle» zu bearbeiten.

2.4 Weitere Anpassungen und Hinweise

Die vorliegende Revision soll ausserdem dazu genutzt werden, kleinere gesetzliche Anpassungen vorzunehmen, die sich seit der letzten KVG-Revision als notwendig erwiesen haben. Betroffen sind die Themen Krankengeld und Prämienverbilligung.

Einleitend ist ausserdem auf den Vernehmlassungsbericht der Regierung vom 16. Dezember 2025 betreffend die Schaffung eines allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hinzuweisen. Neben der Schaffung eines neuen Rahmengesetzes erfolgt darin die Abänderung der betroffenen Einzelgesetze,

darunter auch des KVG. Der vorliegende Bericht und Antrag muss sich auf das zum Zeitpunkt der Erstellung geltende Recht stützen. Die Arbeiten an beiden Vorlagen müssen jedoch im weiteren Verlauf gut koordiniert werden.

3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE

3.1 Einführung Einheitliche Finanzierung

3.1.1 Grundsätzliche Überlegungen

Die aktuelle Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterscheidet zwischen ambulanten Behandlungen (etwa in Arztpraxen, bei Physio-, Psycho-, Ergo- oder Logotherapie oder im Spital ohne Übernachtung) und stationären Behandlungen (im Spital mit Übernachtung).

Ambulante Behandlungen werden vollständig über die Krankenkassen finanziert, während für den stationären Bereich das Land sogenannte Spitalbeiträge leistet. Bei den meisten, aber nicht bei allen Vertragsspitälern, trägt das Land 55% der Kosten der stationären Aufenthalte. Die restlichen 45% übernehmen die Krankenkassen. Die Patientinnen und Patienten beteiligen sich bei allen Behandlungsarten über einen festen Betrag und einen prozentualen Selbstbehalt an den Kosten.

Die unterschiedliche Finanzierung führt zu Fehlanreizen. Für die Kassen und die Versicherten sind die ambulanten Leistungen teurer als die stationären, weil sie 100% der ambulanten Leistungen bezahlen, aber nur 45% der stationären. Auch für Spitäler sind ambulante Behandlungen weniger attraktiv, da die stationäre Durchführung eines Eingriffs in der Regel besser entschädigt wird.

Ambulante Behandlungen liegen jedoch häufig im Interesse der Patientinnen und Patienten, etwa weil sie weniger belastend sein können und eine Behandlung zu Hause ermöglichen. Zudem sind sie gesamtwirtschaftlich oft günstiger. Eine

einheitliche Finanzierung (EFAS) hat zum Ziel, dass sowohl die ambulanten wie auch die stationären Leistungen zu gleichen Teilen vom Land und von den Prämienzahlenden bezahlt werden. Das soll zu einer Verschiebung von stationären hin zu mehr ambulanten Behandlungen beitragen. EFAS soll darüber hinaus Anreize zur Stärkung der koordinierten Versorgung setzen, um teurere Spitalaufenthalte zu vermeiden. Der Schweizer Bundesrat schätzt das jährliche Einsparvolumen durch EFAS auf CHF 440 Mio., das wären umgerechnet auf die Versicherten in Liechtenstein CHF 2 Mio., oder rund CHF 60 Prämienfranken im Jahr und pro Person. Die tatsächliche Wirkung hängt davon ab, wie gut es gelingt, vermeidbare stationäre durch ambulante Behandlungen zu ersetzen.

Aus diesen Überlegungen sollen in der Schweiz ab 2028 alle Leistungen nach demselben Verteilschlüssel finanziert werden – unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Die erforderliche Änderung des Schweizer Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (CH-KVG) bezüglich EFAS wurde in der Schweiz mit Volksabstimmung vom 24. November 2024 angenommen. Künftig sollen die Kantone demnach mindestens 26.9% der Kosten, die Krankenversicherer höchstens 73.1% der Kosten übernehmen.

Mit der vorliegenden KVG-Revision wird die Einführung von EFAS per 2028 auch in Liechtenstein vorgeschlagen. Die Umsetzung soll kostenneutral erfolgen. Das bedeutet, dass die Prämienzahlenden und der Staat vor der Umstellung und danach gleich viel bezahlen.

Die gesamte Kostenbasis zur Ermittlung der Finanzierungsanteile im Rahmen von EFAS ergibt sich aus den Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – also den Bruttoleistungen abzüglich der Kostenbeteiligung der Versicherten – zuzüglich der bisher vom Staat geleisteten Beiträge an die stationären Leistungen, welche bislang nicht im über die Kassen abgerechneten Kostenvolumen enthalten sind. Zu berücksichtigen sind weiter der Staatsbeitrag an die Kosten

der Kinder (90%) sowie die staatliche Übernahme des festen Betrages der Personen im ordentlichen Rentenalter[1].

Gestützt auf die Daten der Jahre 2024 und 2025 ergibt sich für Liechtenstein ein neuer Verteilschlüssel von rund 2/3 der Kosten zu Lasten der Krankenkassen und rund 1/3 zu Lasten des Landes.

Dieser kostenneutral festgelegte Verteilschlüssel soll vom Landtag zunächst für drei Jahre definiert werden. Gleichzeitig verpflichtet sich die Regierung nach einer Phase von drei Jahren dem Landtag regelmässig einen Bericht vorzulegen, ob sich der Verteilschlüssel bewährt hat. Auf dieser Basis kann ihn der Landtag neu festlegen bzw. gegebenenfalls anpassen.

Der allgemeine Staatsbeitrag an die übrigen (erwachsenen) Versicherten und die Spitalbeiträge gehen in der neuen, einheitlichen Finanzierung auf, ebenso die Übernahme von 90% der Kosten für die Behandlung der Kinder (rund CHF 9 Mio. p.a.), Der Staat leistet aber weiterhin die bestehenden, zur gezielten, sozialpolitisch gewollten Entlastung bestimmter Personengruppen vorgesehenen Beiträge. Dazu gehören die Übernahme des Einnahmenentfalls aufgrund der Befreiung von Rentnerinnen und Rentnern vom festen Betrag im Rahmen der Kostenbeteiligung (rund CHF 3 Mio. p.a.) und die Beiträge an einkommensschwache Versicherte zur individuellen Prämienverbilligung (rund CHF 15 Mio. p.a.).

Weiterhin möglich bleiben Beiträge an Leistungserbringer im Rahmen von Leistungsaufträgen, etwa die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen an das Landesspital im Rahmen der Globalkreditvereinbarung (rund CHF 10 Mio.).

Bezieht man sämtliche staatlichen Beiträge in die Betrachtung mit ein, so betragen die staatlichen Leistungen an das Gesundheitssystem insgesamt rund CHF 105

[1] Zum vorgeschlagenen Prozentsatz und zur Berechnung unter Berücksichtigung der Vernehmlassung sei auf den Abschnitt I.4.2.2 weiter unten verwiesen.

Mio. jährlich (Basis 2025). Somit beteiligt sich das Land mit über 40% an der Finanzierung der Krankenversicherung.

3.1.2 Pflegefinanzierung und EFAS

Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim sind in der Schweiz über die OKP anders finanziert als in Liechtenstein. Die Krankenkassen bezahlen dort fixe Beiträge pro Pflegestufe und pro Tag, die bundesrechtlich einheitlich geregelt sind (Art. 25a CH KVG und Art. 7a CH-KLV). Zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt ist eine Patientenbeteiligung (Eigenanteil) zu leisten, sodass Versicherte maximal 20% des höchsten OKP-Beitrags pro Tag tragen. Alle Kosten, die weder durch OKP noch durch den Patienten gedeckt sind, trägt der Wohnkanton oder die Wohngemeinde. In der Schweiz ist vorgesehen, die Pflegekosten in einer zweiten Stufe ab 2032 ebenfalls in die einheitliche Finanzierung einzubeziehen.

Liechtenstein kennt im Pflegebereich keine Kantons- oder Gemeindebeiträge innerhalb der OKP. Die öffentliche Hand trägt hierzulande den Grossteil der Gesamtkosten. Entsprechend fällt die finanzielle Belastung für Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner im Vergleich zur Schweiz insgesamt geringer aus. Die Kostenübernahme durch den Staat erfolgt über direkte Beiträge an Leistungserbringende und über Transferzahlungen an Betroffene (z. B. Betreuungs- und Pflegegeld, Hilflosenentschädigung). Letztere übernehmen ebenfalls einen Teil der Kosten, z. B. für die nicht-medizinische Unterstützung. Die Krankenkassen finanzieren ausschliesslich die medizinischen Leistungen, d.h. die Pflegeleistungen gemäss KVG. Im Rahmen der geltenden Pflegefinanzierung erübrigt sich in Liechtenstein daher eine zweite EFAS-Stufe.

3.1.3 Technische Abwicklung von EFAS

Das Amt für Gesundheit zahlt heute bereits regelmässig Staatsbeiträge an die Kassen aus (für Erwachsene, Kinder und Rentner) und führt den Risikoausgleich durch.

Diese bestehenden Abrechnungsvorgänge können für die technische Abwicklung von EFAS genutzt werden. Die Finanzflüsse sollen wie heute bei den OKP-Staatsbeiträgen erfolgen: Die Krankenkassen zahlen künftig sämtliche Rechnungen der Leistungserbringenden zu 100%. Die Prüfung der Rechnungen erfolgt durch die Kassen. Durch Akontozahlungen wird wie bisher die Liquidität der Kassen gewährleistet. Der unterjährige Zahlungsrhythmus ist in Absprache mit den Kassen noch festzulegen. Der Beitrag des Landes wird einmal jährlich, nach Vorliegen aller Daten, durch das Amt für Gesundheit definitiv abgerechnet.

Zum Vergleich: In der Schweiz erfolgt die Abwicklung der einheitlichen Finanzierung über die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG). Der kantonale Finanzierungsanteil ist bundesrechtlich auf mindestens 26.9% der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Kosten (nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten) festgelegt. Die Krankenversicherer vergüten die Leistungen vollständig an die Leistungserbringenden und übermitteln der GE KVG die Abrechnungsdaten zu den effektiv ausbezahlten Kosten. Auf dieser Grundlage ermittelt die GE KVG die geschuldeten kantonalen Zahlbeträge und erhebt diese Beiträge bei den Kantonen in kurzen, rollierenden Abrechnungsintervallen. Die vereinnahmten Mittel werden anschliessend durch die GE KVG an die Krankenversicherer weitergeleitet.

Aufgrund des bereits etablierten Abrechnungsprozesses beim Staatsbeitrag und wegen der fehlenden kantonalen Ebene gestaltet sich die Umsetzung von EFAS in Liechtenstein deutlich einfacher.

3.1.4 Angebotssteuerung im Rahmen von EFAS

In der Schweiz können die Kantone bereits vor Einführung von EFAS die Zulassung von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten steuern. Aufgrund der Mitfinanzierung der Leistungen können sie neu auch für alle übrigen ambulanten

Leistungserbringer vorsehen, dass in einer bestimmten Kategorie von Leistungserbringern keine neuen Zulassungen möglich sind, wenn die Kostenzunahme oder das Kostenniveau in einem Kanton in dieser Kategorie überdurchschnittlich ist.

In Liechtenstein gibt es angebotsseitig das Instrument der Bedarfsplanung – derzeit in Kraft bei Ärztinnen und Ärzten, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, sowie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die zusätzliche Steuerung in Form eines Zulassungsstopps wurde auch für Liechtenstein erwogen. Bei näherer Betrachtung würde dies vor allem die Komplexität des Systems erhöhen und gleichzeitig keine massgebenden kostendämpfenden Effekte erwarten lassen. Aus diesem Grund wurde der Ansatz zum jetzigen Zeitpunkt nicht weiterverfolgt. Im Zusammenhang mit dem geplanten Vertiefungspaket, das unter anderem auch eine grundsätzliche Überarbeitung der Bedarfsplanung zum Ziel hat, soll die Idee des Zulassungsstopps in die Überlegungen aufgenommen werden.

3.2 Verfeinerung Risikoausgleich

Der Risikoausgleich sorgt für einen fairen Wettbewerb zwischen Krankenversicherern, indem Krankenkassen mit vergleichsweise vielen Versicherten mit tiefem Krankheitsrisiko Ausgleichszahlungen an Krankenkassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Versicherten mit erhöhtem Krankheits- und Kostenrisiko leisten. Dadurch soll der Anreiz vermindert werden, sich durch die gezielte Auswahl guter Risiken oder die Vermeidung schlechter Risiken Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Die einzelne Krankenkasse soll nicht aufgrund einer ungünstigen Versichertenstruktur benachteiligt werden, sondern sich auf die Qualität und Effizienz ihrer Leistungen konzentrieren können.

Gerade weil in Liechtenstein lediglich drei Krankenkassen tätig sind, kommt dem Risikoausgleich eine zentrale Bedeutung zu. Er ist ein wesentliches Instrument, um sicherzustellen, dass Unterschiede in der Risikostruktur der Versichertenbestände

nicht zu dauerhaften Wettbewerbsvorteilen oder -nachteilen der einzelnen Krankenkassen führen.

Der geltende Risikoausgleich in Liechtenstein ist administrativ bewusst einfach ausgestaltet. Als Risikomerkmale werden gemäss Art. 3a KVG derzeit ausschliesslich das Alter und das Geschlecht der Versicherten berücksichtigt. Diese Ausgestaltung trug in der Vergangenheit zu einer pragmatischen und leicht umsetzbaren Lösung bei. Alter und Geschlecht bilden Unterschiede im Krankheitsrisiko der Versicherten jedoch nur teilweise ab. Insbesondere können sich Versicherte gleichen Alters und Geschlechts hinsichtlich ihres Gesundheitszustands und ihres zu erwartenden Leistungsbedarfs erheblich unterscheiden.

Die Entwicklung der Prämien und des Risikoausgleichs in den vergangenen Jahren verdeutlicht die finanzielle Bedeutung unterschiedlicher Versichertenstrukturen. Die mittleren Prämien der drei Krankenkassen haben sich unterschiedlich entwickelt, gleichzeitig hat das Volumen des Risikoausgleichs deutlich zugenommen. Aus der Entwicklung der Prämien allein lässt sich allerdings nicht ableiten, in welchem Umfang diese Unterschiede auf die Risikostruktur der Versichertenbestände zurückzuführen sind. Die Prämienhöhe wird neben der Risikostruktur auch durch weitere Faktoren beeinflusst.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, den bislang ausschliesslich auf Alter und Geschlecht abgestützten Risikoausgleich um stärker morbiditätsbezogene Indikatoren zu ergänzen. Diese sollen zusätzliche Informationen über das Krankheitsrisiko der Versicherten liefern und damit eine differenziertere Abbildung der Risikostrukturen ermöglichen. Ein Blick auf den Risikoausgleich in der Schweiz zeigt, dass dort vergleichbare Fragestellungen durch eine schrittweise Erweiterung der berücksichtigten Risikofaktoren adressiert wurden.

Diese zusätzlichen Faktoren sollen nicht lediglich tatsächliche Kostenunterschiede widerspiegeln, sondern als Indikatoren für die Morbidität dienen. Ab dem Ausgleichsjahr 2012 wurde hierzu zunächst der Faktor Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr von mindestens drei aufeinanderfolgenden Nächten zusätzlich aufgenommen. Für die Ausgleichsjahre 2017 bis 2019 wurden als weiterer Indikator die Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt. Mit diesem Faktor konnten Versicherte mit Arzneimittelkosten oberhalb eines festgelegten Schwellenwerts als erhöhtes Risiko berücksichtigt werden. Zweck war es, auch kostenintensive Versicherte zu erfassen, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen.

Die Entwicklung in der Schweiz ist seither weitergegangen. Seit dem Ausgleichsjahr 2020 werden anstelle des Indikators der Arzneimittelkosten pharmazeutische Kostengruppen (PCG) berücksichtigt. Eine PCG umfasst Arzneimittel mit bestimmten Wirkstoffen, die zur Behandlung bestimmter kostenintensiver Erkrankungen eingesetzt werden. Dieser Morbiditätsindikator ermöglicht insbesondere eine differenziertere Abbildung chronischer Erkrankungen im ambulanten Bereich.

Es wird vorgeschlagen, den Risikoausgleich zwischen den liechtensteinischen Kassen ab dem Jahr 2028, um die Indikatoren Spitalaufenthalt im Vorjahr und Arzneimittelkosten im Vorjahr zu ergänzen. Die zeitgleiche Einführung mit der einheitlichen Finanzierung erscheint auch deshalb sachgerecht, weil sich dadurch die Rahmenbedingungen des bisherigen Ausgleichssystems verändern. Der bisherige hochkostenabhängige Staatsbeitrag wird durch einen allgemeinen prozentualen Beitrag des Staates an die massgebenden Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ersetzt.

Auf die Berücksichtigung pharmazeutischer Kostengruppen soll aufgrund des vergleichsweise kleinen Versichertenbestands und zur administrativen Vereinfachung vorläufig verzichtet werden. Damit wird bewusst eine gegenüber dem

heutigen schweizerischen Modell vereinfachte Lösung gewählt. Die konkreten Voraussetzungen der zusätzlichen Indikatoren, insbesondere die erforderliche Dauer eines Spitalaufenthalts und der massgebende Schwellenwert bei den Arzneimittelkosten, sollen auf Verordnungsebene festgelegt werden.

3.3 Weiterentwicklung Berufe

3.3.1 Hintergrund

Der demografische Wandel, der zunehmende Fachkräftemangel und die steigende Zahl chronisch und mehrfach erkrankter Menschen führen dazu, dass die Gesundheitsversorgung künftig anders organisiert werden muss. Die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und zugleich finanzierbare Grundversorgung nehmen zu, während ärztliche Ressourcen knapper werden. Vor diesem Hintergrund gewinnen andere Gesundheitsberufe mit erweiterten Kompetenzen, insbesondere Advanced Practice Nurses (APN) sowie Apothekerinnen und Apotheker, an Bedeutung. Sie übernehmen Aufgaben, die bislang überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen wurden, und tragen damit zur Entlastung der medizinischen Grundversorgung bei.

Die Landesgesundheitskommission hat sich im Auftrag der Regierung vertieft mit der Weiterentwicklung ausgewählter Gesundheitsberufe befasst. Dabei hat sie die mögliche Rolle insbesondere der APN sowie der Apothekerinnen und Apotheker mit erweitertem Kompetenzbereich analysiert. Die Ergebnisse wurden der Regierung in einem Bericht mit konkreten Empfehlungen vorgelegt. Parallel werden in der Schweiz im Rahmen des sogenannten «Kostendämpfungspakets 2» Anpassungen bei den Befugnissen von Apotheken und Hebammen umgesetzt.[2]

[2] Am 21. März 2025 haben die eidgenössischen Räte das Kostendämpfungspaket 2 verabschiedet. Die Massnahmen tragen dazu bei, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf das medizinisch begründbare Mass einzudämmen. (KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2).

Auf diesen Grundlagen werden nachfolgend die erforderlichen gesetzlichen und weiteren Anpassungen begründet.

Die stärkere Einbindung dieser Berufsgruppen ermöglicht eine bessere Nutzung der vorhandenen Qualifikationen im Gesundheitswesen. In den vergangenen Jahren wurden viele Ausbildungswege akademisiert, ohne die Entscheidungskompetenzen im gleichen Mass anzupassen.

Die Weiterentwicklung der Berufsprofile von APN und Apothekerinnen bzw. Apothekern trägt dazu bei, dass Ausbildung, Verantwortung und tatsächliche Tätigkeit besser zusammenpassen. Gleichzeitig fördert sie die interprofessionelle Zusammenarbeit, reduziert Doppelspurigkeiten und verbessert die Koordination entlang der Versorgungskette.

Unabhängig von den Arbeiten der Landesgesundheitskommission ist festzuhalten, dass auch Hebammen einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Grundversorgung leisten können. Sie verfügen über spezifische Kompetenzen in der Betreuung von Frauen und Familien, insbesondere während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und in der frühen Prävention. Daher könnten sie verstärkt eigenständige Beratungs- und Betreuungsleistungen erbringen und interprofessionell in die ambulante Versorgung eingebunden werden. In der Schweiz werden die entsprechenden rechtlichen Grundlagen derzeit weiterentwickelt, weshalb es angezeigt erscheint, diese Entwicklungen zu beobachten und eine Übernahme geeigneter Regelungen für Liechtenstein zu prüfen. Die geltenden gesetzlichen Vorgaben bieten hierfür bereits gute Voraussetzungen. Gegebenenfalls wären Verordnungsanpassungen erforderlich.

3.3.2 Rechtliche Verankerung der erweiterten Kompetenzen

Ausbildung und Kompetenzen, etwa in der Pflege und bei den Apothekerinnen und Apothekern, haben sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt, ohne

dass diese Entwicklung im geltenden Recht ausreichend abgebildet wäre. Auf Gesetzesebene braucht es eine klare rechtliche Verankerung neuer und erweiterter Berufsrollen. So ist das Berufsbild der APN als eigenständiger Gesundheitsberuf mit erweitertem Tätigkeitsbereich im Gesundheitsgesetz zu verankern. Gleichzeitig soll die bestehende Berufsumschreibung der Pflegefachperson modernisiert werden, um dem heutigen breiten Tätigkeits- und Kompetenzprofil der Pflege besser Rechnung zu tragen.

Ebenso ist der Tätigkeitsbereich der Apothekerinnen und Apotheker gesetzlich zu erweitern, damit präventive Leistungen, strukturierte Beratungen und beispielsweise Impfungen ausdrücklich zulässig sind.

