

**VERNEHMLASSUNGSBERICHT**

**DER REGIERUNG**

**BETREFFEND**

**DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE**

**KRANKENVERSICHERUNG (KVG)**

**UND DES GESUNDHEITSGESETZES (GESG)**

**Ministerium für Gesellschaft und Justiz**

**Vernehmlassungsfrist: 17. August 2026**



## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung .....	5
Zuständiges Ministerium.....	6
Betroffene Stellen .....	6
1. Ausgangslage .....	7
2. Begründung der Vorlage.....	8
2.1 Zukunftspaket.....	9
2.1.1 Einführung Einheitliche Finanzierung .....	9
2.1.2 Verfeinerung Risikoausgleich .....	10
2.1.3 Weiterentwicklung Berufe .....	11
2.1.4 Begleitung TARDOC/Pauschalen .....	11
2.1.5 Digitalisierung dank neuer eHealth-Strategie.....	12
2.2 Kostendämpfungspaket .....	13
2.2.1 Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate .....	14
2.2.2 Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung .....	14
2.2.3 Anpassung Leistungskatalog und Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene .....	16
2.2.4 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens .....	17
2.2.5 Kostenziele .....	17
2.2.6 Gezielte Information der Kassen an Versicherte .....	18
2.2.7 Anpassung Labortarif an die Schweiz und vertiefte Analyse der Laborkosten.....	18
2.2.8 Runder Tisch Kostendämpfung durch Selbstverpflichtung .....	20
2.3 Vertiefungspaket «Versorgung 2030» .....	22
3. Schwerpunkte der Vorlage .....	22
3.1 Einführung Einheitliche Finanzierung .....	22
3.1.1 Grundsätzliche Überlegungen .....	22
3.1.2 EFAS-Finanzierungsschlüssel.....	23
3.1.3 Pflegefinanzierung und EFAS .....	25
3.1.4 Technische Abwicklung von EFAS .....	26
3.1.5 Angebotssteuerung im Rahmen von EFAS.....	27

3.2	Verfeinerung Risikoausgleich .....	28
3.3	Weiterentwicklung Berufe .....	31
3.3.1	Hintergrund .....	31
3.3.2	Rechtliche Verankerung der erweiterten Kompetenzen .....	32
3.3.3	Vergütung der Leistungen von APN .....	33
3.4	Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate .....	35
3.5	Vereinheitlichung der Befreiung Chronischkranker von der Kostenbeteiligung.....	38
3.6	Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene .....	41
3.7	Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens .....	42
3.8	Kostenziele .....	43
3.9	Daten der Versicherten .....	45
3.10	Weitere Anpassungen .....	46
4.	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln .....	46
4.1	Gesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) .....	46
4.2	Gesundheitsgesetz (GesG) .....	59
5.	Verfassungsmässigkeit / Rechtliches.....	60
6.	Auswirkungen auf Verwaltungstätigkeit, Ressourceneinsatz und die nachhaltige Entwicklung.....	61
6.1	Neue und veränderte Kernaufgaben .....	61
6.2	Personelle, finanzielle, organisatorische und räumliche Auswirkungen.....	63
6.3	Betroffene UNO-Nachhaltigkeitsziele und Auswirkungen auf deren Umsetzung .....	64
6.4	Evaluation.....	65
6.5	Verkürzte Vernehmlassungsfrist .....	66
7.	Regierungsvorlagen .....	67
7.1	Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) .....	67
7.2	Gesundheitsgesetz (GesG) .....	79

## **ZUSAMMENFASSUNG**

*Mit dem vorliegenden Vernehmlassungsbericht 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 69% durch die Krankenversicherungen und 31% 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, die gezielte Information der Versicherten durch die Krankenkassen, die Begleitung der Einführung von TARDOC und ambulanten Pauschalen, die Anpassung des Labortarifs an die Schweiz sowie die verstärkte Einbindung der Akteure des Gesundheitswesens im Rahmen eines institutionalisierten Dialogs («Runder Tisch»). Neben gesetzlichen Anpassungen und deren Konkretisierung auf Verordnungsebene setzt das Reformvorhaben dabei auf Massnahmen, welche die Beteiligten im Gesundheitssystem im Wege der Selbstverpflichtung umsetzen.*

*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

Vaduz, 16.06.2026

LNR 2026-877

P

## 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 zu Lasten 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 die folgenden drei Massnahmenbündel:

- Zukunftspaket
- Kostendämpfungspaket
- Vertiefungspaket «Versorgung 2030»

Die ersten beiden Pakete sind Gegenstand des vorliegenden Vernehmlassungsberichts und sollen zeitnah umgesetzt werden. 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.

Nicht alle Massnahmen erfordern eine Gesetzesanpassung. Im vorliegenden Kapitel werden dennoch sämtliche priorisierte Ansätze kurz beschrieben, um die Reformvorhaben als Ganzes darzustellen. Kapitel 3, zu den Schwerpunkten der Vorlage, geht vertieft auf jene Massnahmen ein, zu deren Umsetzung eine Änderung gesetzlicher Bestimmungen erforderlich ist.

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 Vernehmlassungsbericht muss sich auf das zum Zeitpunkt der Erstellung geltende Recht stützen. Die Arbeiten an beiden Vorlagen müssen jedoch im weiteren Verlauf gut koordiniert werden.

## **2.1 Zukunftspaket**

Das Zukunftspaket umfasst fünf Massnahmen:

### **2.1.1 Einführung Einheitliche Finanzierung**

Die heutige Finanzierungslogik der Krankenversicherung setzt Fehlanreize: ambulante Leistungen werden vollständig von Versicherten und Kassen bezahlt, stationäre hingegen nur etwa zur Hälfte. Dadurch erscheinen stationäre Behandlungen für Leistungsbezieher und teilweise auch Leistungserbringer finanziell attraktiver, obwohl ambulante Angebote medizinisch oft schonender und gesamtwirtschaftlich günstiger sind. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ab 2028, wie sie auch in der Schweiz erfolgen wird, soll diesen Systemfehler korrigieren, indem Land und Versicherte bzw. Krankenkassen ambulante und stationäre Leistungen

im gleichen Verhältnis tragen. Dies fördert den Ausbau ambulanter und koordinierter Versorgung.

Die Reform soll kostenneutral erfolgen, auf Basis der Finanzierungsanteile vor der Umstellung. Der daraus abgeleitete Verteilschlüssel soll gesetzlich verankert werden. Anhand der Daten von 2024 und 2025 ergibt sich ein Verteilschlüssel von 69% Krankenversicherungen zu 31% Land. Die Spitalbeiträge des Landes und der «Staatsbeitrag an die OKP für die übrigen Versicherten» entfallen künftig, stattdessen werden alle Leistungen einheitlich über den neuen OKP-Finanzfluss abgewickelt. Der Verteilschlüssel soll alle drei Jahre überprüft werden (siehe dazu unten, Abschnitt 3.1).

#### 2.1.2 Verfeinerung Risikoausgleich

Der derzeit in Liechtenstein angewendete Risikoausgleich berücksichtigt als Ausgleichsfaktoren das Alter und das Geschlecht der versicherten Personen und funktioniert zunehmend unzureichend – sichtbar an auseinanderdriftenden Prämien der drei liechtensteinischen Kassen. Da ein funktionierender Risikoausgleich in einem kleinen Markt essenziell ist, soll das System modernisiert werden, um Risikoselektion zu verhindern und einen fairen Wettbewerb sicherzustellen.

Ab 2028 sollen daher die Parameter Spitalaufenthalt und Medikamentenkosten in den Risikoausgleich aufgenommen und entsprechend im KVG sowie in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) verankert werden. Damit wird der Wettbewerb stärker auf Service und Qualität statt auf Risikoselektion ausgerichtet. Erwartet wird eine leichte Prämienenkung für Versicherte bei einer Kasse und ein moderater Anstieg für Versicherte bei den beiden anderen Kassen. Insgesamt soll dadurch eine gerechtere Verteilung der Prämienlast erreicht werden (siehe dazu unten, Abschnitt 3.2).

### 2.1.3 Weiterentwicklung Berufe

Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und mehr chronisch kranke Menschen erfordern neue Versorgungsmodelle. Bei steigenden Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und finanzierbare Grundversorgung gewinnen nichtärztliche Gesundheitsberufe mit erweiterten Kompetenzen – insbesondere Advanced Practice Nurses (APN) sowie Apothekerinnen und Apotheker – zunehmend an Bedeutung. Die Landesgesundheitskommission hat Empfehlungen zur Weiterentwicklung dieser beiden Gesundheitsberufe vorgelegt. Parallel werden in der Schweiz im Rahmen des sogenannten «Kostendämpfungspakets 2» Anpassungen bei den Befugnissen von Apotheken und Hebammen umgesetzt.<sup>1</sup> Vor diesem Hintergrund sollen die Befugnisse ausgewählter Leistungserbringer in Liechtenstein zielgerichtet weiterentwickelt werden (siehe dazu unten, Abschnitt 3.3).