Bezüglich des Impfens in Apotheken hat die Landesgesundheitskommission konkrete Details ausgearbeitet, die auf Verordnungsebene bzw. durch Vorgaben der Aufsichtsbehörde verankert werden sollen: Vorgesehen ist ein niederschwelliges Angebot für Personen ab 16 Jahren, beschränkt auf ausgewählte, häufige und risikoarme Impfungen wie Grippe, Covid-19 und FSME sowie Hepatitis-Impfungen nur als Folgeimpfungen. Impfungen dürfen ausschliesslich durch qualifizierte Apothekerinnen und Apotheker mit entsprechender Weiterbildung und gültigem Notfallzertifikat erfolgen und nur in Apotheken, die geeignete Räumlichkeiten, Notfallausrüstung und eine lückenlose Dokumentation gewährleisten. Anstelle einer Bewilligungs- wird eine Meldepflicht beim Amt für Gesundheit empfohlen. Zentral ist, dass sowohl Impfstoff als auch Impfdienstleistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, auch ohne ärztliche Anordnung, damit das Angebot wirksam zur Prävention beiträgt und eine Entlastungswirkung entfaltet.

3.3.3 Vergütung der Leistungen von APN

APN gelten international als wichtiger Bestandteil einer zukunftsorientierten, qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Grundversorgung und bei der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. In Liechtenstein sind sie bislang vereinzelt innerhalb von Institutionen, vor allem im stationären Bereich tätig.

Die Landesgesundheitskommission empfiehlt, auch den Einsatz im ambulanten Setting gezielt zu fördern. Hinsichtlich der Vergütung ist jedoch festzustellen, dass die Leistungen von APN derzeit nicht eigenständig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können. Im geltenden Krankenversicherungsgesetz bestehen strukturelle Hürden für die sachgerechte Vergütung ihrer Leistungen.

Zentraler Problempunkt ist, dass APN im KVG bislang nicht als eigenständige Leistungserbringer anerkannt sind. Pflegeleistungen werden zwar von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, jedoch überwiegend nur in klar begrenzten, verordnungs- oder delegationsgebundenen Formen. Die erweiterten klinischen Leistungen von APN sind weder im Leistungskatalog noch in den geltenden Tarifstrukturen explizit abgebildet. Dadurch fehlt eine Grundlage für eine transparente, eigenständige und leistungsgerechte Abrechnung zu Lasten der OKP.

Hinzu kommt, dass die bestehenden Tarifsysteme (insbesondere TARDOC und ambulante Pauschalen) ärztlich geprägt sind und keine spezifischen Tarifpositionen für APN-Leistungen enthalten. Leistungen von APN können daher nur indirekt über ärztliche Abrechnungen geltend gemacht werden, was zu Intransparenz und Fehlanreizen führt. Eigenständige, pflegegeleitete Versorgungsmodelle werden dadurch erschwert.

Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative (2. Etappe) hat der Schweizer Bundesrat wichtige berufsrechtliche Grundlagen für APN in die Vernehmlassung gebracht, insbesondere die gesetzliche Definition des Berufsbilds und der Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Die Frage der Vergütung und Tarifierung von APN-Leistungen ist jedoch nicht Gegenstand dieser Etappe und bleibt vorerst offen.

Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, bis Mitte 2028 eine konkrete Einbettung von APN-Leistungen in das KVG zu unterbreiten. Eine abschliessende politische Entscheidung steht aber noch aus.

Für Liechtenstein ergeben sich aufgrund der engen Anbindung an das schweizerische Krankenversicherungssystem vergleichbare Fragestellungen. Die Landesgesundheitskommission empfiehlt daher, mittelfristig ebenfalls eine gesetzliche Grundlage für die Vergütung von APN-Leistungen zu schaffen. Allerdings erscheint es sachgerecht, die Ergebnisse der laufenden Arbeiten in der Schweiz abzuwarten und bis dahin auf befristete Pilotprojekte und vertragliche Lösungen zurückzugreifen, um Erfahrungen mit dem Einsatz und der Vergütung von APN zu sammeln, ohne dem schweizerischen System vorzugreifen.

3.4 Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate

Vorbild der vorgeschlagenen Massnahme ist die in der Schweiz per Anfang 2024 umgesetzte Anpassung der Kostenbeteiligung bei Arzneimitteln. Ziel dieser Reform ist es, finanzielle Fehlanreize beim Bezug teurer Originalpräparate zu reduzieren und den Einsatz kostengünstiger, wirkstoffgleicher Alternativen zu fördern. Konkret wurde der Selbstbehalt für Arzneimittel angepasst: Während der ordentliche Selbstbehalt grundsätzlich 10% beträgt, wurde der erhöhte Selbstbehalt für bestimmte zu teure Arzneimittel per Anfang 2024 von 20% auf 40% erhöht. Diese

Regelung soll in Liechtenstein ebenfalls eingeführt werden und dabei sowohl für Generika wie auch für Biosimilars gelten.

Generika sind Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff und der gleichen Wirkung wie ein Originalpräparat, das keinen Patentschutz mehr hat. Sie sind therapeutisch gleichwertig, meist aber deutlich günstiger. Biosimilars sind Nachfolgeprodukte von biologischen Arzneimitteln. Sie sind dem Original hochgradig ähnlich und gleich wirksam und sicher, jedoch wegen der komplexen Herstellung nicht vollständig identisch. Auch sie sind in der Regel kostengünstiger als die Originalpräparate.

Mit der Übernahme des differenzierten Selbstbehalts werden mehrere Ziele verfolgt. Einerseits soll die Durchdringung von Generika und Biosimilars weiter erhöht werden, indem Versicherte einen klaren finanziellen Anreiz erhalten, kostengünstigere, therapeutisch gleichwertige Arzneimittel zu wählen. Andererseits wird damit auch die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt, da sie bewusster zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen entscheiden müssen. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass solche Steuerungsinstrumente einen wirksamen Beitrag zur Dämpfung des Kostenwachstums im Arzneimittelbereich leisten können, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Zur Umsetzung sind mehrere aufeinander abgestimmte Massnahmen vorgesehen. Erstens soll der erhöhte Selbstbehalt von 40% für definierte Originalpräparate sowie Referenzpräparate eingeführt werden. Liechtenstein stützt sich bei der Umsetzung auf die bisher schon geltende Schweizer Spezialitätenliste (SL). In dieser Liste wird ausgewiesen, bei welchen Originalpräparaten bzw. Referenzpräparaten im Vergleich zu austauschbaren Alternativen ein erhöhter Kostenunterschied besteht und damit der höhere Selbstbehalt anzuwenden ist. Die Preise der in der SL enthaltenen Arzneimittel werden in der Schweiz regelmässig überprüft und angepasst, insbesondere im Rahmen von periodischen Preisüberprüfungen. Durch die

Übernahme dieser Systematik stellt Liechtenstein sicher, dass die Regelung auf einer aktuellen, transparenten und bewährten Grundlage basiert und Preisentwicklungen sowie Markteintritte von Generika und Biosimilars zeitnah berücksichtigt werden.

Diese Erhöhung soll mit einer Anhebung des faktischen Höchstbetrags für den Selbstbehalt verknüpft werden, indem die bisherige Obergrenze von CHF 900 überschritten werden kann, soweit dies auf den erhöhten Selbstbehalt zurückzuführen ist. Damit wird sichergestellt, dass der Lenkungseffekt des differenzierten Selbstbehalts nicht durch eine zu früh greifende Deckelung abgeschwächt wird.

Um die Wirkung zu verstärken, soll eine in der Schweiz am sogenannten «Runden Tisch» beschlossene Massnahme zur Förderung der Wirkstoffverschreibung übernommen werden. Die Liechtensteinische Ärztekammer soll sich dabei verpflichten, ihren Mitgliedern für die Erstabgabe von Arzneimitteln grundsätzlich die Verschreibung nach Wirkstoff zu empfehlen. Dadurch wird die Wahl eines Generikums oder Biosimilars erleichtert und bereits auf Verschreibungsebene ein Beitrag zur Kostendämpfung geleistet, ohne in die Therapiefreiheit einzugreifen.

Wie in der Schweiz gilt auch im Fürstentum Liechtenstein, dass Arzneimittel grundsätzlich durch therapeutisch gleichwertige Generika beziehungsweise Referenzpräparate durch Biosimilars substituiert werden sollen. In begründeten Ausnahmefällen ist eine Substitution jedoch nicht möglich oder nicht angezeigt. Bestehen nachweisbare medizinische Gründe, die aus Sicht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beziehungsweise der Apothekerin oder des Apothekers ausdrücklich die Abgabe eines Präparates mit erhöhtem Selbstbehalt erfordern, darf für die versicherte Person kein erhöhter Selbstbehalt resultieren. In solchen Fällen ist sicherzustellen, dass auf die Substitution verzichtet wird und die Abrechnung so erfolgt, dass lediglich der ordentliche Selbstbehalt zur Anwendung gelangt. Gleiches gilt bei eingeschränkter Lieferbarkeit. Ist ein Arzneimittel mit

regulärem Selbstbehalt aufgrund von Lieferschwierigkeiten nicht verfügbar, kann ersatzweise ein teureres Präparat abgegeben werden, ohne dass für die versicherte Person ein erhöhter Selbstbehalt anfällt. In allen Fällen sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Grund für den Verzicht auf eine Substitution nachvollziehbar zu dokumentieren.

Des Weiteren wird im Rahmen der engen Anbindung an das schweizerische System auch der sogenannte Vertriebsanteil bei Arzneimitteln automatisch übernommen. Da Liechtenstein die Spezialitätenliste (SL) der Schweiz anwendet, gilt für wirkstoffgleiche Medikamente auch hierzulande derselbe Vertriebsanteil. Dadurch werden Verzerrungen zwischen einzelnen Präparaten vermieden und faire Rahmenbedingungen für Apotheken und Ärzteschaft geschaffen.

Für die konkrete Umsetzung ist insbesondere die Änderung der Krankenversicherungsverordnung erforderlich, indem die Regelung zum differenzierten Selbstbehalt analog zu Art. 38a der schweizerischen Krankenpflege-Leistungsverordnung übernommen wird.

Die potenzielle Wirkung der Massnahme ist erheblich. Auf Basis der Mengen von 2024 hätte ein Selbstbehalt von 40% für die betroffenen Originalpräparate in Liechtenstein Mehrerträge oder Kosteneinsparungen von über CHF 600’000 ausgelöst. Entweder hätten die Versicherten diesen Betrag in Form höherer Selbstbehalte getragen, oder sie wären vermehrt auf Generika oder Biosimilars ausgewichen, sodass die Mehrkosten gar nicht erst entstanden wären. In diesem Fall wäre der Betrag von rund CHF 600’000 über tiefere Margen bei den abgebenden Stellen – insbesondere Apotheken und Ärzteschaft – ausgeglichen worden. In beiden Szenarien entfaltet die Massnahme eine klare Lenkungswirkung zugunsten kostengünstiger Arzneimittel und leistet damit einen wirksamen Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheitskosten.

3.5 Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung

Heute können Versicherte unter gewissen Umständen von der Kostenbeteiligung befreit werden. Die Indikationen, die zu einer Befreiung führen, sind im Anhang 5 der KVV aufgelistet.

Im Jahr 2023 waren insgesamt 1’960 Erwachsene aufgrund unterschiedlicher Indikationen von der obligatorischen Kostenbeteiligung befreit. Die dadurch entgangene Kostenbeteiligung ist gleichbedeutend mit einem Einnahmenausfall von rund CHF 1.75 Mio. Dieser besondere Befreiungstatbestand wird rechnerisch mit rund CHF 4.5 pro prämienzahlender Person und Monat quersubventioniert.

Die ursprüngliche Konzeption des Begriffs «chronisch krank» umfasst ganz unterschiedlich ausgeprägte und verlaufende Krankheitszustände. Für die Anwendung der Ausnahme von der Kostenbeteiligung wurde der Begriff jedoch viel enger gefasst: Gemeint sind Personen, die über längere Zeit hinweg in kurzen Abständen dauerhaft medizinischer Betreuung bedürfen, unabhängig davon, ob eine klar definierte chronische Krankheit oder mehrere, sich summierende Leiden vorliegen. Daher erscheint es sachgerecht, eine Reduktion oder Befreiung von der Kostenbeteiligung nicht auf einzelne Krankheiten, sondern auf sämtliche Behandlungen dieser Personen zu beziehen.

Die Leistungskommission ist nun schon seit Langem mit der Umsetzung der bestehenden Regelung zur Befreiung chronisch kranker Personen von der Kostenbeteiligung befasst. Dabei wurden wesentliche systemische und praktische Mängel festgestellt. In der Praxis zeigte sich, dass es nahezu unmöglich ist, für die Aufnahme von Befreiungstatbeständen objektive und konsistente Kriterien zu entwickeln. Dies führt dazu, dass Entscheidungen fallbezogen erfolgen müssen, was in der Praxis zu erheblichen Ungleichbehandlungen führen kann.

Chronische Erkrankungen weisen individuell sehr unterschiedliche Schweregrade und Kostenfolgen auf. Dies trifft z.B. auf das Guillain-Barre-Syndrom zu. Die möglichen Auswirkungen dieser Nervenerkrankung reichen von vorübergehenden Sensibilitätsstörungen und leichter Muskelschwäche bis zu Atemproblemen und schweren Lähmungen mit langfristigem Rehabilitationsbedarf. Eine allgemeine Befreiung knüpft daher nicht verlässlich an den tatsächlichen medizinischen oder finanziellen Bedarf an. Bestimmte Diagnosen können zudem zu einer deutlichen Ausweitung anspruchsberechtigter Personengruppen führen, was die Zahl der Befreiungen stetig anwachsen liess und die Erträge aus Kostenbeteiligungen nachhaltig mindert. So wurde die Leistungskommission bereits einmal wegen der möglichen Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Hypertonie (Bluthochdruck) angefragt. Laut Gesundheitsbefragung 2022 haben 37% der liechtensteinischen Bevölkerung eine chronische Krankheit oder ein andauerndes gesundheitliches Problem. Zu den häufigsten Leiden zählen Herz- und Kreislaufkrankheiten. So wurde bei fast jeder dritten Person Bluthochdruck diagnostiziert.[3] Eine Befreiung einer solchen Erkrankungen würde das Prinzip der Selbstbeteiligung erheblich aushöhlen.

Problematisch ist zudem, dass einmal gewährte Befreiungen dauerhaft gelten und sich auf sämtliche medizinische Behandlungen einer betroffenen Person erstrecken, unabhängig davon, ob sie im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung stehen. Chronische Krankheiten sind heute vermehrt behandelbar und können vollständig oder teilweise zurückgehen. Der Begriff «chronisch» beschreibt die Dauer, nicht die Heilbarkeit einer Krankheit. Personen, die von einer ursprünglich als chronisch eingestuften Erkrankung genesen sind oder eine Besserung erfuhren, unterliegen weiterhin der Befreiung von der Kostenbeteiligung für sämtliche Krankheitskosten. Dies widerspricht dem Grundprinzip der Selbstbeteiligung

[3] Ergebnisse der Liechtensteinischen Gesundheitsbefragung 2022 veröffentlicht am 29.11.2024, siehe https://www.statistikportal.li/de/themen/gesundheit/gesundheitszustand

im solidarisch ausgestalteten Krankenversicherungssystem, wonach die Versicherten sich in angemessener Weise an den Kosten beteiligen. Beispielsweise sind alle Tumorerkrankungen auf der Liste der befreiten Diagnosen aufgeführt. Gleichzeitig sind heute viele Krebsarten heilbar, so etwa bestimmte Leukämien und Lymphome oder früh erkannter Hoden-, Brust- oder Hautkrebs, die allesamt hohe Heilungsraten aufweisen. Auch Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen), die unter der Voraussetzung «in Psychotherapie», auf der Liste enthalten sind, können überwunden werden, und rechtfertigen daher pauschal keine lebenslange Befreiung von der Kostenbeteiligung.

Zu betonen ist, dass die gesetzliche Kostenbeteiligung pro Jahr unabhängig von den tatsächlichen Kosten maximal CHF 1'400 betragen kann, für Personen im Rentenalter maximal CHF 500. Auch bei sehr hohen Kosten aufgrund einer chronischen Erkrankung, bleibt die Eigenbeteiligung somit begrenzt. Die darüber hinaus gehenden Beträge werden solidarisch vom Versichertenkollektiv getragen.

In der öffentlichen Diskussion wird der soziale Aspekt dieser Massnahme stark betont. Aus verteilungspolitischer Sicht erweist sich die Befreiungsregelung als wenig zielgenau, da sie unabhängig vom Einkommen gewährt wird. Einkommensschwächere Personen werden bereits heute über bestehende Instrumente wie Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligung entlastet. Bei Personen mit Anspruch auf Prämienverbilligung wird seit dem Jahr 2017 neben der Durchschnittsprämie auch die Kostenbeteiligung bei der Prämienverbilligung angerechnet. Je nach Einkommensstufe werden bis zu 70% der entrichteten Kostenbeteiligung subventioniert.

Die Leistungskommission hat sich wiederholt für die Abschaffung der Befreiungsbestimmung ausgesprochen. Damit würden für alle Leistungsbeziehenden grundsätzlich dieselben Regeln zur Kostenbeteiligung gelten. Personen, die dadurch aufgrund ihrer Einkommenssituation stärker belastet werden, können über die

Prämienverbilligung gezielt unterstützt werden. Mit der Gesetzesanpassung folgt die Regierung dem Vorschlag, die Kostenbeteiligung bei Chronischkranken an die allgemein geltenden Regeln anzugleichen.

3.6 Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene

Die aus Vertreterinnen und Vertretern der Behörden, der Ärzteschaft, des Krankenkassenverbandes und weiterer Leistungserbringergruppen zusammengesetzte Leistungskommission wurde von der Regierung eingesetzt, um die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von OKP-Leistungen zu beurteilen. Sie spricht Empfehlungen zu Handen der Regierung aus, ob bestimmte Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind oder nicht.

Neben der Beurteilung von Anträgen verschiedener Stakeholder zur Übernahme oder Streichung von OKP-Leistungen hat sich die Leistungskommission in den letzten Jahren insbesondere damit befasst, den Leistungskatalog Liechtensteins möglichst systematisch an jenen der Schweiz anzupassen. Dies ist aus Versorgungs-, Kosten- und Effizienzgründen sinnvoll. Wichtige Empfehlungen, die der Regierung von der Leistungskommission vorgelegt wurden, waren etwa die Einführung und laufende Pflege der «Co-Marketing-Regelung» sowie die Einführung der Bestimmungen zu «ambulant vor stationär» in Liechtenstein.

Die Leistungskommission besteht in einer informellen Variante seit Inkrafttreten der KVV im Jahr 2000, wobei ihre heutige, formelle Rechtsgrundlage seit 2006 in Art. 46 KVV formal verankert ist. Aus rechtssystematischen Überlegungen soll die Leistungskommission zukünftig auf Gesetzesebene verankert werden.

3.7 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens

Das Wirtschaftlichkeitsverfahren ist ein zentrales Instrument zur Sicherstellung, dass Leistungen zulasten der OKP nach den Kriterien der Wirksamkeit,

Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden. In der praktischen Anwendung haben sich jedoch wiederholt Abgrenzungs- und Vollzugsfragen gezeigt, namentlich hinsichtlich der statistischen Datengrundlage, der Transparenz der herangezogenen Vergleichsgruppen, der Nachvollziehbarkeit von Toleranzmargen sowie der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten. Diese Unklarheiten erschweren Rückforderungen und führen zu Rechtsunsicherheit. Mit der Weiterentwicklung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens sollen bestehende Stolpersteine beseitigt und rechtssichere und praktikable Regeln geschaffen werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung soll auf einer verdichteten und überprüfbaren Datengrundlage beruhen, die eine differenzierte Einordnung von Kostenauffälligkeiten ermöglicht. Statistische Auffälligkeiten sollen zwar einen strukturierten Anlass für eine vertiefte Prüfung darstellen, jedoch keinen rein schematischen Automatismus auslösen. Vielmehr soll das Verfahren sicherstellen, dass Leistungserbringende ihre Mehrkosten sachgerecht begründen und – soweit anerkannt – mit Praxisbesonderheiten entkräften können.

Die Prüflogik (Toleranzmarge, Rückforderungsberechnung, anerkannte Praxisbesonderheiten und Mitwirkungspflichten) soll durch die Regierung spezifiziert werden. Dadurch können die statistische Methodik und die praktischen Parameter der Prüfung auf einer normativ klaren Grundlage festgelegt und zugleich an neue fachliche oder statistische Entwicklungen angepasst werden.

3.8 Kostenziele

Während Liechtenstein bereits seit über 20 Jahren Kostenziele in der OKP kennt, wurden diese in der Schweiz erst auf Anfang 2026 eingeführt. Die Schweiz hat darüber abgestimmt, ob eine automatische Orientierung der Kosten an der volkswirtschaftlichen Entwicklung erfolgen soll oder Vierjahres-Kostenziele vorgegeben werden. Der Entscheid fiel zugunsten von Letzterem aus.

Die ersten Kostenziele werden für die Jahre 2028 bis 2031 gelten und müssen spätestens Ende 2026 durch den Bundesrat festgelegt werden. Für die Erarbeitung und Festlegung der Kostenziele wird in der Schweiz ein Konzept erarbeitet. Dieses soll die wissenschaftliche Herleitung der berücksichtigten Einflussfaktoren, die Datenquellen, das Modell zur Berechnung der Kostenziele, den Prozess zu deren Festlegung unter Einbezug relevanter Akteure sowie das Monitoring der Ziele umfassen.

In der praktischen Erfahrung haben die Kostenziele in Liechtenstein bislang keine klar belegbare Wirkung gezeigt. Die Umsetzung erweist sich für alle Beteiligten – Amt wie Leistungserbringer und Kassenverband – als administrativ aufwändig.

Gleichzeitig hat die Regierung seit Bestehen der Regelung noch kein einziges Mal von den vorgesehenen Sanktionsmechanismen Gebrauch gemacht. Werden die Kostenziele überschritten, müssen der Kassenverband und die Leistungserbringer dies zunächst begründen. Gestützt darauf entscheidet die Regierung über eine künftige Senkung des Tarifes für die betreffende Kategorie oder Fachrichtung von Leistungserbringern. Wenn nur einzelne Leistungserbringer die Kostenziele nicht eingehalten haben, leitet die Regierung ein Wirtschaftlichkeitsverfahren durch den Kassenverband zur Rückforderung der zu Unrecht bezahlten Vergütungen ein. Beide Massnahmen sind, trotz erfolgter Überschreitung von Kostenzielen, noch nie ergriffen worden.

Angesichts des hohen administrativen Aufwands und der nicht nachweisbaren Wirkung darf durchaus über eine Abschaffung der Kostenziele nachgedacht werden. Die Regierung nimmt jedoch davon Abstand. Die Kostenziele sollen beibehalten, vereinfacht und griffiger ausgestaltet werden.

Ein wesentlicher Punkt in den Begründungen von Leistungserbringern ergibt sich regelmässig aus der Jahresbetrachtung. Vielfach stehen

Abrechnungsverzögerungen einer klaren Interpretation entgegen. Ähnliche Verzerrungen gibt es bei kleinen Gruppen von Leistungserbringenden beim Aus- oder Eintritt von Mitgliedern.

Als zentrale Massnahme sollen die Kostenziele daher auf Vierjahres-Ziele angepasst werden. Insgesamt sollen die Prozesse in Liechtenstein und in der Schweiz aufeinander abgestimmt werden. Hierzu kann auf Erkenntnisse der neu eingeführten Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) zurückgegriffen werden. In Liechtenstein soll für die Begleitung der Kostenziele und die Beratung der Regierung bei deren Festlegung und Überprüfung künftig eine fachliche Kosten- und Qualitätskommission zuständig sein. Diese wird mit Expertinnen und Experten besetzt und knüpft an ein Gefäss an, das in Liechtenstein bereits früher bekannt war. Die Durchführungsbestimmungen in der Verordnung über die Kostenziele und die Qualitätssicherung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KQV, LGBl. 2007 Nr. 123) sind anschliessend zu prüfen und anzupassen.

3.9 Daten der Versicherten

Entscheidungen jeder und jedes Einzelnen im Rahmen der Wahlfreiheit über Behandlungen und Medikamente haben einen wichtigen Einfluss auf die Kosten.

Die gezielte Information der Versicherten, etwa über Kostenunterschiede bei Behandlungen, alternative Versorgungsformen oder koordinierte Versorgungsmodelle, stärkt die Transparenz im Gesundheitssystem und ermöglicht es den Versicherten, informierte Entscheidungen im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Wahlfreiheit zu treffen. Dies kann zu einer effizienteren Inanspruchnahme von Leistungen beitragen, ohne den Leistungsanspruch oder den solidarischen Charakter der Krankenversicherung einzuschränken.

Zudem können solche Informationen dazu beitragen, Mengenausweitungen und ineffiziente Inanspruchnahmen von Leistungen zu reduzieren. Information und Sensibilisierung stellen ein wichtiges ergänzendes Instrument der Kostendämpfung dar, ohne den Leistungsanspruch einzuschränken.

Vor dem Hintergrund des anhaltenden Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen erachtet die Regierung eine klar geregelte Verarbeitung von Versichertendaten zum Zweck der sachlichen Information der Versicherten auch im Fürstentum Liechtenstein als zweckmässig.

Dabei ist von hoher Bedeutung, dass die Regelung verhältnismässig ausgestaltet wird und dem Schutz der Persönlichkeitsrechte hohe Priorität zukommt. Die Verarbeitung von Versichertendaten muss sich strikt auf den Informationszweck beschränken, dem Grundsatz der Datenminimierung entsprechen und mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben vereinbar sein. Eine Nutzung der Daten zu Marketing-, Selektions- oder Tarifzwecken ist auszuschliessen.

Zudem ist sicherzustellen, dass die Information der Versicherten sachlich und neutral erfolgt. Eine individuelle Steuerung der Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer ist nicht zulässig. Die Versicherten sind transparent über Zweck und Umfang der Datenverarbeitung zu informieren; negative Auswirkungen bei Nichtbefolgung der Hinweise dürfen nicht eintreten.

Zusammenfassend sollen die Kassen ihre Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren dürfen. Diese neue Möglichkeit soll jedoch klaren Schranken unterliegen: Erstens ist der Adressat der Versicherte, nicht die behandelnde Ärztin oder der Arzt. Zweitens muss die Kasse darauf hinweisen, dass der Erhalt der Informationsschreiben freiwillig ist (inkl. der Möglichkeit des

Widerspruchs) und drittens dürfen die Informationen nur die gesetzlich vorgesehenen Themen betreffen.

3.10 Weitere Anpassungen

Die vorliegende Gesetzesrevision soll ausserdem dazu genutzt werden, kleinere Anpassungen vorzunehmen, die sich als notwendig erwiesen haben. Betroffen sind die Themen Krankengeld und Prämienverbilligung.

4. VERNEHMLASSUNG

4.1 Vernehmlassungsteilnehmer

Der Vernehmlassungsbericht betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und des Gesundheitsgesetzes (GesG) wurde von der Regierung anlässlich ihrer Sitzung vom 16. Juni 2026 genehmigt und an die Gemeinden sowie folgende Organisationen, Verbände und Behörden zur Stellungnahme bis zum 17. August 2026 übermittelt:

- alle Gemeinden
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband
- Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG
- FKB - Die Liechtensteinische Gesundheitskasse
- SWICA Gesundheitsorganisation
- Liechtensteinische Patientenorganisation (LIPO)
- Landesgesundheitskommission
- Liechtensteinische Ärztekammer
- Verein Labormedizinischer Diagnostiker (VLD)
- Physiotherapeuten-Verband Fürstentum Liechtenstein (PVFL)

- Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein
- Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins (BPL)
- Verband der Hebammen
- Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins
- Leistungskommission
- Verband diplomierter Masseure des Fürstentums Liechtenstein
- Ergotherapeuten des Fürstentums Liechtenstein
- Verband Liechtensteinischer Chiropraktoren
- Gesellschaft Liechtensteinischer Zahnärzte (GLZ)
- Liechtensteinischer Verein dipl. ErnährungsberaterInnen (LVDE)
- Liechtensteinisches Landesspital
- Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe
- AHV-IV-FAK Anstalten
- Familienhilfe Liechtenstein
- Liechtensteinische Industrie- und Handelskammer

Der Vernehmlassungsbericht ging zudem zur internen Stellungnahme an:

- Amt für Gesundheit
- Amt für Soziale Dienste
- Amt für Finanzen
- Steuerverwaltung
- Landgericht
- Obergericht
- Oberster Gerichtshof

Insgesamt gingen 40 Rückmeldungen ein. Folgende 31 Organisationen, Verbände, Behörden und Privatpersonen haben fristgerecht bzw. innerhalb der ihnen gewährten Fristverlängerung eine Stellungnahme eingereicht, die sich inhaltlich mit der Vorlage befasst:

- Liechtensteinischer Krankenkassenverband
- Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG
- FKB - Die Liechtensteinische Gesundheitskasse
- SWICA Gesundheitsorganisation
- Liechtensteinische Ärztekammer
- Liechtensteinische Patientenorganisation (LIPO)
- Liechtensteiner Seniorenbund
- Liechtensteinische Industrie- und Handelskammer
- Liechtensteinisches Landesspital
- Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe
- Familienhilfe Liechtenstein
- Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein
- Alternativmedizin Liechtenstein
- Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins (BPL)
- Clinicum Apinum AG
- Praxis am Bächlegatter
- Medicare
- Praxishaus am Weiherring
- Hausarztpraxis Triesen
- Dr. med. univ. Julia Christina Kegel (Bösch)

- Stiftung Tiefsinn
- Stiftung David Meier Brücke zum Leben
- Krebshilfe Liechtenstein
- FBP - Fortschrittliche Bürgerpartei
- AHV-IV-FAK Anstalten
- Wirtschaftskammer Liechtenstein
- Landesgesundheitskommission
- Leistungskommission
- Amt für Finanzen
- Amt für Soziale Dienste
- Datenschutzstelle

Die Gemeinden Schaan, Gamprin, Ruggell, Mauren und Balzers, das Fürstliche Obergericht, der Fürstliche Oberste Gerichtshof und der Verein der diplomierten ErnährungsberaterInnen haben ausdrücklich auf eine Stellungnahme verzichtet.

4.2 Ergebnisse der Vernehmlassung

4.2.1 Allgemeine Feststellungen

Die Stossrichtung der Vorlage wurde von der überwiegenden Mehrheit der Stellungnehmenden grundsätzlich begrüsst. Insbesondere die Zielsetzungen einer langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung, der Förderung integrierter und effizienter Versorgungsstrukturen, der Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie einer zielgerichteten Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden breite Unterstützung. Mehrere Stellungnehmende betonten ausdrücklich, dass die Vorlage wichtige Herausforderungen des Gesundheitswesens wie die

demografische Entwicklung, den Fachkräftemangel und den zunehmenden Kostendruck adressiere.

Einzelne Stellungnehmende begrüssten zwar die grundsätzliche Stossrichtung der Vorlage und anerkannten, dass wichtige Herausforderungen des Gesundheitswesens aufgegriffen werden. Gleichzeitig wurde kritisiert, dass die Vorlage hinter den Erwartungen an eine umfassende Strukturreform zurückbleibe. Insbesondere wurde bemängelt, dass zahlreiche Einzelmassnahmen vorgeschlagen würden, ohne eine klare gesundheitspolitische Gesamtstrategie oder einen übergeordneten Reformansatz erkennen zu lassen. Zudem würden wesentliche Fragen zur zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitswesens, insbesondere zur koordinierten und integrierten Versorgung, zur Bedarfsplanung, zur Rolle der verschiedenen Leistungserbringer sowie zur langfristigen Steuerung des Systems, auf spätere Reformschritte verschoben. Mehrere Stellungnehmende forderten daher eine verbindliche und kohärente Weiterentwicklung des Gesundheitssystems über die vorliegende Vorlage hinaus.

Die Regierung verfolgt dieses Ziel mit der vorgestellten Paketlogik, im Besonderen mit dem «Vertiefungspaket 2030». Einen wichtigen Pfeiler stellt dabei der «Runde Tisch Gesundheitswesen» dar, an dem die betroffenen Stakeholder im Wege der Selbstverpflichtung zur gemeinsamen Weiterentwicklung des Systems eingeladen sind.

Von einzelnen Stellungnehmenden wurde zudem kritisiert, dass psychische Gesundheit, Prävention und psychiatrische Versorgung in der Vorlage zu wenig berücksichtigt würden. Insbesondere wurde bemängelt, dass auf bestehende Vorarbeiten im Bereich der psychiatrischen Versorgung nicht Bezug genommen werde und Themen wie psychische Erkrankungen, Suizidprävention, niederschwellige Beratungs- und Therapieangebote sowie die Bedeutung präventiver Massnahmen im Verhältnis zu den vorgesehenen Kostendämpfungsmassnahmen zu wenig Gewicht

erhielten. Es wurde angeregt, Prävention, psychische Gesundheit und die Versorgung besonders vulnerabler Personengruppen stärker in die zukünftige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Die Regierung anerkennt die grosse Bedeutung der psychischen Gesundheit, der Prävention und einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung. Die in den Stellungnahmen angesprochenen Anliegen sind bei der weiteren Entwicklung der Versorgungsstrukturen angemessen zu berücksichtigen. Im Rahmen der gegenständlichen Vorlage besteht hierfür jedoch kein zusätzlicher gesetzlicher Anpassungsbedarf. Einen wichtigen Schritt stellt bereits die Einführung von EFAS dar. Mit der einheitlichen Finanzierung beteiligt sich der Staat künftig nach dem festgelegten Finanzierungsschlüssel auch an den Kosten der psychiatrischen Versorgung, soweit die entsprechenden Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da für stationäre psychiatrische Behandlungen bislang keine staatlichen Spitalbeiträge ausgerichtet wurden. EFAS weitet die staatliche Mitfinanzierung damit auf diesen Versorgungsbereich aus und stärkt dessen Einbindung in die reguläre Gesundheitsversorgung.

LIPO und Seniorenbund regten zu prüfen an, ob auch die Krankenversicherer stärker zu Effizienzsteigerungen und Kostensenkungen verpflichtet werden können, etwa durch erhöhte Transparenz bei Verwaltungsaufwendungen und Reserven sowie durch die Weitergabe erzielter Einsparungen an die Prämienzahler.

Die Regierung teilt die Auffassung, dass auch die Krankenversicherer einen Beitrag zu einem effizienten und kostenbewussten Gesundheitssystem leisten müssen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die wesentlichen Kostentreiber des Gesundheitswesens nicht bei den Verwaltungskosten der Versicherer liegen, sondern bei der Inanspruchnahme und Vergütung von Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig wird in der Schweiz seit Jahren darauf hingewiesen, dass die Verwaltungskosten

der Krankenkassen nur einen kleinen Teil der Gesamtausgaben ausmachen. Deshalb sehen viele Experten in tieferen Verwaltungskosten zwar einen Beitrag zur Effizienz, aber kein zentrales Instrument zur Bewältigung des Prämienanstiegs. Die vorliegende Vorlage setzt daher schwergewichtig dort an, wo die grössten Einspar- und Steuerungspotenziale bestehen. Unabhängig davon bleiben die Krankenversicherer im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben zu einer wirtschaftlichen Verwaltung und effizienten Leistungserbringung verpflichtet.

LIPO und Seniorenbund hinterfragten ausserdem die Notwendigkeit eines eigenen Krankenkassenverbandes in einem Markt mit lediglich drei Krankenversicherern. Zwei der drei Krankenversicherer gehörten grossen Schweizer Versicherungsgruppen an und würden daher bereits über erhebliche fachliche und tarifpolitische Ressourcen verfügen. Zudem könnten verschiedene Koordinations- und Systemaufgaben direkt durch das Amt für Gesundheit wahrgenommen werden. Nach Ansicht der LIPO könnte eine schlankere Organisationsstruktur zu einer klareren Rollenverteilung und geringeren Verwaltungskosten führen.

Die Regierung teilt diese Einschätzung nicht. Gerade in einem kleinen Gesundheitssystem stellt der Kassenverband ein wichtiges institutionelles Gegengewicht zu den ebenfalls organisierten Interessenvertretungen der Leistungserbringer dar. Dem LKV kommen verschiedene gesetzlich vorgesehene Aufgaben zu, insbesondere im Bereich der Tarifverhandlungen, der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie der Vertretung der Krankenversicherer gegenüber den Leistungserbringern. Die mit diesen Aufgaben verbundenen Tätigkeiten würden auch bei einem Wegfall des Verbandes weiterhin anfallen und müssten von den einzelnen Krankenversicherern oder staatlichen Stellen übernommen werden. Die Abschaffung des Verbandes würde daher primär zu einer Verschiebung der Aufgaben und der damit verbundenen Kosten führen, ohne dass daraus zwingend Effizienzgewinne oder Kosteneinsparungen resultieren würden. Die Regierung sieht deshalb keinen Anlass, die bestehende

Aufgabenteilung im Rahmen der vorliegenden Vorlage grundsätzlich in Frage zu stellen.

Mehrere Stellungnahmen gingen auf die vorgesehene Streichung der durch Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker erbrachten Akupunkturleistungen aus dem Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein. Dabei äusserten sich der Verband Alternativmedizin Liechtenstein, die Krebshilfe Liechtenstein sowie fünf Arztpraxen, diese mit jeweils gleichlautenden Stellungnahmen, kritisch zur vorgesehenen Anpassung. Sie machen im Wesentlichen geltend, dass sich die bestehende Regelung in Liechtenstein bewährt habe, die Akupunktur einen wichtigen Beitrag zur ergänzenden medizinischen Versorgung leiste und mit der geplanten Anpassung keine wesentlichen Kosteneinsparungen erzielt würden. Zudem wurde auf die Bedeutung der Akupunktur insbesondere für chronisch Kranke sowie onkologische Patientinnen und Patienten hingewiesen.

Diese Stellungnahmen betreffen einen Sachverhalt, der nicht Gegenstand der vorliegenden Gesetzesvorlage ist. Änderungen des Leistungskatalogs werden im Rahmen der dafür vorgesehenen Verfahren von der Leistungskommission geprüft und der Regierung zur Umsetzung empfohlen. Die Vertretung der Naturheilpraktikerinnnen und -praktiker wird dabei, wie rechtlich vorgesehen, einbezogen. Die im Vernehmlassungsverfahren vorgebrachten Anliegen und Argumente werden folglich im weiteren Verfahren berücksichtigt und in die Beurteilung der entsprechenden Verordnungsanpassung einfliessen.

4.2.2 Einführung Einheitliche Finanzierung

Die Rückmeldungen zur Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen waren über die Vertretungen der Kassen, der Wirtschaft, der Leistungserbringenden sowie der Patientinnen und Patienten vom Grundsatz her alle positiv. Die Beseitigung möglicher Fehlanreize, die Erhöhung

der Transparenz und die Vereinfachung der Finanzierung fanden breite Unterstützung. Einzelne Rückmeldungen enthielten konkrete Fragen oder Anregungen im Zusammenhang mit EFAS, die im Folgenden behandelt werden.

Im Vernehmlassungsbericht wurde eine kostenneutrale Einführung von EFAS dergestalt vorgeschlagen, dass nur der Staatsbeitrag an die erwachsenen Versicherten und die Beiträge an Spitäler in die staatliche Finanzierung einbezogen werden sollten.

Der LKV brachte als weitere Variante ins Spiel, auch die Staatsbeiträge für Kinder in die einheitliche Finanzierung zu integrieren. Dafür spricht, dass EFAS somit sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach einem einheitlichen Mechanismus finanzieren wird und damit versichertengruppenspezifische Parallelfinanzierungen vermeiden soll. Die Einbeziehung der Kinderkosten vereinfacht die Finanzierungsströme, erhöht die Transparenz und gewährleistet, dass die staatliche Mitfinanzierung systematisch nach denselben Grundsätzen erfolgt wie bei den übrigen Versicherten.

Die Regierung hat diese Anregung aufgegriffen und die bislang separat ausgerichteten Staatsbeiträge an die Kosten der Kinder in die EFAS-Kostenbasis mit aufgenommen. Bei der kostenneutralen Ermittlung des Verteilschlüssels wurde der bisherige staatliche Beitrag entsprechend berücksichtigt.

Gestützt auf die Daten der Jahre 2024 und 2025 ergibt sich unter dieser Prämisse der folgende Verteilschlüssel (Tabelle 1):

	2024 in Mio. CHF	**2025** In Mio. CHF
Bruttoleistungen OKP	209.6	222.5
+ staatliche Spitalbeiträge	28.2	30.1

Kostenbasis OKP brutto	237.8		252.6	
- Kostenbeteiligung der Versicherten	-21.1		-21.9	
Kostenbasis OKP netto	216.7		230.7	
- Staatliche Kostenübernahme des festen Betrages der Rentner	-2.9		-3.1	
EFAS relevante Kostenbasis	**213.8**		**227.6**	
Staatliche Mitfinanzierung (status quo)				
Staatsbeitrag OKP-Kosten der Kinder	8.8		8.6	
Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten	35.0		38.0	
Finanzierungsanteil ausländische Spitäler	22.1		23.9	
Beitrag stationäre Leistungen LLS	6.1		6.2	
Staatliche Finanzierung	**72.0**	**33.7%**	**76.7**	**33.7%**
Finanzierung durch Kassen	**141.9**	**66.3%**	**150.9**	**66.3%**

Tabelle 1: Kostenneutrale Ermittlung des EFAS-Verteilschlüssels (2024 und 2025)
Quelle: Krankenkassenstatistik (2024); SASIS-Datenpool (2025), Landesrechnung.
In der Tabelle nicht enthalten sind die staatliche gewährten Prämienverbilligungen.

Die heutigen Staatsbeiträge an die Kosten der Kinder (knapp CHF 9 Mio. p.a.), an die übrigen (erwachsenen) Versicherten (CHF 38 Mio. p.a.) und an die Spitäler für stationäre Aufenthalte (CHF 28-30 Mio. p.a.) fliessen in die einheitliche Finanzierung ein. Die Gesamtkosten der OKP sind in der Folge ab 2028 zu rund 66% von den Krankenkassen und zu rund 34% vom Staat zu finanzieren.

Der kostenneutral ermittelte Verteilschlüssel (34% Land, 66% Kassen) soll fest verankert werden. Im Rahmen der Vernehmlassung wurde die ursprünglich geplante Festlegung auf Gesetzesebene kritisch gesehen. Wegen der Festlegung auf einen Prozentsatz an den tatsächlichen Kosten sei der finanzpolitische Spielraum des Landtags potenziell eingeschränkt. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Verankerung des Prozentsatzes im Gesetz die Flexibilität bei künftigen Anpassungen reduziere, da hierfür jeweils ein Gesetzgebungsverfahren erforderlich wäre. Angeregt wurde deshalb zu prüfen, ob das KVG lediglich die gesetzliche Grundlage für die staatlichen Zuschüsse festlegen und die konkrete Höhe des Prozentsatzes periodisch durch den Landtag beschlossen werden könnte. Als Vorbild wurde dabei auf Regelungen im Finanzausgleichsgesetz verwiesen, bei denen bestimmte

Parameter jeweils für eine mehrjährige Periode durch den Landtag festgelegt werden.

Die Regierung hat ihren ursprünglichen Vorschlag in diesem Punkt nochmals überdacht. Die Umsetzung sieht nunmehr vor, zunächst nur den Ausgansprozentsatz im Gesetz festzuschreiben und diesen dann nach drei Jahren jeweils für weitere drei Jahre mit einfachem Landtagsbeschluss festzulegen. Die Regierung hat dem Landtag hierzu regelmässig eine Evaluation vorzulegen, ob sich der Verteilschlüssel bewährt hat, oder ob eine Anpassung nötig ist.

Die FBP betonte in ihrer grundsätzlich positiven Stellungnahme zu EFAS, mit der Veränderung der staatlichen Mitfinanzierung brauche es mehr Transparenz. In dem Zusammenhang regte sie eine jährliche substanzielle Berichterstattung an den Landtag über Kosten- und Mengenentwicklung, Leistungsstruktur, Qualität, Prämienwirkung, staatliche Beiträge und Wirkung der Reformmassnahmen an.