### 2.1.4 Begleitung TARDOC/Pauschalen

Die neue ambulante Tarifstruktur mit TARDOC und ambulanten Pauschalen wurde in Liechtenstein per 1.1.2026 eingeführt. Sie soll die medizinische Realität besser abbilden sowie die Grundversorgung stärken. Gleichzeitig hat die Regierung den Tarifvertrag zwischen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) und der Liechtensteinischen Ärztekammer (LAEK) mit einem Taxpunktwert von CHF 0.86 für das erste Jahr genehmigt. Zur Sicherstellung einer kostenneutralen Einführung wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingesetzt, welche die Kostenentwicklung eng begleiten soll. In der Arbeitsgruppe vertreten sind der LKV, die LAEK sowie das Amt für Gesundheit (AG).

---

<sup>1</sup> 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).

Die Arbeitsgruppe soll sich mit den wirtschaftlichen Auswirkungen des Tarifwechsels für 2026 und die darauffolgenden Jahre auseinandersetzen. Sie soll dabei auch überwachen, dass die Grundversorgung tatsächlich gestärkt wird. Bei einer sich abzeichnenden, tarifstrukturbedingten Kostenerhöhung soll sie der Regierung binnen drei Monaten gegensteuernde Massnahmen vorschlagen.

Für die Umsetzung soll der Taxpunktwert mindestens während einer dreijährigen Phase der dynamischen Kostenneutralität nicht erhöht werden. Die Kostenentwicklung soll innerhalb des vom Kostenziel vorgegebenen Rahmens bleiben. Diese Vorgabe bildet das Wachstum der Versichertenanzahl und die Entwicklung der Altersstruktur ab, und zeigt somit eine demografisch erwartbare Kostenentwicklung. Erfahrungsgemäss liegt das Kostenziel aufgrund dieser beiden Faktoren bei einer Veränderung von 2% gegenüber dem Vorjahr.<sup>2</sup> Bei Überschreitungen müssen Gegenmassnahmen folgen, etwa eine Senkung des Taxpunktwerks.

Zudem wird Liechtenstein die Weiterentwicklung der geltenden gesamtschweizerischen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen auf das Jahr 2027 hin übernehmen. Dies ist auch ohne Gesetzesanpassung der Fall, da die in der Schweiz geltende Struktur von Gesetzes wegen auch in Liechtenstein anzuwenden ist. Die angedachte Höchstgrenze des pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunktvolumens sollte ebenfalls übernommen werden. Sollte diese Begleitmassnahme nicht integraler Bestandteil der gesamtschweizerischen Tarifstruktur werden, wäre die Umsetzung auf Verordnungsebene sicherzustellen.

#### 2.1.5 Digitalisierung dank neuer eHealth-Strategie

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat in Europa hohe Priorität. Liechtenstein verfügt bereits über wesentliche Grundlagen, insbesondere das

---

<sup>2</sup> Für das Jahr 2026 vgl. Kostenzieleverordnung, LGBl. 2025 Nr. 535.

elektronische Gesundheitsdossier (eGD). Mit der Erarbeitung einer eHealth-Strategie 2030 soll ein kohärenter Rahmen geschaffen werden, um die Digitalisierung gezielt weiterzuentwickeln. Da ein grosser Teil der medizinischen Versorgung grenzüberschreitend erfolgt, ist für Liechtenstein die Interoperabilität zentral – sowohl im Hinblick auf die Schweiz (DigiSanté) als auch auf europäische Standards. Der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) ist einer der Eckpfeiler der europäischen Gesundheitsunion. Mit der EHDS-Verordnung wird ein gemeinsamer Rahmen für Nutzung und Austausch elektronischer Gesundheitsdaten in der gesamten EU geschaffen. Patientinnen und Patienten sollen besser auf ihre personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten zugreifen können und mehr Kontrolle darüber haben. Bestimmte Daten können zudem für Zwecke des öffentlichen Interesses, der Unterstützung gesundheitspolitischer Massnahmen und der wissenschaftlichen Forschung weiterverwendet werden. Die EHDS-Verordnung trat am 26. März 2025 in der EU in Kraft. Die Übernahme in das EWR-Abkommen ist derzeit noch ausstehend.