Die Regierung hat diese Anregung geprüft. Der dreijährige Überprüfungsrhythmus schafft für die Kassen erhöhte Planungssicherheit und unterstützt eine stabile Kalkulation der Prämien und der Kostenentwicklung. Zugleich trägt er dem Umstand Rechnung, dass die Auswirkungen einer Anpassung innerhalb eines kürzeren Zeitraums möglicherweise noch nicht ausreichend beurteilt werden können. Gleichzeitig wird die Rolle des Landtags gestärkt, indem ihm in regelmässigen Abständen die Möglichkeit eingeräumt wird, die Entwicklung der Finanzierung zu beurteilen und bei Bedarf steuernd einzugreifen. Dadurch kann insbesondere auf eine unerwartete oder übermässige Kostenentwicklung reagiert werden. Die gewählte Regelung trägt somit sowohl dem Bedürfnis nach Stabilität und Planungssicherheit als auch der finanzpolitischen Steuerungsfunktion des Landtags Rechnung.

Die Übernahme des Einnahmenentfalls aufgrund der Befreiung von Rentnerinnen und Rentnern vom festen Betrag im Rahmen der Kostenbeteiligung (rund

CHF 3 Mio. p.a.) durch den Staat soll, als gewollte sozialpolitische Entlastungsmassnahme dieser Personengruppe, weiterhin bestehen bleiben. Der LKV regte an, die Berechnung dieses Beitrags zu vereinfachen. Anstatt den Einnahmenausfall anhand der im Einzelfall tatsächlich nicht erhobenen Kostenbeteiligung im Nachgang aufwändig zu ermitteln, könnte für jede versicherte Person im ordentlichen Rentenalter ein einheitlicher Pauschalbetrag ausgerichtet werden. Dieser wäre so festzusetzen, dass er unter dem höchstmöglichen Erstattungsbetrag liegt und den bisherigen staatlichen Beitrag sachgerecht abbildet. Dadurch könnte die Abrechnung vereinfacht und der administrative Aufwand reduziert werden.

Die geltende gesetzliche Regelung steht der vorgeschlagenen praktischen Vereinfachung grundsätzlich nicht entgegen. Die Regierung wird diesen Ansatz prüfen.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde vom LKV auf Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung im Bereich der Zusatzversicherungen hingewiesen. Insbesondere wurde geltend gemacht, dass bei stationären Behandlungen in Spitälern ohne Tarifvertrag die künftige Beteiligung des Staates und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einer Entlastung der Versicherten beziehungsweise ihrer Zusatzversicherungen führen würde. Dadurch komme es zu einer gewissen Verschiebung von Finanzierungslasten von den Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zum Staat.

Die Regierung weist darauf hin, dass bereits heute in gesetzlich geregelten Fällen Leistungen von Leistungserbringern ohne Tarifvertrag zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Bei medizinischen Gründen für die Inanspruchnahme eines solchen Leistungserbringers besteht bereits nach geltendem Recht eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Einführung der einheitlichen Finanzierung führt hier nicht zu einer Ausweitung des Leistungsanspruchs, sondern regelt lediglich die Finanzierungsanteile von Staat und Krankenversicherern nach einer neuen Systematik. Zu einer Verschiebung von

Finanzierungslasten zugunsten der Zusatzversicherungen wird es in diesen Fällen nicht kommen.

Anders verhält es sich bei stationären Behandlungen in Spitälern, mit denen kein Tarifvertrag besteht, obwohl die betreffende Behandlung auch in einem Vertragsspital erbracht werden könnte und auch kein Notfall vorliegt. Nach geltendem Recht vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung in diesen Fällen lediglich den auf sie entfallenden Kostenanteil nach dem massgeblichen Tarif eines geeigneten Vertragsspitals. Der staatliche Finanzierungsanteil wird hingegen nicht ausgerichtet und ist vom Versicherten oder seiner Zusatzversicherung zu tragen. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung entfällt diese bislang vorgesehene Trennung der Finanzierungsanteile. Dies entspricht der Grundsystematik der einheitlichen Finanzierung, wonach ambulante und stationäre Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unabhängig vom Leistungserbringer nach einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel von Staat und Krankenversicherern finanziert werden. Dadurch kann es in einzelnen Fällen zu einer Entlastung der Zusatzversicherungen kommen. Diese Auswirkung ist jedoch systemimmanent und ergibt sich unmittelbar aus der Neuordnung der Finanzierung.

Der LKV machte in dem Zusammenhang auch auf eine erforderliche Richtigstellung im Art. 18 Abs. 3 KVG aufmerksam. Dieser verweise in der geltenden Fassung noch auf die im Tarifvertrag vorgesehenen Beiträge des Staates. Diese Beiträge an Spitäler werden mit EFAS obsolet.

Die vom LKV vorgebrachte Gesetzesanpassung wird von der Regierung berücksichtigt.

Zudem wurde vom LKV darauf hingewiesen, dass die mit der einheitlichen Finanzierung verbundene Verringerung der finanziellen Mehrbelastung bei Behandlungen in Nichtvertragsspitälern die bisherige Lenkungswirkung zugunsten von

Vertragsspitälern abschwächen und sich auf die Tarifverhandlungen auswirken könnte.

Die Regierung ist der Auffassung, dass die bisherige finanzielle Lenkungswirkung zugunsten von Vertragsspitälern nicht überschätzt werden sollte. Die Wahl eines Spitals erfolgt in der Praxis regelmässig aufgrund medizinischer, geografischer oder persönlicher Faktoren und nicht ausschliesslich aufgrund der verbleibenden Kostenbeteiligung. Vor diesem Hintergrund ist nicht davon auszugehen, dass die Einführung der einheitlichen Finanzierung das Patientenverhalten wesentlich verändert. Die Bedeutung der Referenztarife als wirtschaftliches Steuerungsinstrument bleibt dabei unverändert bestehen.

Die LIPO fragte, ob mit der einheitlichen Finanzierung auch die Finanzierung stationärer psychiatrischer Leistungen angepasst werde. Diese erfolgt heute zu 100% durch die Kassen, während in der Schweiz der Kostenteiler 45/55 angewendet wird.

Stationäre Leistungen im Bereich Psychiatrie werden, wie alle anderen OKP-pflichtigen Leistungen, künftig in EFAS einbezogen sein. Im Unterschied zum heutigen System fliessen die ausgerichteten Staatsbeiträge für stationäre Leistungen jedoch nicht mehr direkt an die Leistungserbringenden (Spitäler), sondern erfolgt die Finanzierung indirekt über die Kassen.

Im Übrigen wurde die von der Regierung geäusserte Absicht, die liechtensteinische Pflegefinanzierung aufgrund ihrer spezifischen Ausgestaltung nicht in einer zweiten EFAS-Stufe aufzugreifen, von der FHL positiv zur Kenntnis genommen. Damit blieben die bestehenden Finanzierungsinstrumente mit staatlichen Beiträgen, Betreuungs- und Pflegegeld sowie der Finanzierung medizinischer Pflegeleistungen grundsätzlich erhalten.

In der Vernehmlassung wurde seitens der FHL begrüsst, dass die Vorlage die Ziele von EFAS und den Grundsatz «ambulant vor stationär» unterstütze. Die damit verbundene Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich wird als wichtiger Beitrag zu einer bedarfsgerechten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung angesehen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass die ambulanten Leistungserbringer künftig vermehrt komplexe Versorgungsaufgaben übernehmen werden. Auch die LAK sah sich in Fragen der koordinierten Versorgung und der interprofessionellen Zusammenarbeit unmittelbar betroffen. Angeregt wurde deshalb, die Auswirkungen dieser Entwicklung im Rahmen des Reformpakets «Versorgung 2030» zeitnah und konsequent weiterzubearbeiten.

Die Regierung wird diese Anregung aufgreifen.

4.2.3 Verfeinerung Risikoausgleich

Die vorgeschlagene Verfeinerung des Risikoausgleichs wurde in der Vernehmlassung unterschiedlich beurteilt. Der LKV hielt fest, dass sich sämtliche Krankenversicherer für einen risikogerechten Ausgleich aussprächen, hinsichtlich der vorgesehenen Ausgestaltung jedoch unterschiedliche Auffassungen bestünden.

FKB, SWICA und LKV wiesen zudem darauf hin, die im Vernehmlassungsbericht dargestellte Entwicklung der mittleren Erwachsenenprämien könne nicht ohne Weiteres als Hinweis auf einen unzureichenden Risikoausgleich oder auf Risikoselektion verstanden werden. Bei der mittleren Prämie handle es sich um einen nach Versichertenbeständen gewichteten Durchschnitt, der insbesondere von der unterschiedlichen Verteilung der gewählten Franchisen beeinflusst werde. Für die Beurteilung der Wirksamkeit des Risikoausgleichs sei daher ein Vergleich der konkreten Prämientarife aussagekräftiger. Die SWICA machte ergänzend geltend, dass auch Vergleiche der durchschnittlichen Kosten der gesamten Versichertenbestände nur eingeschränkt aussagekräftig seien, sofern darin Kinder enthalten

seien. Kinder seien bei den einzelnen Kassen unterschiedlich stark vertreten und weder Teil des Risikoausgleichs noch des diesen ergänzenden Hochkostenbeitrags.

Die Regierung anerkennt, dass die Entwicklung der mittleren Prämien für sich allein keine belastbare Aussage darüber erlaubt, in welchem Umfang Prämienunterschiede auf unterschiedliche Risikostrukturen der Versichertenbestände zurückzuführen sind. Die mittleren Prämien werden insbesondere auch von der Verteilung der gewählten Kostenbeteiligungsvarianten sowie von weiteren kassenspezifischen Faktoren beeinflusst. Die im Vernehmlassungsbericht vorgenommene Beurteilung wurde im vorliegenden Bericht und Antrag entsprechend differenziert.

Die Concordia begrüsste die Verfeinerung ausdrücklich. Der bestehende Risikoausgleich und die heutigen Staatsbeiträge würden die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenversicherer nicht ausreichend ausgleichen. Versicherer mit einem hohen Anteil älterer oder kranker Personen würden durch höhere Leistungskosten und ein entsprechend höheres Prämienniveau benachteiligt, während Versicherer mit jüngeren und gesünderen Versicherten begünstigt würden. Dadurch werde die Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten geschwächt und der Wettbewerb auf die Risikoselektion anstatt auf Service und Dienstleistungen ausgerichtet. Das vorgeschlagene Modell könne den Anreiz zur Risikoselektion deutlich reduzieren und sei gegenüber dem aktuellen schweizerischen Modell einfacher sowie ohne nennenswerten Zusatzaufwand umsetzbar.

Die FKB und die SWICA lehnten die vorgeschlagene Verfeinerung demgegenüber ab. Nach ihrer Auffassung stellt der bestehende Risikoausgleich in Verbindung mit den hochkostenabhängigen Staatsbeiträgen bereits ein wirksames duales Ausgleichssystem dar. Die SWICA verwies dabei auf eine im Jahr 2022 für Liechtenstein erstellte Analyse, wonach das Zusammenspiel von Risikoausgleich und Staatsbeiträgen das verbleibende Risiko wesentlich stärker reduziere als der verfeinerte Risikoausgleich in der Schweiz. Die Wirksamkeit des bestehenden Systems

könne durch eine Anpassung der Hochkostenschwelle weiter erhöht werden. FKB und SWICA beantragten deshalb, das bestehende duale System beizubehalten und auf die Einführung der zusätzlichen Indikatoren zu verzichten.

Die im Rahmen der Vernehmlassung vorgebrachten Argumente zeigen, dass die Wirksamkeit der heutigen Ausgleichsinstrumente unterschiedlich beurteilt wird. Die Regierung hält dennoch an der vorgesehenen Weiterentwicklung fest. Alter und Geschlecht bilden Unterschiede in der Morbidität nur teilweise ab. Durch zusätzliche Morbiditätsindikatoren sollen die Risikostrukturen der Versichertenbestände differenzierter erfasst und damit der Anreiz zur Risikoselektion weiter vermindert werden.

Die Liechtensteinische Ärztekammer beurteilte die Verfeinerung ebenfalls kritisch und beantragte, den massgebenden Art. 3a KVG unverändert zu belassen. Ein gewisses Mass an Risikoausgleich sei zwar sachlich gerechtfertigt, um strukturelle Unterschiede in den Versichertenbeständen auszugleichen und Risikoselektion zu verhindern. Eine weitere Ausdehnung reduziere jedoch den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern und schwäche die Anreize, Versicherte durch attraktive Leistungen, guten Service und innovative Versicherungsmodelle zu gewinnen. Aufgrund der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehenden Aufnahmepflicht könnten Versicherte bei einem Kassenwechsel nicht wegen ihres Gesundheitszustands oder eines hohen Kostenrisikos abgelehnt werden.

Die Regierung hält grundsätzlich an der Verfeinerung des Risikoausgleichs fest. Die Aufnahmepflicht verhindert zwar, dass eine Kasse den Beitritt einer versicherten Person unmittelbar aufgrund ihres Gesundheitszustands ablehnt. Sie beseitigt jedoch nicht den wirtschaftlichen Anreiz, durch die Ausgestaltung des Angebots, des Services oder der Kommunikation gezielt Personen mit einem günstigen Risikoprofil anzusprechen. Ein wirksamer Risikoausgleich soll diesen Anreiz vermindern und

gewährleisten, dass sich der Wettbewerb zwischen den Kassen stärker auf Qualität, Effizienz und Service konzentriert.

Dem Anliegen von FKB und SWICA, das bestehende duale Ausgleichssystem unverändert beizubehalten, folgt die Regierung nicht. Mit der gleichzeitig vorgesehenen Einführung der einheitlichen Finanzierung wird die bisherige hochkostenabhängige Ausgestaltung des Staatsbeitrags aufgegeben. Der Staatsbeitrag wird künftig als allgemeiner prozentualer Beitrag an die massgebenden Nettoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Damit entfällt gerade jenes hochkostenabhängige Ausgleichselement, das zusammen mit dem heutigen Risikoausgleich das von FKB und SWICA angeführte duale System bildet. Auch die von SWICA erwähnte Analyse aus dem Jahr 2022 bezieht sich auf das Zusammenspiel des geltenden Risikoausgleichs mit dem bisherigen hochkostenabhängigen Staatsbeitrag. Ihre Ergebnisse können daher nicht unverändert auf die ab 2028 vorgesehene Finanzierungsordnung übertragen werden.

Die LIPO und der Liechtensteiner Seniorenbund anerkannten grundsätzlich die Bedeutung des Risikoausgleichs für die Solidarität und einen fairen Wettbewerb, äusserten jedoch Vorbehalte hinsichtlich der Verhältnismässigkeit und des administrativen Aufwands. Aufgrund der geringen Zahl von drei Krankenversicherern und des kleinen Versichertenbestands könnten statistische Schwankungen stärker ins Gewicht fallen und bereits geringfügige Veränderungen im Versichertenbestand erhebliche Ausgleichszahlungen auslösen. Es sei deshalb anhand der tatsächlichen Verwaltungskosten und der Höhe der jährlichen Ausgleichszahlungen zu prüfen, ob ein komplexer eigenständiger Risikoausgleich erforderlich sei oder ob ein einfacheres Modell beziehungsweise eine schlankere staatliche Lösung ausreiche.

Gerade in einem kleinen Versicherungsmarkt mit lediglich drei Kassen kommt dem Risikoausgleich eine besondere Bedeutung zu. Unterschiede in der Risikostruktur können sich bei einem kleinen Versichertenbestand vergleichsweise stark auf die

Kosten der einzelnen Kassen auswirken. Die geringe Zahl der Kassen spricht deshalb nicht gegen einen Risikoausgleich, sondern erhöht dessen Bedeutung für einen fairen Wettbewerb. Gleichzeitig ist der administrativen Verhältnismässigkeit Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund wird auf die Einführung des komplexeren schweizerischen Modells mit pharmazeutischen Kostengruppen zunächst verzichtet und eine einfachere Ausgestaltung mit zwei zusätzlichen Indikatoren vorgesehen.

Die FKB stellte die Eignung beider vorgesehenen Indikatoren infrage. Der Parameter eines Spitalaufenthalts von mehr als zwei Nächten stehe im Spannungsverhältnis zum Grundsatz «ambulant vor stationär» und könne Krankenversicherer benachteiligen, deren Versicherte ambulant oder im Rahmen kurzer stationärer Aufenthalte behandelt würden. Zudem bilde dieser Indikator teilweise nochmals die bereits durch das Alter erfasste Fragilität ab. Auch die Aussagekraft der Arzneimittelkosten sei nicht hinreichend belegt. Eine interne, nicht repräsentative Auswertung der FKB habe keine positive Korrelation zwischen Arzneimittelkosten von mehr als CHF 5'000 beziehungsweise CHF 14'000 und den gesamten OKP-Leistungen gezeigt. Die Grundlagen für neue Indikatoren müssten deshalb objektiv nachvollziehbar sein und auf bestehenden Auswertungen oder Hochrechnungen zu den erwarteten Auswirkungen beruhen. Ferner sei zu klären, wie Rückvergütungen und Rabatte auf Arzneimitteln berücksichtigt würden.

Die SWICA führte aus, dass der Indikator «Spitalaufenthalt im Vorjahr» nach den Erfahrungen in der Schweiz einen erheblichen administrativen Aufwand verursache und aufgrund von Fehlern bei der Datenaufbereitung wiederholt zu Neuberechnungen führe. Gemäss einer Wirkungsanalyse der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften würden Versicherte mit einem Spitalaufenthalt im Vorjahr systematisch überkompensiert. Seine Aussagekraft für ein erhöhtes Krankheitsrisiko im Folgejahr sei gering. In der Schweiz bestünden deshalb

Bestrebungen, dieses Merkmal durch DRG-Gruppierungen abzulösen. Auch Arzneimittelkosten ab CHF 5'000 seien in der Schweiz lediglich als Übergangskriterium verwendet und später durch pharmazeutische Kostengruppen ersetzt worden. Die SWICA vermisste einen datenbasierten Vergleich der Wirksamkeit des bestehenden dualen Systems mit jener des vorgeschlagenen Modells und erachtet einen solchen für eine fundierte Beurteilung als unerlässlich.

Die Regierung anerkennt, dass das schweizerische System zwischenzeitlich weiterentwickelt wurde. Mit dem Spitalaufenthalt im Vorjahr und den Arzneimittelkosten werden jedoch Risikodimensionen erfasst, die über Alter und Geschlecht hinausgehen. Insbesondere ermöglichen die Arzneimittelkosten, auch ambulant behandelte Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko zu berücksichtigen, die im Vorjahr keinen längeren stationären Aufenthalt aufwiesen.

Die vorgeschlagene Ausgestaltung stellt bewusst nicht die Übernahme des aktuellen schweizerischen Risikoausgleichs dar. Die Einführung pharmazeutischer Kostengruppen würde angesichts des kleinen Versichertenbestands und der hierfür erforderlichen Datenverarbeitung zu einer wesentlich höheren Komplexität führen. Vorgesehen ist daher eine administrativ vereinfachte Weiterentwicklung des liechtensteinischen Modells. Die konkreten Voraussetzungen, die Datenabgrenzung und die Qualitätssicherung sind in der KVV näher zu regeln.

Die Concordia unterstützte die Berücksichtigung von Spitalaufenthalten und Arzneimittelkosten, beantragte jedoch, die auf Verordnungsebene vorgesehene Schwelle bei den Arzneimittelkosten von CHF 5'000 auf rund CHF 8'000 anzuheben. Die Schwelle von CHF 5'000 stamme aus der früheren schweizerischen Regelung und berücksichtige die seitherige Entwicklung der Arzneimittelpreise nicht. Zudem solle auf Verordnungsebene eine periodische Überprüfung oder ein dynamischer Anpassungsmechanismus vorgesehen werden.

Die konkrete Ausgestaltung des Arzneimittelindikators, einschliesslich des massgebenden Schwellenwerts, erfolgt auf Verordnungsebene. Die Regierung wird dessen Höhe sowie die weiteren Fragen der praktischen Umsetzung unter Einbezug der Krankenkassen und auf Basis aktueller liechtensteinischer Risikodaten festlegen. Dadurch kann der Schwellenwert auch künftig an die Kostenentwicklung und die Erfahrungen mit dem verfeinerten Risikoausgleich angepasst werden.

Die LIPO wies darauf hin, dass mit der Berücksichtigung der zusätzlichen Indikatoren Angaben zu Spitalaufenthalten und Arzneimittelkosten sämtlicher Versicherter bearbeitet würden. Sie beantragte, im Gesetz ausdrücklich festzuhalten, dass die neu erhobenen Daten ausschliesslich für den Risikoausgleich verwendet werden dürfen. Zudem solle über Umfang und Verwendung der Daten jährlich öffentlich Bericht erstattet werden.

Die für die Durchführung des Risikoausgleichs übermittelten Daten dürfen nur im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben bearbeitet werden. Die Einzelheiten der Datenlieferung, der Datenverarbeitung und der Qualitätssicherung werden in der KVV geregelt.

Der LKV begrüsste unabhängig von der gewählten Ausgestaltung des Risikoausgleichs ausdrücklich, dass dieser weiterhin durch das Amt für Gesundheit durchgeführt werden soll. Die Aufgabe sei bei der Aufsichtsbehörde sachgerecht angesiedelt und habe sich dort bewährt. Gegen die Streichung der bisherigen Delegationsmöglichkeit zugunsten des LKV wurden keine Einwände erhoben.

4.2.4 Weiterentwicklung Berufe

Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende begrüssen die Stärkung von Advanced Practice Nurses und die Erweiterung der Kompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern ausdrücklich.

Die Liechtensteinische Ärztekammer beurteilt die vorgesehenen Pilotversuche für Advanced Practice Nurses (APN) kritisch. Zwar sei das Ziel nachvollziehbar, über Pilotprojekte Erfahrungen für eine zukünftige Tarifierung von APN-Leistungen zu gewinnen und bestehende Vergütungsfragen zu klären. Die konkrete Ausgestaltung der Regelung wird jedoch als wenig praxistauglich beurteilt. Insbesondere verweist die Ärztekammer auf den zusätzlichen administrativen Aufwand für Arztpraxen durch besondere Anstellungsformen, Datenerhebungs- und Berichtspflichten. Schwerer wiegen nach Auffassung der Ärztekammer rechtliche Bedenken. Die vorgeschlagene Regelung stehe im Widerspruch zu den geltenden berufsrechtlichen Unvereinbarkeitsbestimmungen des Gesundheitsgesetzes, wonach Pflegefachpersonen grundsätzlich nicht bei Arztpraxen oder Ärztegesellschaften angestellt sein dürfen. Die Ärztekammer bezweifelt daher, dass die Pilotversuche auf der vorgesehenen gesetzlichen Grundlage rechtssicher umgesetzt werden können.

LAK und FHL unterstützen die Umsetzung von APN-Pilotprojekten ausdrücklich. Beide Organisationen erachten APN als wichtigen Baustein für die zukünftige Gesundheitsversorgung und regen an, die Pilotversuche nicht auf Arztpraxen zu beschränken, sondern auch auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen auszudehnen.

Die Regierung nimmt zur Kenntnis, dass die Stellungnahmen ein unterschiedliches Bild zeichnen. Während die Ärztekammer die rechtliche Umsetzbarkeit der vorgesehenen Pilotprojekte aufgrund möglicher Kollisionen mit den berufsrechtlichen Unvereinbarkeitsbestimmungen bereits im Vorfeld infrage stellt, sprechen sich die LAK sowie die FHL ausdrücklich für die Durchführung von Pilotprojekten aus und wünschen sogar eine Ausweitung auf die von ihnen bedienten Versorgungssettings.

Vor diesem Hintergrund erachtet es die Regierung als sachgerecht, die Pilotversuche in jenen Bereichen zu ermöglichen, in denen ein konkretes Interesse an der Umsetzung besteht und die organisatorischen sowie rechtlichen Voraussetzungen bereits heute gegeben sind. Bei den beiden Pflegeorganisationen im ambulanten und stationären Setting handelt es sich rechtlich um Einrichtungen des Gesundheitswesens, bei denen die Anstellung von Pflegefachpersonen, auch mit erweiterten klinischen Kompetenzen, unbestritten zulässig ist.

Hinzu kommt, dass die konkrete Umschreibung des zulässigen Tätigkeitsbereichs der APN sowie die Ausgestaltung der Pilotprojekte ohnehin auf Verordnungsebene zu erfolgen haben. Gleiches gilt im liechtensteinischen Krankenversicherungsrecht bereits heute für die Regelung der zugelassenen Leistungserbringer und wesentlicher Vergütungsmodalitäten. Die notwendige Flexibilität für eine praxisnahe und rechtssichere Ausgestaltung der Pilotprojekte kann daher auf Verordnungsebene wesentlich leichter gewährleistet werden.

Die Regierung ist deshalb der Auffassung, dass Pilotprojekte dort umgesetzt werden sollen, wo ein konkreter Bedarf besteht und die beteiligten Leistungserbringer bereit sind, die neuen Versorgungsmodelle aktiv mitzugestalten. Die gewonnenen Erfahrungen können anschliessend als Grundlage für die Beurteilung einer allfälligen dauerhaften Regelung dienen. Der vorgeschlagene «Pilotartikel» im KVG, mit dem ursprünglich eine Impementierung in Arztpraxen ermöglicht werden sollte, ist somit obsolet.

Die Ärztekammer fordert ausserdem eine präzisere Umschreibung der APN-Kompetenzen und die ausdrückliche Ausklammerung ärztlicher Kernaufgaben, insbesondere der Diagnosestellung.

Bei der Umsetzung von APN-Pilotprojekten in den genannten Pflegeorganisationen bleibt im Rahmen der geltenden rechtlichen Bestimmungen eine ärztliche

Verordnung erforderlich. Dies entspricht einem möglichen ersten Entwicklungsschritt, den auch die Mehrheit der Schweizer Kantone gewählt hat, in denen APN bereits tätig sind. Zunehmend kommen dort sogenannte Kompetenzvereinbarungen zur Anwendung. Anstelle einer ärztlichen Anordnung jeder einzelnen Handlung wird im Voraus festgelegt, welche Aufgaben die APN selbständig übernehmen darf und in welchen Situationen eine Ärztin oder ein Arzt beizuziehen ist. Solche Modelle beruhen auf einer engen interprofessionellen Zusammenarbeit und klar definierten Kompetenzbereichen.

Dieses Modell entspricht im Wesentlichen auch dem Vorschlag der Landesgesundheitskommission für Liechtenstein. APN-Pilotprojekte sollen auf vorgängig zwischen APN und Hausärztin oder Hausarzt vereinbarten bzw. behördlich genehmigten Kompetenzbereichen beruhen.

Wie im Vernehmlassungsentwurf vorgesehen, wird die Regierung das Nähere mit Verordnung regeln, insbesondere die fachlichen Anforderungen an die Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis, den Umfang der zulässigen delegierten Leistungen, die Vergütung, die Datenerhebung sowie die Qualitätssicherung.

Die vorgesehene Erweiterung des Tätigkeitsbereichs der Apothekerinnen und Apotheker wurde in der Vernehmlassung ausdrücklich begrüsst. Der Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein regt zusätzlich an, die Delegation des technischen Impfaktes an entsprechend ausgebildete Pharma-Assistentinnen und -Assistenten bzw. Fachfrauen und -männern Apotheke EFZ unter Aufsicht und Verantwortung eines impfberechtigten Apothekers oder einer impfberechtigten Apothekerin zu übertragen. Ferner soll sowohl die kapilläre als auch die venöse Blutentnahme in Apotheken rechtlich verankert werden.

Die Regierung erachtet die rechtliche Verankerung ausgewählter diagnostischer Messungen auf Verordnungsstufe entsprechend dem Vorbild der

Heilmittelverordnung des Kantons St. Gallen, namentlich etwa die typischen Anwendungsbereiche der kapillären Blutentnahme wie Cholesterin- und Blutzuckermessungen, aber auch Blutdruckmessungen als sinnvolle Ergänzung zum vorgesehenen erweiterten Tätigkeitsbereich von Apothekerinnen und Apothekern, sieht jedoch von den anderen Erweiterungsvorschlägen ab.

Für Impfangebote befürwortet der Apothekerverein die vorgesehene Melde- statt einer Bewilligungspflicht sowie die Vergütung von Impfstoff und Impfdienstleistung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne vorgängige ärztliche Verordnung.

Die Landesgesundheitskommission führte in ihrer Stellungnahme ergänzend aus, in der Schweiz sei die Vergütung von Impfungen in Apotheken erst kürzlich geregelt worden. In diesem Zusammenhang wurde auf die Anpassung von Art. 26 des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes (CH-KVG, AS 2026 294) und die Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (CH-KLV, AS 2026 336 vom 24. Juni 2026) hingewiesen.

Die Regierung hat diese Entwicklung aufgegriffen und zusätzlich im Art. 13 KVG eine Grundlage für die Vergütung der durch Apothekerinnen oder Apotheker ohne vorherige ärztliche Anordnung ausgeführten präventivmedizinische Massnahmen aufgenommen.

4.2.5 Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate

Die Wirtschaftskammer, die LIHK und die FBP begrüssten die vorgesehenen Massnahmen zur Senkung der Medikamentenkosten. Auch die Liechtensteinische Ärztekammer unterstützte das Ziel, unnötige Arzneimittelkosten zu vermeiden, wies jedoch darauf hin, dass die geplante Regelung mit der bereits geltenden liechtensteinischen Co-Marketing-Regelung abgestimmt werden müsse. Da zahlreiche in

der Schweiz dem erhöhten Selbstbehalt unterliegende Präparate in Liechtenstein bereits über die Co-Marketing-Regelung erfasst werden, sei für Überschneidungsfälle eindeutig festzulegen, welche Kostenbeteiligung vorgehe. Der Apothekerverein begrüsste ebenfalls die stärkere Förderung von Generika und Biosimilars sowie die Wirkstoffverschreibung ausdrücklich, weil ein klarer finanzieller Unterschied die Beratung und die Wahl kostengünstiger, therapeutisch gleichwertiger Präparate unterstützt. Er schlug zugleich vor, die Co-Marketing-Regelung mit Einführung des differenzierten Selbstbehalts ersatzlos zu streichen.

Die LIPO und der Seniorenbund unterstützten den erhöhten Selbstbehalt bei Generika und Biosimilars mit Vorbehalt. Die medizinische Notwendigkeit müsse Vorrang haben, bürokratische Hürden sollen geringgehalten und Versorgungsengpässe beachtet werden.

Ärztekammer und Apothekerverein betonten übereinstimmend, dass medizinisch begründete Ausnahmen anerkannt werden müssen. Nach Auffassung des Apothekervereins soll dabei die pharmazeutische Beurteilung massgeblich sein. Wenn medizinische Gründe gegen eine Substitution sprechen oder ein günstigeres Präparat nicht lieferbar ist, soll lediglich der ordentliche Selbstbehalt anfallen. Die hierfür erforderliche Dokumentation soll einfach und ohne unverhältnismässigen administrativen Aufwand ausgestaltet werden. Eine vertrauensärztliche Überprüfung soll sich auf erkennbare Missbrauchsfälle beschränken. Die konkrete Ausgestaltung soll daher vor der Verordnungsanpassung am «Runden Tisch Kostendämpfung» unter Einbezug der Ärzteschaft und der Apothekerschaft beraten werden.

Die Anregung, die praktische Umsetzung am Runden Tisch auszuarbeiten, wird von der Regierung aufgegriffen.

4.2.6 Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung

Die Rückmeldungen zu dieser Massnahme waren gemischt. Der LKV, die Ärztekammer, sowie die Leistungskommission unterstützen vor allem aufgrund der langjährigen Erfahrung mit der Umsetzung der Regelung die Argumente der Regierung, während die LIPO und der Seniorenbund die Massnahme entschieden ablehnten und eine Beibehaltung der bisherigen Befreiung forderten.

Die FBP sah die Massnahme zumindest kritisch und verlangte eine transparente Darlegung, welche Personengruppen übermässig belastet würden. Die Wirtschaftskammer nahm den Vorschlag zur Kenntnis, das Anliegen einer Gleichbehandlung sei nachvollziehbar. Zugleich wurde angeregt, die sozialen Auswirkungen nach der Einführung zu evaluieren und einkommensschwache Personen weiterhin wirksam zu unterstützen. Es sei wichtig zu vermeiden, dass notwendige medizinische Leistungen nicht oder nur verspätet in Anspruch genommen würden.

Die Regierung möchte nochmals betonen, dass die gesetzliche Kostenbeteiligung bereits heute auf maximal CHF 1'400 pro Jahr beziehungsweise bei Personen im Rentenalter auf maximal CHF 500 pro Jahr begrenzt ist. Eine vollständige Befreiung von der Kostenbeteiligung unabhängig von Einkommen und Vermögen ist daher sozialpolitisch wenig zielgerichtet. Hinzu kommt, dass eine einmal gewährte Befreiung auch dann fortbesteht, wenn sich der Gesundheitszustand erheblich verbessert oder die zugrunde liegende Erkrankung geheilt werden kann. Finanzielle Belastungen können bereits heute über die Prämienverbilligung und die Ergänzungsleistungen gezielt abgefedert werden. Die Regierung erachtet es deshalb als sachgerechter, am Grundsatz einer einheitlichen Kostenbeteiligung für alle Versicherten festzuhalten.

Im Zusammenhang mit dem Hinweis auf die Unterstützung einkommensschwacher Personen durch Prämienverbilligung und Ergänzungsleistungen hielten die AHV/IV/FAK-Anstalten fest, dass nicht jede an einer chronischen Krankheit leidenden Person Ergänzungsleistungen benötige. Es könne durch höhere Kostenbeteiligung tendenziell zu zusätzlicher Beantragung von Ergänzungsleistungen kommen. Die mögliche Verschiebung von den Kosten der Krankenkasse zu den Ergänzungsleistungen lasse sich nicht quantifizieren, würde aber insgesamt nicht ins Gewicht fallen.

Die Regierung nimmt diesen Hinweis zur Kenntnis, angesichts der mutmasslich geringen Auswirkungen wird hier kein zusätzlicher Handlungsbedarf gesehen.

4.2.7 Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene

Gegen die gesetzliche Verankerung der Leistungskommission aus rechtssystematischen Überlegungen gab es im Rahmen der Vernehmlassung keine Einwände. Der LKV wies auf die Notwendigkeit hin, infolge der Verankerung auf Gesetzesstufe detaillierte Regelungen beispielsweise zu Vorsitz/Stellvertretung, Beschlussfassung/ Stimmrecht und deren Mitglieder zu erfassen.

Soweit dies nicht bereits auf Verordnungs- (bisher) bzw. Gesetzesstufe (neu) geregelt ist, erfolgen die erforderlichen Detailregelungen in einer bereits bestehenden Geschäftsordnung. Wenn konkreter Bedarf erkannt wird, kann diese jederzeit überprüft und angepasst werden.

4.2.8 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens

Insgesamt wurde die Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens von den Vernehmlassungsteilnehmern mehrheitlich positiv aufgenommen beziehungsweise nicht kritisiert. Der LKV begrüsste die vorgeschlagene Änderung ausdrücklich, regte allerdings an, das Wirtschaftlichkeitsverfahren auf Verordnungsebene

zusätzlich zu präzisieren. Auch der Liechtensteinische Seniorenbund äusserte sich grundsätzlich positiv, wies jedoch darauf hin, dass die Überschreitung der Toleranzmarge zwingend eine Einzelfallprüfung nach sich ziehen müsse. Die blosse Überschreitung der Toleranzmarge dürfe für sich allein noch keinen Nachweis der Unwirtschaftlichkeit einer Praxis darstellen. Zudem dürfe der dadurch entstehende wirtschaftliche Druck nicht zu einer Unterversorgung der Patientinnen und Patienten führen. Das Clinicum Alpinum begrüsste die Änderung ebenfalls, betonte jedoch, dass aussagekräftige und sachgerechte Vergleichsgrundlagen gewährleistet sein müssten. Kritisch beurteilt wurde insbesondere die Kompetenz des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes, einerseits die Verfahren zu führen und andererseits gleichzeitig die massgeblichen Parameter, wie beispielsweise Toleranzmargen oder Praxisbesonderheiten, festzulegen.

Seitens der Ärztekammer wurde starke Kritik am Vorschlag geäussert. Insbesondere wurde bemängelt, dass die Definition der «anerkannten Praxisbesonderheiten» dem LKV überlassen werden sollen. Die Liechtensteinische Ärztekammer möchte diese von einer unabhängigen Stelle, dem Gesetzgeber oder der Regierung definiert wissen. Stark bemängelt wurde auch die Beweislastumkehr zugunsten des LKV im Wirtschaftlichkeitsverfahren. Hierbei wurde auf die schweizerische Rechtsprechung verwiesen, welche die Überschreitung der Toleranzmarge lediglich als Anfangsverdacht begründet und gemäss welcher zur Feststellung der Unwirtschaftlichkeit einer Praxis jeweils eine Einzelfallabklärung notwendig ist. Die Kassen bleiben dabei beweispflichtig. Des Weiteren bemängelte die Ärztekammer die Streichung des Verweises auf Art. 28.

Die Regierung hat diese Ausführungen geprüft und folgt den Einwänden hinsichtlich der als problematisch erachteten alleinigen Zuständigkeit des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes für die Festlegung der Rückforderungsberechnung, der Toleranzmargen, der Praxisbesonderheiten sowie der

Mitwirkungspflichten im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsverfahren. Sie folgt daher dem Vorschlag der Ärztekammer. Entsprechend wird in der vorliegenden Vorlage neu vorgesehen, dass die Regierung die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsverfahrens sowie der Rückforderung zu Unrecht bezogener Vergütungen durch Verordnung festlegt. Damit kann die Regierung auch dem Anliegen des Krankenkassenverbandes nach detaillierten Regelungen zu Praxisbesonderheiten, Aufteilung von Fachgebieten, Alter oder Geschlecht von Patientinnen und Patienten oder dem konkreten Ablauf des Verfahrens, Rechnung tragen.

Hinsichtlich des Vorbringens, wonach die Überschreitung einer Toleranzmarge zwingend eine Einzelfallprüfung nach sich ziehen müsse, ist festzuhalten, dass eine solche Prüfung bereits nach geltendem Konzept im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsverfahrens unter Berücksichtigung allfälliger Praxisbesonderheiten durch den Krankenkassenverband vorzunehmen ist. Die Einzelfallprüfung dient dabei der individuellen Beurteilung des konkret betroffenen Leistungserbringers unter Berücksichtigung der für dessen Praxis relevanten Besonderheiten.

Bezüglich der vorgebrachten Einwände gegen die Beweislastumkehr vertritt die Regierung weiterhin die Auffassung, dass diese beibehalten werden soll. Die bisherigen Wirtschaftlichkeitsverfahren waren in der Praxis häufig durch eine lange Verfahrensdauer und eine erschwerte Durchsetzbarkeit gekennzeichnet. Gleichzeitig wird der Krankenkassenverband künftig verpflichtet, eine verbesserte Datengrundlage für die Durchführung der Verfahren sicherzustellen.

Wird eine Überschreitung der festgelegten Toleranzmargen festgestellt, ist in einem ersten Schritt eine Einzelfallprüfung durchzuführen. Der Leistungserbringer erhält dabei Gelegenheit, die Kostenüberschreitung insbesondere unter Hinweis auf bestehende Praxisbesonderheiten zu begründen. Erst wenn keine ausreichende Rechtfertigung vorliegt und die Kostenüberschreitung die Toleranzmarge überschreitet, gilt die Unwirtschaftlichkeit der Leistung als nachgewiesen. Dem

Leistungserbringer wird somit vor einer entsprechenden Feststellung die Möglichkeit eingeräumt, sich zum Verdacht der Unwirtschaftlichkeit zu äussern. Die Beurteilung erfolgt folglich nicht schematisch anhand statistischer Kennzahlen allein, sondern unter Berücksichtigung der konkreten Umstände des Einzelfalls. Eine solche Einzelfallbetrachtung entspricht auch dem in der Schweiz angewandten zweistufigen System, das eine ausschliesslich statistische Beurteilung ebenfalls nicht zulässt.

Hinsichtlich der beantragten Streichung des Verweises auf Art. 28 weist die Regierung darauf hin, dass die Anwendungsfälle dieser Bestimmung bereits in Art. 28 selbst abschliessend geregelt sind. Ein zusätzlicher Verweis ist daher entbehrlich.

4.2.9 Kostenziele

Der LKV erachtete die Weiterführung der Kostenziele als essenziell und regte eine konsequente Anwendung sowie eine Differenzierung der Kostenziele nach Leistungserbringergruppen an. LIHK und Wirtschafskammer sprachen sich ebenfalls für die Beibehaltung und Neuausrichtung aus, beide, wie auch der BPL, begrüssten die Umstellung auf einen vierjährigen Rahmen. Auch die FBP unterstützte wirksame Kostenziele, die so ausgestaltet werden sollen, dass sie eine tatsächliche Steuerungswirkung entfalten. Kosten- und Qualitätsentwicklung müsste dabei gemeinsam betrachtet werden.

Der Apothekerverein anerkannte die kritische Würdigung der bisherigen Kostenziele durch die Regierung und sah darin gleichzeitig gewisse Zweifel an der Zweckmässigkeit des Instruments. Ausserdem sei ein Kostenziel nur dort ein geeignetes Steuerungsinstrument, wo der betroffene Leistungserbringer die zugrundeliegenden Kosten auch tatsächlich steuern könne. Dies sei bei einem wesentlichen Teil der den Apotheken zugeordneten Medikamentenkosten gerade nicht der Fall, da die eigentliche Therapieentscheidung vorgelagert getroffen werde. Aus Sicht der

Apotheken sollen Kostenziele künftig nicht anhand der abgerechneten Arzneimittekosten, sondern auf Basis von tatsächlich beeinflussbaren messbaren Zielgrössen definiert werden, z.B. Generika- und Biosimilar Substitutionsquoten. Es wird allgemein angeregt, die Kostenziele für einzelne Leistungserbringer nach dem Grundsatz der Beeinflussbarkeit auszugestalten.

Die Argumentation ist aus Sicht der Regierung prüfenswert und soll in die weiteren Überlegungen einbezogen werden.

Die Einsetzung einer unabhängigen Kosten- und Qualitätskommission wird vom LKV sowie von der Wirtschaftskammer positiv gesehen. Die FBP ersucht um sorgfältige Prüfung der Wiederbelebung und betont die Bedeutung einer fachlich kompetenten und unabhängigen Zusammensetzung sowie klar geregelter Aufgaben, Kompetenzen und Transparenzpflichten. Betroffene Leistungserbringer und Verbände gehörten einbezogen, gleichzeitig müsse verhindert werden, dass unmittelbare wirtschaftliche Eigeninteressen kostendämpfende Empfehlungen dominieren.

Die Regierung teilt die Auffassung, dass die Kosten- und Qualitätskommission fachlich kompetent und unabhängig zusammengesetzt sein muss. Gerade die Unabhängigkeit von unmittelbaren wirtschaftlichen Einzelinteressen ist aus Sicht der Regierung eine wesentliche Voraussetzung für eine sachgerechte Beratung und die Akzeptanz ihrer Empfehlungen. Im Vergleich zur Vernehmlassungsvorlage werden im vorliegenden Bericht und Antrag Mandatsdauer und Zusammensetzung auf Gesetzesstufe näher konkretisiert. In Anlehnung an die Landesgesundheitskommission wird dabei lediglich die Mindestbesetzung der Kommission geregelt, wobei die Regierung darüber hinaus fachlich relevante Mitglieder bestellen kann und auch den Vorsitz bestimmt.