Vorrang hat ein sicherer und strukturierter Datenaustausch, einschliesslich der Anbindung ausländischer Leistungserbringer sowie der Weiterentwicklung patientenrelevanter Kernanwendungen wie eMedikation, eRezept oder eImpfdossier. Der Staat soll dabei primär die erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen und seine Rolle insbesondere als Infrastruktur- und Koordinationsaufgabe wahrnehmen, während die betroffenen Institutionen und Leistungserbringer ihre Digitalisierung eigenverantwortlich ausgestalten und umsetzen.

## **2.2 Kostendämpfungspaket**

Das Kostendämpfungspaket umfasst acht Massnahmen:

### 2.2.1 Medikamente: Stärkung der Generika dank höherem Selbstbehalt für Originalpräparate

Die Einführung eines höheren Selbstbehalts für teurere Originalpräparate soll in Liechtenstein – analog zur Schweiz ab 2024 – die Nutzung von kostengünstigen Generika und Biosimilars fördern. Der differenzierte Selbstbehalt steigt für solche Originalpräparate von bisher 10% (Rentnerinnen und Rentner) bzw. 20% (Erwachsene unterhalb des Rentenalters) auf 40%, wenn günstigere, wirkstoffgleiche Alternativen verfügbar sind. Damit sollen sowohl die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt als auch die Marktdurchdringung von Generika und Biosimilars erhöht werden.

Zur Umsetzung gehören drei zentrale Massnahmen: Erstens die Übernahme des erhöhten Selbstbehalts inklusive einer Anpassung der faktischen Höchstgrenze des Selbstbehalts von 900 Franken. Zweitens sollen Ärztinnen und Ärzte bei der Erstabgabe konsequent nach Wirkstoff verschreiben. Das Rezept lautet also nicht auf einen spezifischen Handelsnamen (Markenpräparat), sondern enthält den Namen des aktiven Inhaltsstoffs. Drittens wird der Vertriebsanteil für Medikamente entsprechend der Schweizer Spezialitätenliste (SL) harmonisiert, sodass wirkstoffgleiche Präparate identisch behandelt werden (siehe dazu unten, Abschnitt 3.4).

### 2.2.2 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.

Die Leistungskommission, die seit über zwei Jahrzehnten mit der praktischen Umsetzung dieser Bestimmung befasst war, hat mehrfach festgestellt, dass sich

sachgerechte und einheitliche Kriterien für die Befreiung chronisch kranker Personen von der Kostenbeteiligung nicht sinnvoll definieren lassen und die bestehende Regelung daher zu erheblichen Ungleichbehandlungen führt. 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.<sup>3</sup> Eine Befreiung einer solchen Erkrankungen würde das Prinzip der Selbstbeteiligung erheblich aushöhlen.

Entscheidungen müssen fallbezogen für einzelne Indikationen erfolgen, was eine stetige Ausweitung der Befreiungstatbestände begünstigt und das System strukturell verzerrt. Es gibt Krankheiten, die individuell sehr unterschiedliche Auswirkungen haben – von leichten Beschwerden bis hin zu lebenslang anhaltenden Einschränkungen (z.B. Guillan-Barre-Syndrom). Manche chronischen Erkrankungen, z.B. bestimmte Tumorarten, sind aufgrund des medizinischen Fortschritts heute heilbar. Auch Suchterkrankungen können überwunden werden. Dennoch bleibt die Befreiung von der Kostenbeteiligung ein Leben lang und für sämtliche Krankheitskosten bestehen.

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 hinausgehenden Beträge werden solidarisch vom Versichertenkollektiv getragen.

---

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

Zudem ist chronische Krankheit nicht mit sozialer Bedürftigkeit gleichzusetzen; sozial schwächere Personen werden bereits über andere Instrumente – etwa Ergänzungsleistungen oder die Prämienverbilligung – gezielt entlastet.

Die Befreiung soll daher abgeschafft werden. Dies trägt insgesamt zu tieferen Prämien und zu einer übergeordneten Gleichbehandlung aller Erkrankten bei (siehe dazu unten, Abschnitt 3.5).