4.2.10 Daten der Versicherten

Grundsätzlich gibt es in den Rückmeldungen keine Einwände gegen die den Kassen einzuräumende Möglichkeit, ihre Versicherten über sinnvolle Angebote zu informieren. Die Ärztekammer spricht sich jedoch dafür aus, klarzustellen, dass sich diese Informationen ausdrücklich auf OKP-Leistungen beziehe und keinesfalls dafür verwendet werden dürfe, Zusatzversicherungsprodukte zu bewerben.

Die Regierung stellt klar, dass dies in diesem Sinne zu verstehen ist. Die neue gesetzlich vorgesehene Informationsmöglichkeit bezieht sich ausschliesslich auf obligatorisch versicherte Leistungen bzw. Versicherungsmodelle im Rahmen des Obligatoriums.

LIPO und Seniorenbund fanden, die Möglichkeit der Kassen, Versicherte gezielt zu informieren, könne sinnvoll sein, gleichzeitig orteten sie aber erhebliches Missbrauchspotenzial. Die Grenze zwischen Information und Beeinflussung sei fliessend, auch könnte bei Betroffenen Verunsicherung ausgelöst werden und das Vertrauen in ärztliche Kompetenz untergraben werden. Die kritische Stellungnahme des Apothekervereins geht in eine ähnliche Richtung. Insbesondere dürfe die Regelung nicht dazu führen, dass die Kassen wegen unterschiedlicher Abgeltungsstruktur zum Bezug von Medikamenten bei selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzten aufzufordern könnten. Unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungswege dürften nicht nur anhand einzelner Abrechnungspositionen miteinander verglichen werden, sondern es müssten auch die damit verbundenen Beratungs-, Sicherheits- und Versorgungsleistungen berücksichtigt werden.

Die neue Bestimmung erlaubt keine allgemeine Beratung oder Therapieempfehlung. Zulässig sind lediglich Informationen über kostengünstigere Leistungen, geeignete Versicherungsformen und präventive Massnahmen. Die Krankenkassen erhalten keine Kompetenz, medizinische Diagnosen zu hinterfragen oder

Behandlungen zu empfehlen. Der gesetzliche Informationsauftrag ist eng umschrieben und auf Themen beschränkt, die der Gesundheitskompetenz und Kostentransparenz dienen. Die gezielte Information ersetzt also keinesfalls eine medizinische Beratung. Die Beurteilung, ob eine Massnahme angezeigt ist, erfolgt weiterhin durch die zuständigen medizinischen Fachpersonen gemeinsam mit den Versicherten.

Des Weiteren weisen LIPO und Seniorenbund auf die Bedeutung des Datenschutzes hin. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu Informationszwecken sei sensibel, die Zweckbindung müsse strikt überwacht werden.

Die von der LIPO und dem Seniorenbund angesprochene Sensibilität von Gesundheitsdaten ist für die Regierung nachvollziehbar. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die aus der Schweiz übernommene Regelung den Kassen keine generellen neuen Datenerhebungsbefugnisse einräumt. Vielmehr dürfen sie für die gezielte Information auf diejenigen Daten zurückgreifen, die ihnen im Rahmen der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits rechtmässig vorliegen. Es handelt sich nicht um eine Ausweitung der Datenerhebung, sondern um eine eng begrenzte zusätzliche Nutzung bereits vorhandener Daten zum Nutzen der Versicherten.

Die Datenschutzstelle (DSS) hat in ihrer Stellungnahme ausdrücklich begrüsst, dass diese Neuerung datenschutzrechtlich sorgfältig abgeklärt wurde und die Grundsätze wie Datenminimierung Zweckbindung etc. eingehalten werden und insbesondere eine Nutzung zu Marketing-, Selektions- oder Tarifzwecken ausgeschlossen wird. Ebenso wurde begrüsst, dass die Versicherten eine Information zur Verarbeitung ihrer Daten erhalten und den Erhalt weiterer Informationsschreiben im Sinne eines Opt-out ablehnen können. Die DSS empfahl jedoch eine Präzisierung, wonach die Information Art. 13 DSGVO entsprechen müsse.

Die Regierung greift diese Empfehlung auf, Näheres siehe dazu die Erläuterungen zu Art. 25a Abs. 2 KVG.

4.2.11 Weitere Anregungen im Rahmen der Vernehmlassung

Der LKV und die Concordia wiesen darauf hin, dass das bei einer über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinaus andauernden Arbeitsunfähigkeit die Leistungen weiterhin aus dem bisherigen Krankengeldvertrag ausgerichtet werden. Der entsprechende Leistungsfall belaste damit auch nach dem Ausscheiden der versicherten Person den Krankengeldvertrag des ehemaligen Arbeitgebers. Dies könne zu einer höheren Schadenbelastung und in weiterer Folge zu Prämienerhöhungen für den Arbeitgeber und die bei ihm weiterhin beschäftigten Arbeitnehmer führen. Die erkrankte Person erhalte demgegenüber weiterhin Krankengeldleistungen, ohne sich nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis durch Prämien an den dadurch entstehenden Kosten zu beteiligen. Die Concordia beantragte deshalb, in Art. 14 Abs. 5 festzuhalten, dass das bisherige Krankengeld gegen angemessene Prämienanpassung und ohne Rücksicht auf den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses auszubezahlen sei.

Die Regierung kann das von der Concordia aufgezeigte Anliegen grundsätzlich nachvollziehen. Eine entsprechende Anpassung wirft jedoch verschiedene versicherungs- und beitragsrechtliche Fragen auf. Grundsätzlich müssen Krankenkassen die Prämienbemessung so vornehmen, dass unter Berücksichtigung der übrigen Einnahmequellen die jährlichen Aufwendungen für Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten gedeckt sind und die nötigen Vermögensreserven gebildet werden können (vgl. Art. 22 Abs. 2 KVG). Die Krankheit, welche bereits während aufrechten Arbeitsverhältnisses eintrat, ist somit bei der Prämienbemessung bereits zu inkludieren. Eine Prämienanpassung wie bei den Arbeitslosen in Art. 14. Abs. 8 KVG vorgesehen, setzt voraus, dass diese freiwillig einen Einzelvertrag für das Risiko einer Krankheit abschliessen können. Vorliegend ist der Versicherungsschutz

obligatorisch vorgesehen. Die Regierung sieht deshalb im Rahmen der gegenständlichen Vorlage von einer Anpassung von Art. 14 Abs. 5 ab.

Der LKV und die Concordia machten weiter geltend, dass arbeitslose Personen mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland gegenüber arbeitslosen Personen mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Inland benachteiligt seien. Art. 14 Abs. 8a halte nicht ausdrücklich fest, dass die freiwillige Krankengeldversicherung ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustands abgeschlossen werden könne. Zur Gleichbehandlung der beiden Personengruppen beantragte die Concordia, arbeitslosen Personen mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland einen Anspruch auf Abschluss einer freiwilligen Versicherung bei der Kasse ihrer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag, unter Beibehaltung der bisherigen Krankengeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustands im Zeitpunkt des Abschlusses einzuräumen.

Die Regierung erachtet das Anliegen der Concordia als nachvollziehbar. Die Möglichkeit zur Weiterversicherung soll nicht davon abhängen, ob die vorhergehende Erwerbstätigkeit im Inland oder im Ausland ausgeübt wurde. Dies geht aus den Gesetzesmaterialien eindeutig hervor. Eine ausdrückliche Erwähnung «ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes ist vor diesem Hintergrund in Art. 14. Abs. 8a KVG nicht erforderlich. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ist eine unterschiedliche Berücksichtigung des Gesundheitszustands bei diesen beiden Personengruppen sachlich nicht gerechtfertigt.

Der LKV regte ausserdem eine Anpassung des Art. 22 Abs. 8a KVG an, wonach klar hervorgehen solle, dass während der Elternzeit (bezahlt oder unbezahlt) keine Krankenkassenprämien erhoben werden. Die praktische Umsetzung der bestehenden Regelung, wonach Bezüger von Elterngeld im Sinne des Familienzulagen- und Erwerbsersatzgesetzes ihren Beitrag der obligatorischen Krankengeldversicherung an den Arbeitgeber zu leisten haben, kollidiere mit dem bestehenden

System der Lohnsummenversicherung und der Prämienerhebung auf AHV-pflichtigen Lohn.

Die Regierung sieht vorliegend keinen Anpassungsbedarf. Ziel bei der Einführung des Elterngeldes war es, dass Bezüger von Elterngeld keinen Nachteil in ihrem Versicherungsstatus haben sollen. Das heisst, wenn kein Elterngeld bezogen wird, greift im Erkrankungsfall die Krankengeldversicherung, weil die Prämien bezahlt wurden und damit die Krankenversicherung weiterläuft. Der Bezüger ist gleichgestellt, als wenn er ohne Unterbruch gearbeitet hätte. Das war das Ziel und entsprechend fand die Umsetzung im KVG statt. Ein Verzicht auf die Prämie könnte zu einer grösseren rechtlichen Unsicherheit führen, beispielsweise bei einer während des Bezuges eingetretenen Arbeitsunfähigkeit, welche nach Bezug weiter andauert. Eine Absicherung des Arbeitnehmers im Krankheitsfall während des Bezugs von Elterngeld ist nur gegeben, wenn die Versicherung weiterläuft und die Prämien aufgrund des vor dem Bezug bezogenen Lohnes bezahlt werden. Der Grundsatz kein Versicherungsschutz ohne Prämienleistung sollte vorliegend beachtet werden. Die Regierung sieht vorliegend von der geforderten Anpassung ab.

5. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN BESTIMMUNGEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER VERNEHMLASSUNG

5.1 Gesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG)

Zu Art. 1a

Die Änderung betreffend die im Gesetz verwendeten Personenbezeichnungen beinhaltet eine Anpassung an die neueste Praxis.

Zu Art. 3a

Der Risikoausgleich soll verfeinert werden, indem zusätzlich zu Alter und Geschlecht weitere geeignete Morbiditätsindikatoren in die Berechnung

aufgenommen werden. Damit erfolgt eine Weiterentwicklung von einem eher kostenbasierten zu einem stärker risikobezogenen Ausgleich.

Mit der vorgeschlagenen Anpassung der Absätze 1 und 2 soll die gesetzliche Basis für den Risikoausgleich näher an die in der Schweiz verwendete Begrifflichkeit angeglichen werden, wo vom Krankheitsrisiko und von Indikatoren für die Morbidität gesprochen wird.

Zwar ist die Regierung heute bereits ermächtigt, auf Verordnungsebene weitere objektive Kriterien, welche Rückschlüsse auf das Versicherungsrisiko zulassen, in den Risikoausgleich einzubeziehen. Von dieser Möglichkeit wurde bislang jedoch kein Gebrauch gemacht. Neu sollen insbesondere die Parameter Spitalaufenthalt und Arzneimittelkosten zusätzlich berücksichtigt werden. Dies entspricht dem in der Schweiz bis Ende 2019 angewendeten Ausgleichsmechanismus.

Im neu eingefügten Abs. 3 wird festgehalten, dass Kinder – gemäss geltender Definition Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr – von dem für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand ausgenommen sind. Dabei handelt es sich um eine gesetzliche Klarstellung in Anlehnung an das Schweizer Recht (Art. 16 CH-KVG). In der Praxis wurden die Kosten der Kinder gestützt auf Art. 19 Abs. 1 KVV bereits bisher nicht in die Berechnung einbezogen.

Auch die neu nummerierten Absätze 4 und 5 entsprechen im Wesentlichen dem geltenden Recht. In Abs. 4 wurde der Passus betreffend die Berücksichtigung objektiver Kriterien, die Rückschlüsse auf das Versicherungsrisiko zulassen, gestrichen. Er wird durch die Formulierung in den neuen Abs. 1 und 2 ersetzt. Weiterhin wird die Regierung ermächtigt, die Einzelheiten durch Verordnung zu regeln. Im Nachgang zur Gesetzesrevision sind die relevanten Bestimmungen der Art. 18 bis 31 KVV entsprechend zu überarbeiten.

Wie bisher wird das Amt für Gesundheit mit der Durchführung des Risikoausgleichs beauftragt (Abs. 5). Die Regierung ist der Auffassung, dass sich die Durchführung bei einer neutralen Stelle wie dem Amt bewährt hat und dort sachgerecht angesiedelt ist. Die bestehende Möglichkeit zur Delegation an den Kassenverband, von der in der Praxis kein Gebrauch gemacht wurde, soll gestrichen werden.

Zu Art. 4 Abs. 1 Bst. f

Die Verordnungsermächtigung zur Regelung der Einzelheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird an dieser Stelle aufgehoben und ist neu direkt im Art. 19 verankert.

Zu Art. 12 Abs. 3a

Art. 12 Abs. 3a beruht auf einem System direkter staatlicher Leistungen nach Art. 24 Abs. 1 Bst. c. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung wird die staatliche Mitfinanzierung neu über Beiträge an die Krankenkassen nach Art. 24 Abs. 1 Bst. a abgewickelt. Eine eigenständige staatliche Leistungspflicht im Einzelfall entfällt damit, sodass Art. 12 Abs. 3a aufzuheben ist.

Zu Art. 13 Abs. 1 Bst. e

Mit dem neu eingeführten Abs. 1 Bst. e wird die gesetzliche Grundlage für die Vergütung von präventivmedizinischen Massnahmen geschaffen, die ohne ärztliche Verordnung von Apothekerinnen und Apothekern ausgeführt werden dürfen. Die konkreten Leistungen sind von der Regierung mit Verordnung zu bezeichnen.

Zu Art. 13a

Mit dem neuen Art. 13a soll die Leistungskommission gesetzlich verankert werden. Inhaltlich entsprechen die Bestimmungen dem bisherigen Art. 46 KVV. Aufgaben und Zusammensetzung der Kommission werden nicht verändert.

Zu Art. 14 Abs. 1 Bst. b

Die Kassen haben auf folgenden Umstand hingewiesen: In der Fassung dieses Artikels vor der letzten Revision lautete Art. 14 Abs. 1 zweiter Satz KVG wie folgt: «„…Das Krankengeld fällt dahin, wenn die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt ist, oder wenn es für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt, jedenfalls aber vom Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung an.» Aus den Erläuterungen zu Art. 14 Abs. 1 im Bericht und Antrag Nr. 24/2015 geht hervor, dass damals eine Anpassung im Zusammenhang mit dem Rentenbezug im Fokus stand. Gemäss den dortigen Ausführungen sollte deshalb der letzte Teilsatz zum Bezug einer ganzen Altersrente angepasst werden. Offenbar wurde dabei der Zusammenhang mit der Auszahlung während wenigstens 720 innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen nicht vollständig abgebildet. Wäre eine Streichung des Passus zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit beabsichtigt gewesen, wäre eine entsprechende Erläuterung zu erwarten gewesen. Mangels einer Erklärung ist davon auszugehen, dass die Streichung unbeabsichtigt erfolgte. Der Passus soll daher wieder aufgenommen werden.

Der LKV regte bezüglich der vorgesehenen Ergänzung zudem eine Präzisierung an, wonach nach Ablauf von 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen die Leistungspflicht für den nicht arbeitsfähigen Anteil ende. Ohne Anpassung könne die Formulierung so verstanden werden, dass für die Beendigung der Taggeldleistungen keinerlei Erwerbstätigkeit mehr bestehen dürfe. Eine Beendigung der Leistungen bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wäre damit praktisch ausgeschlossen.

Die Regierung sieht diesbezüglich keinen weiteren Anpassungsbedarf.

Zu Art. 18 Abs. 3

Der bisherige letzte Satz von Abs. 3 wird aufgehoben. Nach geltendem Recht werden bei stationären Behandlungen in Spitälern ohne Tarifvertrag die im Tarifvertrag vorgesehenen staatlichen Beiträge nicht ausgerichtet; diese sind vom Versicherten oder seiner Zusatzversicherung zu tragen. Diese Regelung steht im Zusammenhang mit der bisherigen dualen Finanzierung stationärer Leistungen. Mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen wird die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu ausgestaltet. Der staatliche Finanzierungsanteil wird künftig unabhängig davon erbracht, ob die Leistung ambulant oder stationär erfolgt. Die bisherige Bestimmung, wonach der staatliche Anteil vom Versicherten oder dessen Zusatzversicherung zu tragen ist, widerspricht dieser Systematik und ist daher aufzuheben. Dadurch wird sichergestellt, dass für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die gesetzlich vorgesehenen Finanzierungsanteile von Staat und Krankenversicherern nach einheitlichen Grundsätzen getragen werden.

Als ergänzende Klarstellung wurde zudem eingefügt, dass die OKP nur dann Leistungen ausrichtet, wenn ein Spital am Ort der Behandlung zur OKP zugelassen ist. Damit gemeint sind insbesondere die sogenannten Schweizer Listenspitäler, die sich auf einer kantonalen Spitalliste befinden. Bei reinen Privatspitälern hingegen sollen keine Leistungen aus der OKP beigetragen werden, sondern diese aus der Zusatzversicherung bzw. privat finanziert werden.

Zu Art. 19 Abs. 1 und 2a bis 2c^{bis}

Mit den vorgesehenen Ergänzungen soll das bereits geltende Wirtschaftlichkeitsgebot gestärkt werden. Ausgangspunkt bleibt, dass Leistungserbringer ihre Tätigkeit auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken haben und die Kassen zur Prüfung und

Dokumentation der Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind, wie dies bereits in der geltenden Fassung des gegenständlichen Artikels vorgesehen ist.

Die Abs. 2a und 2b entwickeln die bisherige Behandlungsfallstatistik weiter. Der Kassenverband soll auf der Basis der für die Leistungserbringer zu erstellenden Einzelfallstatistik und anhand eines statistischen Vergleichs mit einem geeigneten Vergleichskollektiv prüfen, ob der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit eingehalten wird oder eine Kostenüberschreitung vorliegt. Überschreitet ein Leistungserbringer eine Toleranzmarge so nimmt der Kassenverband eine detaillierte Einzelfallprüfung vor. Kann er dies nicht durch anerkannte Praxisbesonderheiten erklären, gilt für das Ausmass dieser Überschreitung der Beweis der Unwirtschaftlichkeit als erbracht. Damit sollen die Grundlagen für das Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gesetzlich klarer verankert werden.

Neben diesem Grundsatz sahen die Abs. 2c und 2d der Vernehmlassungsvorlage vor, dass der Kassenverband die Rückforderungsberechnung, Toleranzmargen, Praxisbesonderheiten und Mitwirkungspflichten im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsverfahren konkretisiert, was aufgrund der erfolgten Stellungnahmen nunmehr mittels Verordnung durch die Regierung erfolgen soll. Eine Konkretisierung ist erforderlich, weil es in der Vergangenheit Unklarheiten zum Wirtschaftlichkeitsverfahren gab, was eine Rückforderung durch die Kassen erschwerte.

Zu Art. 19b Abs. 1a und 4

Mit der Anpassung der bestehenden Bestimmungen über Kostenziele werden diese neu für eine Periode von vier Jahren festgelegt. Damit soll der administrative Aufwand für die Festlegung und Überprüfung für alle Beteiligten reduziert werden. Gleichzeitig soll die Interpretation von Überschreitungen, die bislang durch Abrechnungsverzögerungen erschwert war, durch den längeren Beobachtungszeitraum erleichtert werden.

In Abs. 4 wird die Kosten- und Qualitätskommission ergänzt, welche aus unabhängigen Expertinnen und Experten zusammengesetzt ist und die Aufgabe hat, die Regierung bei den Entscheiden zur Festlegung und Überprüfung der Kostenziele zu beraten. Über die Vernehmlassungsvorlage hinaus wird die Mandatsdauer von vier Jahren gesetzlich definiert und die Mindestzusammensetzung der Kommission umschrieben. So soll sie aus mindestens sieben Mitgliedern bestehen. Die gewünschte Vertretung der Betroffenen wird sichergestellt, indem mindestens zwei Vertreter der Kassen und Leistungserbringendne und mindestens ein unabhängiger Experte Einsitz nehmen. Zum Vergleich besteht die Schweizer Eidgenössische Kosten. Und Qualitätskommission aus insgesamt neun Personen, wovon sechs Personen Stakeholder aus dem System und drei Personen die Wissenschaft vertreten. Eine solcherart stärkere Gewichtung der Experten wird auch in Liechtenstein als sinnvoll erachtet. Die Regierung kann darüber hinaus weitere Mitglieder bestellen und dies somit entsprechend gestalten. Sie bestimmt ausserdem den Vorsitz.

Zu Art. 19c Abs. 2 Bst. a ^{bis}, Abs. 2a und 5

Die Kündigungsgründe in Abs. 2 werden so ergänzt, dass mit Bst. a ^{bis} klargestellt wird, dass eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine eigenständige Kündigungsgrundlage darstellt. Die Mitwirkungspflicht des Leistungserbringers ist eine zentrale Voraussetzung für die Durchführung einer sachgerechten und vollständigen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Verweigert ein Leistungserbringer die erforderlichen Auskünfte oder stellt er die notwendigen Unterlagen nicht zur Verfügung, wird die Prüfung erschwert oder sogar verunmöglicht. In solchen Fällen ist eine geordnete Zusammenarbeit zwischen Kassenverband und Leistungserbringer nicht mehr gewährleistet. Die ausdrückliche Verankerung dieses Kündigungsgrundes stärkt daher die Verbindlichkeit der Mitwirkungspflichten und verhindert, dass sich Leistungserbringer der Kontrolle entziehen können.

Die Liechtensteinische Ärztekammer kann diesen Kündigungsgrund nachvollziehen und begrüsst den Umstand, dass sich der Kündigungsgrund auf den Einfluss des Wirtschaftlichkeitsverfahrens bezieht.

Im Vernehmlassungsbericht war darüber hinaus vorgesehen, die Kündigungsmöglichkeit bei wiederholter und ungerechtfertigter Überschreitung der im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 19 festgelegten Toleranzmarge näher zu konkretisieren und an zusätzliche Voraussetzungen zu knüpfen. Gestützt auf die Stellungnahme der Liechtensteinischen Ärztekammer hat die Regierung diese Regelung einer erneuten Prüfung unterzogen. Dabei hat sich gezeigt, dass die bereits bestehenden gesetzlichen Kündigungsgründe auch die Durchführung eines Wirtschaftlichkeitsverfahren erfassen und es keiner zusätzlichen gesetzlichen Voraussetzungen bedarf. Da mit der gegenständlichen Vorlage insbesondere eine Vereinfachung und Straffung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens angestrebt wird, verzichtet die Regierung auf die ursprünglich vorgesehene Konkretisierung und die damit verbundenen zusätzlichen Voraussetzungen für eine Kündigung.

Insgesamt trägt die Anpassungen der Kündigungsbestimmung zu einer klareren und verbindlicheren Ausgestaltung der Vertragsverhältnisse zwischen dem Kassenverband und den Leistungserbringern bei. Mit der ausdrücklichen Verankerung der Verletzung der Mitwirkungspflicht als eigenständigem Kündigungsgrund wird die Wirksamkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung gestärkt. Gleichzeitig wird auf zusätzliche Kündigungsvoraussetzungen im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsverfahren verzichtet, da die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen das Wirtschaftlichkeitsverfahren bereits als Kündigungsrund umfassen und keine zusätzlichen Hürden geschaffen werden sollen, sondern insgesamt eine Verschlankung des Verfahrens erfolgen soll.

Die Bestimmung im Abs. 2a legt fest, bis zu welchem Zeitpunkt Vertragsverhältnisse zwischen dem Kassenverband und Leistungserbringern längstens

fortbestehen können. Der Kassenverband hat Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 unter Einhaltung der vorgesehenen Kündigungsfrist auf das Ende jenes Monats zu kündigen, in welchem der Leistungserbringer das 70. Altersjahr vollendet.

Diese Regelung wurde seitens des Apothekervereins, der Liechtensteinischen Ärztekammer sowie der Liechtensteinischen Industrie- und Handelskammer mit Verweis auf den Fachkräftemangel und den demografischen Wandel kritisch hinterfragt.

Die Regierung erachtet diese Regelung als sinnvoll deren Zweck es ist, eine einheitliche und rechtsgleiche Handhabung hinsichtlich der Vertragsdauer mit Leistungserbringern sicherzustellen sowie den Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und dauerhaft leistungsfähige medizinische Versorgung Rechnung zu tragen. Die Altersgrenze dient dabei insbesondere der Sicherstellung der Patientensicherheit, der Qualitätssicherung sowie einer geordneten Nachfolge- und Versorgungsplanung.

Massgeblich für die Beendigung des Vertragsverhältnisses ist das Ende des Monats, in welchem das 70. Altersjahr vollendet wird. Dadurch wird ein klar bestimmbarer und administrativ praktikabler Zeitpunkt für die Vertragsbeendigung geschaffen.

Die Bestimmung gemäss Abs. 5 ist aufzuheben, weil für die betreffenden Streitigkeiten kein besonderes Schiedsverfahren mehr vorgesehen ist. Nach der bisherigen Rechtslage unterstanden Streitigkeiten zwischen Kassen bzw. Kassenverband und Leistungserbringern dem Schiedsgericht nach Art. 28. Dies galt auch für Einsprüche gegen eine Kündigung durch den Kassenverband. Aufgrund des Wegfalls dieser spezialgesetzlichen Zuständigkeitsordnung, sind Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Kündigung eines Vertrags nicht mehr dem Schiedsgericht

zugewiesen, sodass sie im ordentlichen Zivilverfahren nach der Zivilprozessordnung geltend zu machen sind.

Zu Art. 20 Abs. 4

Da die diesbezügliche spezialgesetzlichen Zuständigkeitsordnung des Schiedsgerichtes entfällt, ist der letzte Satz von Abs. 4 zu streichen und ist das ordentliche Zivilverfahren anzuwenden.

Zu Art. 21 Abs. 2

Mit diesem Artikel wird die Trennung der Versicherung in eine Grund- und eine Hochkostenversicherung definiert. Diese Unterscheidung soll weiterhin für die Berechnung der Prämien und der Kostenbeteiligung Anwendung finden, aber nicht mehr für den allgemeinen Staatsbeitrag an die erwachsenen Versicherten. Dieser soll aufgehoben und in die Finanzierung des Staatsanteils im Rahmen der einheitlichen Finanzierung einfliessen. Daher ist im Abs. 2 der Ausdruck «sowie die Festlegung des Staatsbeitrags nach Art. 24a Abs. 2» zu streichen.

Zu Art. 23b Abs. 2 Bst. a und b

Mit der vorgeschlagenen Anpassung in Abs. 2 Bst. a soll der Selbstbehalt für bestimmte Leistungen bis zum doppelten Prozentsatz erhöht werden können, insbesondere wenn bei Vorliegen eines Generikums oder Biosimilars ein teureres Original- bzw. Referenzpräparat bezogen wird. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen aus nachweisbaren medizinischen Gründen auf eine Substitution zu verzichten ist.

Gemäss Bst. b soll es der Regierung weiterhin möglich sein, für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung herabzusetzen oder sie aufzuheben. Gestrichen wird jedoch der Zusatz «insbesondere bei Chronischkranken». Damit soll die generelle Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung, die sich über die Jahre als schwer umsetzbar und ungerecht erwiesen hat, aufgehoben werden. Einkommensschwache Personen mit chronischen Erkrankungen werden durch andere

Instrumente, wie die ab 2017 eingeführte Prämienverbilligung auf die entrichtete Kostenbeteiligung, fairer und treffsicherer unterstützt.

Die vorgeschlagene Abschaffung könnte die Regierung auch durch Anpassung der Krankenversicherungsverordnung umsetzen. Mit der vorliegenden Gesetzesanpassung stellt die Regierung eine Aufhebung der expliziten Kann-Bestimmung in Bezug auf Chronischkranke zur Diskussion, dies insbesondere um die breite politische Meinungsbildung über den Vorschlag zu ermöglichen.

Zu Art. 24 Abs. 1 Bst. c

Mit der Einführung von EFAS wird die Streichung des zweiten Teilsatzes von Bst c notwendig, weil die direkten Beiträge des Staates an die Spitäler für stationäre Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Zukunft entfallen. Neu beteiligt sich der Staat an den ambulanten und stationären Leistungen nach einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel und bezahlt diesen Beitrag an die Kassen. Die Kassen zahlen die Leistungen im Unterschied zur bisherigen dualen Finanzierung neu aus einer Hand (Monismus).

Davon unabhängig wird es weiterhin möglich bleiben, gemeinwirtschaftliche Leistungen ausserhalb der OKP-Finanzierung über staatliche Leistungsaufträge zu bestellen und abzugelten. Der erste Teil des Satzes soll deswegen bestehen bleiben. Dies gilt ergänzend zum geltenden Art. 37 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes, der es dem Land ermöglicht, Einrichtungen des Gesundheitswesens zu errichten, zu betreiben, sich daran zu beteiligen oder sie durch finanzielle Beiträge zu unterstützen.

Zu Art. 24a

Im Zuge der Überarbeitung wurde dieser Artikel neu strukturiert. Gemäss Abs. 1 wird der Staatsbeitrag neu für alle Leistungen nach Art. 13 und 15 bezahlt, das sind

alle obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege sowie bei Mutterschaft.

Die bisherige 90%-ige Kostenübernahme der im Landesdurchschnitt errechneten Kosten der Kinder wird aufgehoben. Der neue, einheitliche Staatsbeitrag im Rahmen von EFAS wird nunmehr gleichermassen an die Kosten der Kinder und der übrigen (erwachsenen) Versicherten ausgerichtet.

Der Staatsbeitrag für die übrigen Versicherten wurde bislang als Anteil an der Hochkostenversicherung (Kosten über CHF 5'000) geleistet. Nun wird diese Anknüpfung an die Hochkostenversicherung aufgegeben und der Staatsbeitrag als allgemeiner Beitrag an sämtliche Kosten (Grund- und Hochkosten) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgestaltet.

Der Beitrag wird gemäss Abs. 2 auf Basis der Nettokosten (Bruttokosten minus Kostenbeteiligung der Versicherten und minus Kostenersatz durch den Staat gemäss Art. 23 Abs. 2b) ermittelt. Der anteilige Prozentsatz der Kostenübernahme ist im Abs. 3 definiert. Dies entspricht der Grundlogik von EFAS, wonach sich die öffentliche Hand mit einem festen Anteil an den Nettokosten der versicherten Leistungen beteiligt und die Finanzierung der Leistungen aus einer Hand erfolgt.

Der in Abs. 3 erstmalig festgelegte Prozentsatz wird gemäss Abs. 4 durch die Regierung alle drei Jahre überprüft. Auf Basis eines Berichts der Regierung an den Landtag entscheidet dieser, ob eine Anpassung notwendig ist.

Abs. 5 ist die Grundlage für die auf Verordnungsebene zu definierenden Abrechnungsdaten. Abs. 6 ermöglicht dem Amt für Gesundheit weiterhin den Zugang zu den Rechnungen der Kassen zu Kontrollzwecken.

Zu Art. 24b Abs. 3 und 6

Art. 24b regelt die Beiträge an die einkommensschwachen Versicherten und legt die Grundlagen für die Prämienverbilligung fest. In Abstimmung mit dem Amt für Soziale Dienste (ASD) werden die relevanten Begriffe im Zusammenhang mit den abzugsfähigen Unterhaltsbeiträgen und der faktischen Lebensgemeinschaft präzisiert.

In Abs. 3 wird für den massgebenden Erwerb auf den Gesamterwerb gemäss Art. 14 SteG verwiesen, der aus systematischen Gründen neu in Verbindung mit Art. 16 SteG gesetzt wird.

Abs. 6 wird um die Definition der faktischen Lebensgemeinschaft ergänzt.

Zu Art. 25a

Die Kassen sollen gestützt auf Abs. 1 die Möglichkeit erhalten, ihre Versicherten gezielt mit Informationen über kostengünstigere Leistungen, geeignete Versicherungsmodelle und präventive Massnahmen zu informieren. Die angesprochenen Versicherungsmodelle sind konkret die erweiterte vs. Standard-OKP (Art. 18 Abs. 2a), freiwillig höhere Kostenbeteiligungen (Art. 23a) sowie Versorgungsnetze (Art. 16f iVm Art. 22 Abs. 3). Damit können Kassen ihre Versicherten verständlich über kostenrelevante Aspekte der Leistungserbringung informieren. Dies stärkt die Transparenz im Gesundheitssystem und ermöglicht es den Versicherten, fundiertere Entscheidungen zu treffen und im Rahmen ihrer Eigenverantwortung einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten. Die Information hat sachlich, neutral und auf die gesetzlich vorgesehenen Zwecke beschränkt zu erfolgen.

Adressat der Informationen ist ausdrücklich die versicherte Person, nicht etwa die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt.

Abs. 2 sichert die Rechte jener Versicherten, die diese Informationen nicht erhalten wollen, indem die Kasse ausdrücklich darauf hinweisen muss, dass der Erhalt der Informationen freiwillig ist und die Möglichkeit eines Widerspruchs besteht.

Die DSS hat darauf hingewiesen eine alleinige Information über den Zweck, wie vorgesehen, reiche nicht aus, sondern die Information müsse überdies Art. 13 DSGVO entsprechen.

Mit einer entsprechenden Ergänzung in Abs. 2 wird dieser Empfehlung gefolgt.

Zu Art. 26a Bst. i

Der bestehende Artikel zur Verarbeitung personenbezogener Daten wird ergänzt um die datenschutzrechtliche Grundlage für die neu eingeführte Möglichkeit zur Verarbeitung von Daten der Versicherten durch die Kassen gemäss Art. 25a. Die Verarbeitung der Daten ist dabei auf diesen gesetzlich vorgesehenen Zweck beschränkt und hat unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Grundsätze, insbesondere der Zweckbindung und der Verhältnismässigkeit, zu erfolgen.

Zu Art. 26c Abs. 1 und Abs. 1a

Art. 26c dient der Regelung der behördlichen bzw. institutionellen Verwaltungshilfe. In Abs. 1 werden die Begriffe sowie die Auskunftspflichten zwischen den Steuerbehörden und dem Amt für Soziale Dienste präzisiert. Mit dem neuen Abs. 1a) wird eine ausdrückliche klare gesetzliche Grundlage für die Übermittlung von nachträglich bekannt gewordenen oder berichtigten Erwerbs- sowie Vermögensdaten durch die Steuerbehörden an das Amt für Soziale Dienste im Spezialgesetz selbst geschaffen. Die Rechtmässigkeit und verpflichtende Notwendigkeit der entsprechenden Datenübermittlung ergibt sich bereits aus Art. 5 Abs. 1 Bst. d DSGVO, nach welcher Bestimmung personenbezogene Daten sachlich richtig und erforderlichenfalls auf dem neuesten Stand sein müssen und alle angemessenen Massnahmen zu treffen sind, damit personenbezogene Daten, die im Hinblick auf die

Zwecke ihrer Verarbeitung unrichtig sind, unverzüglich gelöscht oder berichtigt werden («Richtigkeit»). Die Mitteilungspflicht im Zusammenhang mit bspw. der Berichtigung personenbezogener Daten ist weiters in Art. 19 DSGVO verankert.

Zu Art. 28 Abs. 1, 2 und 3

Anstelle des bisherigen Schiedsgerichts wird in Abs. 1 neu das Landgericht als ordentliches staatliches Gericht für Streitigkeiten zwischen Kassen, Kassenverband, Leistungserbringern sowie Berufsvereinigungen zuständig erklärt. Damit wird das bislang vorgesehene, vergleichsweise aufwendige und formalistische Schiedsverfahren aufgegeben. Durch die Übertragung der Zuständigkeit auf das Landgericht wird eine institutionell gefestigte, professionalisierte und einheitliche Rechtsprechung gewährleistet. Die Zuständigkeit eines staatlichen Gerichts führt auch zu klaren verfahrensrechtlichen Rahmenbedingungen und etablierten Abläufen nach der Zivilprozessordnung. Dies erleichtert den Parteien die Rechtsdurchsetzung und erhöht die Vorhersehbarkeit gerichtlicher Entscheidungen.
Abs. 2 übernimmt im Wesentlichen die bisherigen Regelungen zu den Rechtsmitteln. Gegen Entscheide des Landgerichts steht weiterhin die Berufung an das Obergericht sowie die Revision an den Obersten Gerichtshof offen. Damit bleibt der Instanzenzug unverändert bestehen; der Rechtsschutz wird in materieller Hinsicht nicht eingeschränkt. Die sinngemässe Anwendbarkeit der einschlägigen Bestimmungen des AHV-Gesetzes stellt sicher, dass die Besonderheiten sozialversicherungsrechtlicher Streitigkeiten weiterhin angemessen berücksichtigt werden.

Die Liechtensteinische Ärztekammer und der Kassenverband begrüssen grundsätzlich die Abschaffung des Schiedsverfahrens, da sich dieses in der Vergangenheit als teuer und wenig effizient erwiesen hat. Die Liechtensteinische Ärztekammer möchte jedoch eine pauschale aufschiebende Wirkung für streitanhängige Sachen vorgesehen haben.

Hierzu ist festzuhalten, dass die Zivilprozessordnung, im Unterschied zum Verfahren vor dem Staatsgerichtshof, keine aufschiebende Wirkung vorsieht. Soweit ein Leistungserbringer vorsorgliche Massnahmen oder einen vorläufigen Aufschub der Vollstreckung erwirken möchte, hat er die hierfür vorgesehenen Anträge zu stellen. Eine gesetzliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung wäre nicht sachgerecht, da sie der gerichtlichen Beurteilung solcher Anträge vorgreifen würde.

Neu eingeführt wird mit Abs. 3 eine Begrenzung der Bemessungsgrundlage in Wirtschaftlichkeitsverfahren auf maximal CHF 100’000. Diese Regelung dient der Verfahrensökonomie und soll insbesondere verhindern, dass Streitigkeiten mit sehr hohen Streitwerten zu unverhältnismässig aufwendigen und kostenintensiven Verfahren führen. Gleichzeitig schafft die Deckelung mehr Planbarkeit hinsichtlich der Verfahrenskosten.

5.2 Gesundheitsgesetz (GesG)

Zu Art. 1a

Die Änderung betreffend die im Gesetz verwendeten Personenbezeichnungen beinhaltet eine Anpassung an die neueste Praxis.

Zu Art. 6 Abs. 1 Bst. a

Mit einer Abänderung von Art. 6 Abs. 1 Bst. a GesG soll die Grundlage geschaffen werden, den Tätigkeitsbereich von Apothekerinnen und Apothekern um weitere Aufgaben zu ergänzen. Als Grundlage dient hierzu Art. 9 Bst. f des schweizerischen Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG), welcher die Übernahme von Aufgaben zur Förderung, Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten, insbesondere bei Impfungen, umfasst.

Vorbehaltlich des Nachweises der entsprechenden fachlichen Kompetenzen ist neben der Durchführung von Impfberatungen und der Vornahme von Impfungen

insbesondere auch an die medizinische Betreuung chronisch Kranker, die Durchführung von bestimmten Konsultationen in der Apotheke sowie die Vornahme von Anamnesegesprächen in der Grundversorgung zu denken. Vor diesem Hintergrund ist einerseits der bisherige Passus im Einleitungssatz von Art. 6 Abs. 1 Bst. a GesG «unter Ausschluss von Heilbehandlungen» zu streichen, andererseits ist mit einer neuen Ziffer 4. der angedachte erweiterte Tätigkeitsbereich aufzunehmen. Überdies sind die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen und die Meldepflicht der impfenden Person, die konkrete Umschreibung jener Impfungen, die in Apotheken durchgeführt werden dürfen, die weiteren Anforderungen an die Apotheken (Räumlichkeiten, Qualitätssicherungssystem, Dokumentation der erfolgten Impfung, erweiterte Haftpflichtversicherung etc.) sowie die Kostenübernahme für den Impfstoff und die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker zulasten der OKP auf Verordnungsstufe zu verankern.

Zu Art. 6 Abs. 1 Bst. o

Mit der angepassten Formulierung soll einerseits anstelle der bisher verwendeten Bezeichnung Pflegefachfrau die geschlechtsneutrale Umschreibung Pflegefachperson verankert werden, andererseits soll der Tätigkeitsbereich um das Berufsbild der Pflegefachperson mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurse, APN) ergänzt werden. Entsprechend dem neuen Wortlaut von Art. 6 Abs. 1 Bst. o ist die Gesundheitsverordnung hinsichtlich der Bestimmungen über die fachliche Eignung zu ergänzen, wonach zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Pflegefachperson mit erweiterter klinischer Praxis zwingend der Erwerb eines Masters in Pflegewissenschaften bzw. eines gleichwertigen Abschlusses mit Schwerpunkt Advanced Practice Nursing vorausgesetzt wird.

Die Liechtensteinische Ärztekammer weist darauf hin, bei der Beschreibung der zulässigen Tätigkeiten auf auslegungsbedürftige Begrifflichkeiten zu verzichten

und im Falle der APN auch bestimmte Tätigkeiten explizit auszuschliessen (z.B. Diagnosestellung).

Die Regierung hat den konkret eingebrachten Abänderungsvorschlag der Liechtensteinischen Ärztekammer hierzu berücksichtigt.

6. VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT / RECHTLICHES

Die vorgeschlagene Regelung steht im Einklang mit der Verfassung des Fürstentums Liechtenstein sowie mit dem geltenden Recht. Besondere verfassungsrechtliche oder rechtliche Fragen stellen sich nicht.

7. AUSWIRKUNGEN AUF VERWALTUNGSTÄTIGKEIT, RESSOURCENEINSATZ UND NACHHALTIGE ENTWICKLUNG

7.1 Neue und veränderte Kernaufgaben

Mit den vorgeschlagenen Änderungen werden in der Verwaltung keine neuen Kernaufgaben geschaffen, sondern bestehende Aufgaben inhaltlich angepasst, erweitert oder vertieft. Die Anpassungen betreffen insbesondere die Steuerung, Koordination, Aufsicht und Datenanalyse.

Im Zusammenhang mit der Einführung von EFAS verändern sich insbesondere die bestehenden Abrechnungs- und Kontrollaufgaben des Amtes für Gesundheit. Die bisher getrennten Finanzierungsinstrumente werden durch einen einheitlichen Finanzierungsmechanismus ersetzt, der weiterhin über Beiträge an die Krankenkassen abgewickelt wird. Damit verbunden sind Anpassungen bei der Ermittlung der relevanten Kostenbasis, bei der Prüfung der von den Krankenkassen gelieferten Daten sowie bei der unterjährigen Abwicklung und definitiven Jahresabrechnung der Staatsbeiträge. Zusätzlich kommt der periodischen Überprüfung des gesetzlich

festgelegten Finanzierungsschlüssels sowie der Berichterstattung an den Landtag eine erhöhte Bedeutung zu.

Auch die Verfeinerung des Risikoausgleichs führt nicht zu neuen Kernaufgaben, sondern zu einer Ausweitung der bestehenden operativen und analytischen Tätigkeiten. Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer Morbiditätsindikatoren erhöhen sich insbesondere die Anforderungen an die Datenverarbeitung, die Qualitätssicherung der Berechnungsgrundlagen sowie die methodische Nachvollziehbarkeit des Ausgleichsmechanismus. Die Durchführung des Risikoausgleichs verbleibt weiterhin beim Amt für Gesundheit als neutraler staatlicher Stelle.

Im Bereich der Governance und der strategischen Steuerung kommt es zu einer Stärkung bestehender Strukturen. Die Leistungskommission wird neu auf Gesetzesebene verankert, und für die Festlegung und Überprüfung der Kostenziele wird eine fachliche Kosten- und Qualitätskommission eingesetzt. Für die Verwaltung ergeben sich daraus Aufgaben in der fachlichen Vorbereitung, organisatorischen Betreuung und Koordination dieser Gremien sowie bei der Einbindung ihrer Ergebnisse in die Entscheidungsprozesse der Regierung.