### 2.2.3 Anpassung Leistungskatalog und Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene

Der liechtensteinische OKP-Leistungskatalog ist nahezu vollständig an jenen der Schweiz angepasst. Die Leistungskommission prüft regelmässig die Änderungen in der Schweiz und empfiehlt sie der Regierung zur Übernahme. Damit ist einerseits sichergestellt, dass Liechtenstein von Health Technology-Assessment (HTA)-Entscheidungen, die zu einer Einschränkung der Leistungen und damit zu Kosteneinsparungen führen, umgehend profitiert. Andererseits werden neue Leistungen im Sinne des medizinischen Fortschritts zeitnah im liechtensteinischen Leistungskatalog abgebildet, sofern sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

Ein historisch gewachsener Unterschied besteht darin, dass in Liechtenstein Naturheilpraktiker die Akupunktur TCM zu Lasten der OKP abrechnen dürfen. Die abgerechneten Leistungen der Naturheilpraktiker sind quantitativ nicht bedeutend, auch sind nur einzelne Leistungserbringende in dieser Gruppe vertreten. Es sind daher keine grossen Einspareffekte zu erwarten. Systematisch gehören diese Leistungen aber eher in den Zusatzversicherungsbereich. Das Herauslösen aus der OKP bedingt lediglich Anpassungen auf Verordnungsebene.

Im Übrigen soll die Leistungskommission aus rechtssystematischen Überlegungen auf Gesetzesebene verankert werden. Heute findet sich ihre Rechtsgrundlage auf Verordnungsebene, konkret in Art. 46 KVV (siehe dazu unten, Abschnitt 3.6).

#### 2.2.4 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens

Mit den Änderungen zu Art. 19 KVG wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung präzisiert. Dabei soll die Datengrundlage durch eine Einzelfallstatistik und die Ermittlung relevanter Kostenarten verdichtet, die Mitwirkungspflichten der Leistungserbringer klar normiert und die Rückforderung unwirtschaftlicher Leistungen an ein nachvollziehbares Verfahren mit Toleranzmarge, Praxisbesonderheiten und Rückforderungsberechnung gebunden werden. Damit werden Transparenz, Vergleichbarkeit, Vollzugstauglichkeit und Rechtsklarheit gestärkt.

In den Erläuterungen ist zugleich klarzustellen, dass die statistische Auffälligkeit keinen schematischen Automatismus begründet. Vielmehr dient sie als strukturierte Grundlage für ein Wirtschaftlichkeitsverfahren, in welchem der Leistungserbringer seine Mehrkosten unter Hinweis auf anerkannte Praxisbesonderheiten entkräften kann.

#### 2.2.5 Kostenziele

Während Liechtenstein bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten Kostenziele kennt, beschreitet die Schweiz diesen Weg erst ab 2026. Dort wurden im Rahmen einer Volksabstimmung Vierjahres-Kostenziele beschlossen, deren erste Periode von 2028 bis 2031 reichen wird. Die bisherige Erfahrung in Liechtenstein ist eher ernüchternd: Trotz hohen administrativen Aufwands ist eine klare Steuerungswirkung der Kostenziele nicht nachweisbar, und vorgesehene Sanktionsmechanismen blieben ungenutzt. Vor diesem Hintergrund sollen die Kostenziele zwar nicht abgeschafft, aber vereinfacht und auf eine mehrjährige Betrachtung umgestellt werden. Neue methodische Erkenntnisse aus der Schweiz sollen bei der Festlegung

und Überprüfung mit einfließen. Auch wird eine Reaktivierung der ehemaligen Kosten- und Qualitätskommission, allerdings mit veränderter Zusammensetzung, angeregt (siehe dazu unten, Abschnitt 3.8).

#### 2.2.6 Gezielte Information der Kassen an Versicherte

Entscheidungen jeder und jedes Einzelnen im Rahmen der Wahlfreiheit über Behandlungen und Medikamente haben einen wichtigen Einfluss auf die Kosten. Gezielte und verständliche Information der Versicherten über Kostenfolgen solcher Entscheide kommt daher eine grosse Bedeutung zu. Transparente, sachliche und personalisierte Informationen können dazu beitragen, das Kostenbewusstsein zu stärken, Fehlanreize zu reduzieren und die Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern, ohne den solidarischen Charakter der Krankenversicherung zu beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund soll es den Kassen erlaubt werden, Versicherte gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen zu informieren (siehe dazu unten, Abschnitt 2.2.8).

#### 2.2.7 Anpassung Labortarif an die Schweiz und vertiefte Analyse der Laborkosten

Gemäss Art. 54a KVV findet auf Leistungen und Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Analysen grundsätzlich die vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) erlassene Schweizerische Analysenliste Anwendung. Liechtenstein hat von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, in einzelnen Punkten davon abzuweichen. Die Regierung beabsichtigt nun, diese Abweichungen aufzuheben und die Laborleistungen künftig konsequent nach der Schweizerischen Analysenliste abzurechnen. Damit sollen die Tarifstruktur vereinfacht, die Transparenz

und Vergleichbarkeit mit der Schweiz verbessert und der administrative Aufwand für die laufende Tarifpflege reduziert werden.<sup>4</sup>

Mit dieser Anpassung ist auch eine Änderung beim System der Auftragstaxe verbunden. In Liechtenstein wird heute auf jede einzelne Analysenposition ein Zuschlag von 20 % der Taxpunkte erhoben, gedeckelt mit maximal CHF 10 pro Analyseposition. Stattdessen soll künftig eine pauschale Taxe pro Auftrag zur Anwendung gelangen, auch dann, wenn mehrere Analysen im gleichen Auftrag enthalten sind. Diese Taxe soll der Höhe der schweizerischen Auftragsgebühr entsprechen. Damit wird sie von derzeit CHF 21.60, wie vom Runden Tisch in der Schweiz<sup>5</sup> beschlossen, um CHF 10 reduziert. Der Wechsel von einem Zuschlag pro einzelne Analyse zu einer pauschalen Taxe pro Auftrag dürfte insgesamt zu einer Senkung der Laborkosten führen.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die erhöhten Laborkosten in Liechtenstein, wie die Studie «Gesundheitswesen Liechtenstein – Kosten, Entwicklung, Vergleiche» der Stiftung Zukunft.li<sup>6</sup> zeigt, nicht primär tarifbedingt erscheinen. Die Studie weist vielmehr darauf hin, dass vor allem Mengen- und Strukturunterschiede für die im Vergleich zu den Schweizer Nachbarkantonen deutlich höheren Pro-Kopf-Kosten verantwortlich sein dürften. Als mögliche Ursachen werden insbesondere organisatorische Besonderheiten genannt, namentlich eine häufigere Auslagerung von Analysen an externe Auftragslabors.

Vor diesem Hintergrund will die Regierung ergänzend vertiefte Abklärungen zu den Ursachen der hohen Laborkosten vornehmen. Diese sollen eine fundierte

---

<sup>4</sup> Analysenliste - Krankenversicherung - Versicherung - Gesundheit, Vorsorge & Pflege - Privatpersonen - Liechtensteinische Landesverwaltung

<sup>5</sup> Siehe dazu den folgenden Abschnitt I.2.2.8.

<sup>6</sup> Studie\_Gesundheitswesen\_Liechtenstein.pdf

Grundlage für die Beurteilung schaffen, ob über die Tarifangleichung hinaus weitere Massnahmen erforderlich sind.

#### 2.2.8 Runder Tisch Kostendämpfung durch Selbstverpflichtung

Die zuständige Schweizer Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider hat im November 2024 den «Runden Tisch Kostendämpfung» ins Leben gerufen. In diesem Rahmen erarbeiten Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam kostendämpfende Massnahmen.<sup>7</sup>

Ziel dieses zweimal pro Jahr stattfindenden Treffens ist es, neue, kurz- und mittelfristig umsetzbare Massnahmen zu entwickeln, um den Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen. Dabei liegt der Fokus auf selbstverpflichtenden Massnahmen, also solchen, die von den Akteuren ohne Regulierung eigenständig umgesetzt werden können. Am ersten Runden Tisch kamen Vertreterinnen und Vertreter der Kantone, der Ärzteschaft, der Spitäler, der Krankenkassen, der Pharmaindustrie, der Patientenorganisationen, der Wissenschaft sowie der Preisüberwacher zusammen. Bei diesem Treffen einigten sich die Akteure auf ein Einsparungsziel ab 2026 von jährlich rund 300 Millionen Franken. Am 3. Runden Tisch vom 27. Oktober 2025 wurde ein Massnahmenpapier erarbeitet, mit dem mindestens 303 Millionen Franken eingespart werden sollen. Es umfasst zwölf Massnahmenfelder mit kurz- und mittelfristig umsetzbaren Massnahmen, die überwiegend direkt durch die Akteure des Gesundheitswesens umgesetzt werden sollen.<sup>8</sup> Einzelne dieser Massnahmen sind auch für Liechtenstein von Relevanz und haben daher bereits Eingang in den vorliegenden Vernehmlassungsbericht gefunden (z.B. Förderung von Generika und Biosimilars u.a. durch konsequente Wirkstoffverschreibung,

---

<sup>7</sup>Runder Tisch Kostendämpfung

<sup>8</sup><https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/AFTvnJJniu69/%C3%9Cbbersicht%20Massnahmenpapier-Runder%20Tisch%20Kostend%C3%A4mpfung.pdf>

Information der Versicherten über präventive Massnahmen und kostensparende Alternativen).