Die Weiterentwicklung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens führt ebenfalls nicht zu neuen Vollzugsaufgaben, verstärkt jedoch die aufsichts- und koordinationsbezogene Rolle der Verwaltung. Die Auswertung aggregierter Ergebnisse, die Begleitung systematischer Prüfungen sowie die Verknüpfung mit den Kostenzielen gewinnen an Bedeutung, während die operative Durchführung der Prüfverfahren weiterhin bei den zuständigen Akteuren verbleibt.

Neu, jedoch zeitlich befristet, sind Aufgaben im Zusammenhang mit der erstmaligen Bewilligung von Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses) und dem ausgeweiteten Aufgabenbereich von

Apothekerinnen und Apothekern, sowie aus der Begleitung und Evaluation allfälliger Pilotprojekte in diesen Bereichen.

Schliesslich ergeben sich im Zusammenhang mit der neu geregelten Möglichkeit der gezielten Information der Versicherten durch die Krankenkassen präzisierte Aufsichtsaufgaben. Diese betreffen insbesondere die Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Zweckbindung, Neutralität und zum Datenschutz bei der Verarbeitung von Versichertendaten.

Insgesamt führen die vorgeschlagenen Reformen zu einer qualitativen Weiterentwicklung der bestehenden Verwaltungstätigkeit, insbesondere im Bereich der Steuerung, Datenanalyse und Governance. Ein struktureller Ausbau der Verwaltung oder die Schaffung neuer dauerhafter Kernaufgaben ist damit nicht verbunden.

7.2 Personelle, finanzielle, organisatorische und räumliche Auswirkungen

Die vorgeschlagenen Massnahmen haben nach heutiger Einschätzung keine erheblichen personellen, finanziellen, organisatorischen oder räumlichen Auswirkungen auf die Landesverwaltung.

Es werden keine neuen Stellen geschaffen. Der zusätzliche Aufwand, insbesondere in der Einführungsphase von EFAS und Risikoausgleich sowie bei der Begleitung der Etablierung weiterentwickelter Berufsprofile, ist begrenzt und zeitlich befristet und kann mit den bestehenden personellen Ressourcen bewältigt werden.

Finanzielle Auswirkungen ergeben sich in begrenztem Umfang durch Sitzungsgelder und Honorare externer Fachpersonen im Zusammenhang mit der neu einzusetzenden Kosten- und Qualitätskommission. An Sitzungsgeldern sind gemäss geltender Entschädigungsregel CHF 180 pro Sitzung und Person zu veranschlagen, für aufwändigere Arbeiten gegebenenfalls mehr. Bei angenommenen sieben bis neun

Personen und vier Sitzungen bewegen sich die Kosten in einer Grössenordnung unter CHF 10'000 pro Jahr.

Darüber hinaus erfordern sowohl die Abwicklung von EFAS als auch der verfeinerte Risikoausgleich eine neue bzw. weiterentwickelte technische Lösung zur Verarbeitung, Prüfung und Abrechnung der relevanten Daten. Es ist vorgesehen, zu prüfen, ob hierfür auf eine bestehende Lösung der GE KVG in der Schweiz zurückgegriffen werden kann. Eine Kostenschätzung liegt derzeit noch nicht vor.

Organisatorisch beschränken sich die Auswirkungen auf Anpassungen bestehender Abläufe. Räumlicher Mehrbedarf entsteht nicht. Insgesamt ist kein struktureller Ausbau der Verwaltung erforderlich.

7.3 Betroffene UNO-Nachhaltigkeitsziele und Auswirkungen auf deren Umsetzung

Die vorgeschlagenen Massnahmen leisten einen positiven Beitrag zur Umsetzung ausgewählter UNO-Nachhaltigkeitsziele, insbesondere im Bereich der sozialen, wirtschaftlichen und institutionellen Nachhaltigkeit.

Gesundheit und Wohlergehen (SDG 3): Im Vordergrund steht das Ziel «Gesundheit und Wohlergehen» (SDG 3). Durch die Weiterentwicklung der Finanzierungsmechanismen, die Stärkung ambulanter und koordinierter Versorgungsformen, die Förderung neuer Versorgungsmodelle sowie die bessere Nutzung vorhandener Ressourcen wird die langfristige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, sicheren und für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung unterstützt.

Reduktion von Ungleichheiten (SDG 10): Darüber hinaus tragen die Massnahmen zur Reduktion von Ungleichheiten (SDG 10) bei. Die einheitliche Finanzierung, der verfeinerte Risikoausgleich sowie die Vereinfachung und Vereinheitlichung bestehender Regelungen fördern eine gerechtere Verteilung der Kostenlasten zwischen

den Versicherten und stärken die Solidarität im System, während soziale Härten weiterhin gezielt über bestehende sozialpolitische Instrumente abgefedert werden.

Nachhaltiges Wirtschaften (SDG 8 und SDG 12): Weiter leisten die Reformen einen Beitrag zu nachhaltigem Wirtschaften (SDG 8 und SDG 12). Eine wirksamere Kostensteuerung, die Förderung wirtschaftlicher Leistungserbringung sowie der effizientere Einsatz medizinischer Leistungen und Ressourcen erhöhen die langfristige finanzielle Tragfähigkeit des Gesundheitssystems und wirken dämpfend auf gesamtwirtschaftliche Belastungen.

Qualität von Institutionen und Entscheidungsprozessen (SDG 16): Schliesslich stärken die vorgeschlagenen Massnahmen die Qualität von Institutionen und Entscheidungsprozessen (SDG 16). Die verbindlichere Verankerung von Kommissionen, klarere Zuständigkeiten, transparentere Prüf- und Steuerungsmechanismen sowie evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen tragen zur Weiterentwicklung leistungsfähiger, transparenter und rechenschaftspflichtiger staatlicher Strukturen bei.

Insgesamt unterstützen die Massnahmen somit die nachhaltige Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitssystems im Einklang mit den Zielsetzungen der Agenda 2030.

7.4 Evaluation

Die Wirkungen der vorgeschlagenen Gesetzesänderungen sollen im Rahmen der vorgesehenen gesetzlichen Instrumente beobachtet und beurteilt werden. Insbesondere sind zwei gezielte Evaluationsmassnahmen vorgesehen:

Erstens wird der im Rahmen von EFAS gesetzlich festgelegte Finanzierungsschlüssel periodisch überprüft. Diese Überprüfung dient dazu, festzustellen, ob sich der

Finanzierungsschlüssel bewährt hat oder ob Anpassungen erforderlich sind. Die Ergebnisse werden dem Landtag im Rahmen der vorgesehenen Berichterstattung zum Entscheid über eine nötige Anpassung unterbreitet.

Zweitens unterliegen zeitlich befristete Pilotprojekte, insbesondere im Bereich neuer Versorgungsmodelle mit Hilfe von APNs, einer gesonderten Auswertung. Diese Evaluation soll aufzeigen, ob die gesetzliche Ermöglichung solcher Pilotprojekte sachlich gerechtfertigt ist und ob eine Weiterführung oder eine weitergehende und dauerhafte gesetzliche Regelung empfohlen werden kann.

Darüber hinaus sind keine weiteren formellen Evaluationsfristen oder -instrumente vorgesehen. Die Beobachtung der Wirkungen erfolgt im Rahmen der laufenden Vollzugstätigkeit.

II. ANTRAG DER REGIERUNG

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

A n t r a g ,

der Hohe Landtag wolle diesen Bericht und Antrag zur Kenntnis nehmen und die beiliegende Gesetzesvorlage in Behandlung ziehen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Landtagspräsident, sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete, den Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung.

REGIERUNG DES
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

gez. Brigitte Haas

III. REGIERUNGSVORLAGE

1.1 Gesetz über die Krankenversicherung (KVG)

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. 1a

Personenbezeichnungen

Unter den in diesem Gesetz verwendeten Personenbezeichnungen sind alle Personen unabhängig ihres Geschlechts zu verstehen, sofern sich die Personenbezeichnungen nicht ausdrücklich auf ein bestimmtes Geschlecht beziehen.

Art. 3a

Risikoausgleich

1) Kassen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Kassen, müssen der mit der Durchführung des Risikoausgleichs betrauten Stelle (Abs. 6) Risikoabgaben entrichten.

2) Kassen mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten von der mit der Durchführung des Risikoausgleichs betrauten Stelle Ausgleichsbeiträge.

3) Die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge sind so festzulegen, dass Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Kassen ausgeglichen werden.

4) Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch das Alter, das Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität abgebildet. Die Regierung legt die Indikatoren fest.

5) Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr (Kinder) sind vom massgebenden Versichertenbestand ausgenommen.

6) Das Amt für Gesundheit führt den Risikoausgleich unter den Kassen durch.

7) Die Regierung regelt das Nähere über den Risikoausgleich mit Verordnung.

Art. 4 Abs. 1 Bst. f

Aufgehoben

Art. 12 Abs. 3a

Aufgehoben

Art. 13 Abs. 1 Bst. e

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

e) von der Regierung bezeichnete präventivmedizinische Massnahmen, insbesondere Impfungen, die von Apothekern ohne ärztliche Verordnung durchgeführt werden.

Art. 13a

Leistungskommission

1) Die Regierung bestellt für die Beurteilung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Leistungskommission. Die Kommission besteht vorbehaltlich Abs. 2 aus Vertretern der Behörden, der Ärzteschaft und des Kassenverbandes. Die Mandatsperiode der Mitglieder beträgt vier Jahre. Der Vertreter des Amtes für Gesundheit führt den Vorsitz. Der Amtsarzt nimmt mit beratender Stimme Einsitz.

2) Sind Leistungen von Personen, die einen in Abs. 1 nicht genannten Gesundheitsberuf ausüben, von Laboratorien, von Krankentransportunternehmungen oder von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu beurteilen, nehmen die von der Regierung bestellten Vertreter dieser Berufsgruppe mit Stimmrecht Einsitz in die Kommission. Die Kommission kann Fachexperten mit beratender Stimme beiziehen.

3) Die Kommission empfiehlt der Regierung, ob bestimmte Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind oder nicht. Die Regierung ist an die Empfehlungen der Leistungskommission nicht gebunden; sie kann ihre Verordnungskompetenz (Art. 13 Abs. 3) auch ohne eine Empfehlung der Leistungskommission wahrnehmen.

Art. 14 Abs. 1 Bst. b

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich oder chiropraktorisch bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld zu gewähren. Der Anspruch auf Ausrichtung eines Krankengeldes endet, wenn:

b) das Krankengeld für eine oder mehrere Krankheiten unter Berücksichtigung einer vereinbarten Wartefrist nach Abs. 2 während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt;

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 – sofern das Spital am Ort der Behandlung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen ist - als obligatorisch versicherte Leistung die auf ihre Rechnung entfallenden Kosten nach dem Tarifvertrag mit einem für die Behandlung geeigneten Spital.

Art. 19 Abs. 1 und 2a bis 2c^{bis}

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das im Interesse der Versicherten und für den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken; ihre Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Kassen haben die Rechnungen sowie das Leistungsverhalten der Leistungserbringer entsprechend zu prüfen und ihr Prüfungshandeln zu dokumentieren. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

2a) Die Kassen melden dem Kassenverband nach dessen Vorgaben für jedes Kalenderjahr die an die einzelnen Leistungserbringer erbrachten Kostenvergütungen in der obligatorischen und den freiwilligen Versicherungen für Krankenpflege. Der Kassenverband fasst diese Angaben zu einer Statistik der Behandlungskosten zusammen. Zusätzlich fasst er die Angaben der Kassen für jeden Leistungserbringer in einer Einzelfallstatistik zusammen und weist darin die Summe aller vom Leistungserbringer verursachten Kosten für Leistungen nach Art. 13 und 15 sowie die Summe der Kostenarten, aufgeschlüsselt insbesondere nach Leistungen, Medikamenten, Laboranalysen sowie weiteren Kosten, aus. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

2b) Der Kassenverband überprüft gestützt auf die Einzelfallstatistik nach Abs. 2a und anhand eines statistischen Vergleichs mit einem geeigneten Vergleichskollektiv, ob die Leistungserbringer den Grundsatz nach Abs. 1 beachten. Stellt der Kassenverband im Rahmen dieser Überprüfung eine Kostenüberschreitung eines Leistungserbringers im Vergleich zum Vergleichskollektiv fest, welche die von der Regierung mit Verordnung bestimmte Toleranzmarge überschreitet, und kann der Leistungserbringer die Kostenüberschreitung nicht durch anerkannte Praxisbesonderheiten begründen, so gilt für das Ausmass der Kostenüberschreitung der Beweis der unwirtschaftlichen Behandlung als erbracht. Der

Kassenverband fordert vom Leistungserbringer die Vergütung der unwirtschaftlichen Leistungen nach dem Ergebnis der Rückforderungsberechnung zurück. Die Regierung regelt das Nähere, insbesondere über das Wirtschaftlichkeitsverfahren, die Rückforderung zu Unrecht bezogener Vergütungen und die Praxisbesonderheiten, mit Verordnung.

2c) Die Rückforderung zu Unrecht bezogener Vergütungen verjährt spätestens mit Ablauf von fünf Jahren seit dem Bezug der Vergütungen. Wird die Rückforderung aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, ist diese Frist massgebend. Die Verjährung wird durch die Einleitung des Verfahrens nach Art. 28 unterbrochen.

2c^{bis}) Die Leistungserbringer sind zur Mitwirkung im Wirtschaftlichkeitsverfahren, insbesondere bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, verpflichtet und haben dem Kassenverband alle dazu nötigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen; insbesondere haben sie Kostenüberschreitungen nach Abs. 2b auf Verlangen des Kassenverbandes zu begründen.

Art. 19b Abs. 1a und 4

1a) Die Kostenziele nach Abs. 1 werden jeweils für eine Dauer von vier Jahren festgelegt. Die Festlegung hat spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die die Kostenziele gelten sollen, zu erfolgen.

4) Die Regierung bestellt eine unabhängige Kosten- und Qualitätskommission. Die Kommission berät die Regierung bei den Entscheiden über die Festlegung und die Überprüfung der Kostenziele. Die Kommission besteht aus mindestens sieben Mitgliedern, wobei mindestens zwei Vertreter der Leistungserbringer, mindestens zwei Vertreter der Kassen sowie mindestens ein unabhängiger Experte

Einsitz nehmen. Die Mandatsperiode der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Regierung bestimmt den Vorsitz.

Art. 19c Abs. 2 Bst. a^{bis} sowie Abs. 2a und 5

2) Der Kassenverband kann Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 nur nach vorgängiger Anhörung des entsprechenden Berufsverbandes der Leistungserbringer schriftlich unter Angabe der Gründe kündigen, wenn:

a^{bis}) ein Leistungserbringer die Mitwirkungspflicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung verletzt und dadurch die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblich erschwert oder verhindert;

2a) Der Kassenverband kündigt Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach Abs. 3 auf das Ende des Monats, in welchem der Leistungserbringer das 70. Altersjahr vollendet.

5) Aufgehoben

Art. 20 Abs. 4

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. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt verlangen.

Art. 21 Abs. 2 Einleitungssatz

2) Für die Berechnung der Beiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung unterteilt in:

Art. 23b Abs. 2 Bst. a und b

2) Die Regierung kann mit Verordnung die Kostenbeteiligung nach Art. 23:

a) für bestimmte Leistungen bis zum doppelten Prozentsatz erhöhen, insbesondere zur Förderung der Verwendung von Generika und Biosimilars;

b) für bestimmte Leistungen herabsetzen oder aufheben;

Art. 24 Abs. 1 Bst. c

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

c) Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen.

Art. 24a

b) Beiträge an die obligatorische Krankenpflegeversicherung

1) Der Staat entrichtet an die Kosten der Leistungen nach Art. 13 und 15 einen Beitrag.

2) Für die Berechnung des Beitrags nach Abs. 1 werden von den Kosten der Leistungen nach Art. 13 und 15 abgezogen:

a) die Kostenbeteiligungen der Versicherten nach Art. 23 und 23a; und

b) der Kostenersatz durch den Staat nach Art. 23 Abs. 2b.

3) Der Landtag legt den Beitrag nach Abs. 1 auf Vorschlag der Regierung für jeweils drei Jahre als Prozentsatz der Kosten nach Abs. 2 fest; für die erste Dreijahresperiode ab dem 1. Januar 2028 beträgt der Staatsbeitrag 34 **%.**

4) Die Regierung überprüft den Prozentsatz des Beitrags nach Abs. 3 erstmals vor Ablauf der ersten Dreijahresperiode und anschliessend alle drei Jahre; sie unterbreitet dem Landtag einen entsprechenden Vorschlag.

5) Die Kassen können den Anspruch auf den Beitrag nach Abs. 1 zweimal pro Jahr geltend machen. Die Regierung legt den Inhalt der Angaben für die Berechnung des Beitrags nach Abs. 1 mit Verordnung fest. Die Richtigkeit der Angaben ist durch die Revisionsstelle zu bestätigen.

6) Die Kassen gewähren dem Amt für Gesundheit unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen über Leistungen nach Art. 13 und 15. Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Datenverarbeitung unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 24b Abs. 3 und 6

3) Der massgebende Erwerb setzt sich zusammen aus:

a) dem Gesamterwerb nach Art. 14 des Steuergesetzes (ohne Sollertrag des Vermögens nach Art. 14 Abs. 2 Bst. l SteG) abzüglich von Unterhaltsleistungen nach Art. 16 Abs. 3 Bst. b des Steuergesetzes; und

b) einem Zwanzigstel des Gesamtvermögens.

6) Personen, die in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen, sind den Ehegatten gleichgestellt. Eine faktische Lebensgemeinschaft gilt als begründet, sobald beide Partner ihren gemeinsamen

Wohnsitz in derselben Wohnung haben; massgeblich sind diesbezüglich die Eintragungen im Zentralen Personenregister.

Art. 25a

Gezielte Informationen der Versicherten

1) Die Kassen können die Versicherten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gezielt über kostengünstigere Leistungen, geeignete Versicherungsmodelle und präventive Massnahmen informieren.

2) Die Kassen informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der gezielten Information nach Abs. 1. Die Information hat zudem sämtliche Angaben nach Art. 13 der Verordnung (EU) 2016/679[1] zu enthalten. Die Versicherten sind ferner darauf hinzuweisen, dass der Erhalt der Informationen freiwillig ist und der Verarbeitung ihrer Daten zu diesem Zweck jederzeit widersprochen werden kann.

Art. 26a Bst. i

Die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe dürfen personenbezogene Daten, einschliesslich besonderer Kategorien personenbezogener Daten, verarbeiten oder verarbeiten lassen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich ist, namentlich um:

i) die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, geeignete Versicherungsmodelle und präventive Massnahmen zu informieren.

[1] Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1)

Art. 26c Abs. 1 und 1a

1) Die Steuerbehörden sind verpflichtet, dem Amt für Soziale Dienste auf Verlangen die für die Ermittlung des massgebenden Erwerbs nach Art. 24b Abs. 3 erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Auskunftspflicht der Steuerbehörden umfasst auch die für die Bemessung des massgebenden Erwerbs nach Art. 24b Abs. 3 erforderlichen Daten von Ehegatten der antragstellenden Person sowie von mit der antragstellenden Person in eingetragener oder in faktischer Lebensgemeinschaft lebenden Personen, unabhängig davon, ob diese selbst einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen.

1a) Ändern sich die nach Massgabe von Abs. 1 mitgeteilten Daten zum massgebenden Erwerb nachträglich, so haben die Steuerbehörden das Amt für Soziale Dienste hierüber zu informieren.

Art. 28

2. In anderen Fällen

1) Das Landgericht entscheidet über Streitigkeiten zwischen:

a) Kassen oder Kassenverband und einem Leistungserbringer;

b) Kassen und dem Kassenverband;

c) Kassenverband und Berufsvereinigung und einem Leistungserbringer über die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

2) Das Verfahren vor dem Landgericht richtet sich nach den Bestimmungen der Zivilprozessordnung. Für die Berufung an das Obergericht und die Revision an den Obersten Gerichtshof sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung und

sinngemäss die Art. 86 bis 95, mit Ausnahme des Art. 90, des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung anwendbar.

3) Die Bemessungsgrundlage im Verfahren nach Art. 19 beträgt maximal 100 000 Franken.

II.

Übergangsbestimmung

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits anhängige Schiedsverfahren nach Art. 28 werden nach bisherigem Recht weitergeführt und abgeschlossen.

III.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am 1. Januar 2028 in Kraft, andernfalls am Tag nach der Kundmachung.

1.2 Gesundheitsgesetz (GesG)

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, LGBl. 2008 Nr. 30, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 3 Abs. 1

1) Unter den in diesem Gesetz verwendeten Personenbezeichnungen sind alle Personen unabhängig ihres Geschlechts zu verstehen, sofern sich die Personenbezeichnungen nicht ausdrücklich auf ein bestimmtes Geschlecht beziehen.

Art. 6 Abs. 1 Bst. a Einleitungssatz und Ziff. 4 sowie Bst. o

1) Die eigenverantwortliche Ausübung der folgenden, die Patientensicherheit berührenden Gesundheitsberufe bedarf vorbehaltlich Art. 31 bis 35 einer Bewilligung des Amtes für Gesundheit:

a) Apotheker; der Tätigkeitsbereich umfasst:

4. die Übernahme von Aufgaben zur Förderung, Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten, insbesondere bei Impfungen;

o) Pflegefachperson; der Tätigkeitsbereich umfasst:

1. die Durchführung von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheits- und Krankenpflege;

2. bei Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis zudem insbesondere die Durchführung von Untersuchungen zur Erfassung des Gesundheitszustands des Patienten (“Assessments”) sowie die darauf gestützte klinische Einschätzung und Massnahmenplanung;

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am 1. Januar 2028 in Kraft, andernfalls am Tag nach der Kundmachung.