Liechtenstein ist nicht Teil des schweizerischen Runden Tisches. Das Ministerium für Gesellschaft und Justiz plant jedoch, ähnliche «Runde Tische» auch in Liechtenstein regelmässig zu etablieren und wurde hierzu vor Kurzem ein erstes Treffen mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich abgehalten. Ziel ist es, das Know-how der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens, insbesondere der Kassen, der Leistungserbringenden, sowie der Patientinnen und Patienten gezielt für die Erarbeitung kostendämpfender Massnahmen zu nutzen. Wie beim Runden Tisch in der Schweiz sollen die Beteiligten gemeinsam Lösungen entwickeln, wobei selbstverpflichtende Massnahmen im Vordergrund stehen. Der liechtensteinische Ansatz soll nicht nur der Entwicklung konkreter Kostendämpfungsmassnahmen dienen, sondern auch als Gefäss für die politische Begleitung wichtiger gesundheitspolitischer Reformvorhaben genutzt werden. Bereits an einem ersten Runden Tisch wurde der vorliegende Vernehmlassungsbericht präsentiert. Künftig sollen dort laufende und geplante zentrale Vorhaben, vor allem das Kostendämpfungspaket, das Zukunftspaket und das Vertiefungspaket, auf höchster Ebene (Gesellschaftsminister und Spitzen der wichtigsten bzw. am stärksten betroffenen Verbände) begleitet werden. Die Gesundheitspolitik wird damit gemeinsam mit den Akteuren weiterentwickelt und der direkte Austausch institutionell gestärkt.

Für die fachliche Begleitung insbesondere der Kostenziele und des Kostenmonitorings soll ergänzend zur institutionellen Verankerung der politischen Ebene eine technische Kosten- und Qualitätskommission eingesetzt werden, die mit Expertinnen und Experten besetzt wird und damit an ein in Liechtenstein bereits früher bestehendes Gefäss anknüpft, aber zielgerichteter ausgerichtet wird (siehe dazu auch weiter unten, Abschnitt 3.8).

### **2.3 Vertiefungspaket «Versorgung 2030»**

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.

## **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 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 sind 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.

### 3.1.2 EFAS-Finanzierungsschlüssel

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

	<b>2024</b>		<b>2025</b>
	in Mio.		In Mio.
	CHF		CHF
Bruttoleistungen OKP	209.6		222.5
+ staatliche Spitalbeiträge	28.2		30.1
<b>Kostenbasis OKP brutto</b>	<b>237.8</b>		<b>252.6</b>
- Kostenbeteiligung der Versicherten	-21.1		-21.9
<b>Kostenbasis OKP netto</b>	<b>216.7</b>		<b>230.7</b>
- Staatsbeitrag OKP-Kosten der Kinder	-8.8		-8.6
- Staatliche Kostenübernahme des festen Betrages der Rentner	-2.9		-3.1
<b>EFAS relevante Kostenbasis</b>	<b>205.1</b>		<b>219.0</b>
<b><i>Staatliche Mitfinanzierung (status quo)</i></b>			
Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten	35.0		38.0
Finanzierungsanteil ausländische Spitäler	22.1		23.9
Beitrag stationäre Leistungen LLS	6.1		6.2
<b>Staatliche Finanzierung</b>	<b>63.2</b>	<b>31%</b>	<b>68.1</b> <b>31%</b>
<b>Finanzierung durch Kassen</b>	<b>141.9</b>	<b>69%</b>	<b>150.9</b> <b>69%</b>

**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 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. Davon sind weiter der Staatsbeitrag an die Kosten der Kinder (90%) sowie die staatliche Übernahme des festen Betrages der Personen im ordentlichen Rentenalter abzuziehen. Diese Kosten wären ab 2028 somit zu rund 69% von den Krankenkassen und zu rund 31% vom Staat zu finanzieren.

Dieser kostenneutral festgelegte Verteilschlüssel soll auf Gesetzesebene verankert werden. Gleichzeitig verpflichtet sich die Regierung nach einer Phase von drei Jahren dem Landtag regelmässig einen Bericht vorzulegen, ob sich der Verteilschlüssel bewährt hat, oder ob eine (gesetzliche) Anpassung nötig ist.

Der allgemeine Staatsbeitrag an die übrigen (erwachsenen) Versicherten und die Spitalbeiträge gehen in der neuen, einheitlichen Finanzierung auf. Der Staat leistet aber weiterhin die bestehenden, zur gezielten, sozialpolitisch gewollten Entlastung bestimmter Personengruppen vorgesehenen Beiträge. Darunter fallen die Übernahme von 90% der Kosten für die Behandlung der Kinder (rund CHF 9 Mio. p.a.), ebenso wie die Übernahme des Einnahmenentfalls aufgrund der Befreiung von Rentnerinnen und Rentnern vom festen Betrag im Rahmen der Kostenbeteiligung (rund CHF 3 Mio. p.a.). Darüber hinaus leistet der Staat weiterhin 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.). Bereits heute betragen die staatlichen Leistungen in das Gesundheitssystem somit insgesamt rund CHF 105 Mio. jährlich (Basis 2025). Bezieht man sämtliche staatlichen Beiträge in die Betrachtung mit ein, so beteiligt sich das Land insgesamt mit über 40% an der Finanzierung der Krankenversicherung.

### 3.1.3 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.

#### 3.1.4 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 von 31% 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.

### 3.1.5 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, Chiropraktorerinnen 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.

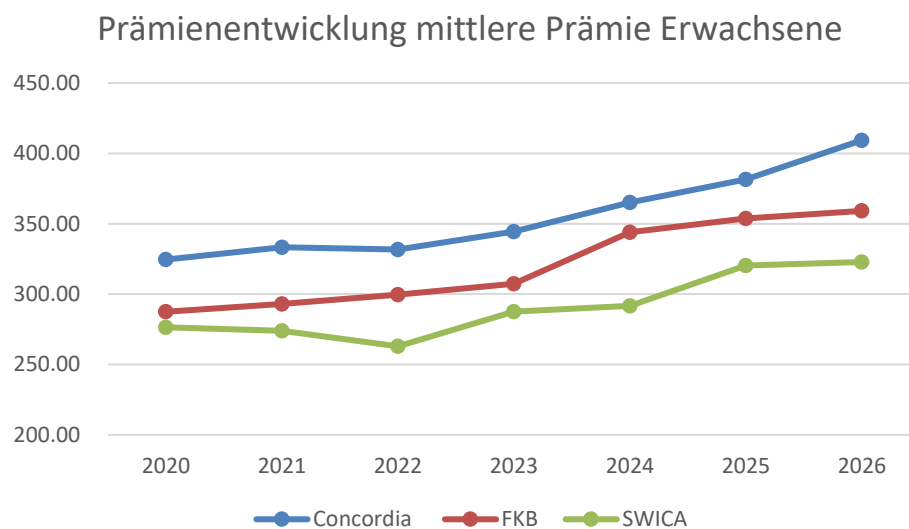
### **3.2 Verfeinerung Risikoausgleich**

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 kostenintensiver Versicherter 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 Versicherten nicht zu systematisch unterschiedlichen Prämienbelastungen 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. In den letzten Jahren haben sich jedoch Hinweise verdichtet, dass der bestehende Risikoausgleich die unterschiedlichen Risikostrukturen der Versichertenportfolios nicht mehr ausreichend abbildet.

Ein zentraler Prüfstein für die Wirksamkeit des Risikoausgleichs ist die Entwicklung der Prämien. Eine Auswertung der mittleren Prämien erwachsener Versicherter zeigt, dass sich die Prämien der drei Krankenkassen in den letzten Jahren auseinanderentwickelt haben (Abbildung 1). Die Prämienunterschiede haben sich dabei vergrößert, und die Rangfolge der Krankenkassen hinsichtlich Prämien ist über die Zeit weitgehend stabil geblieben.



**Abbildung 1: Prämienentwicklung der mittleren Prämie (mit und ohne Unfalldeckung, alle Kostenbeteiligungsvarianten) der Erwachsenen**

Die dargestellte Entwicklung legt nahe, dass die Beschränkung des Risikoausgleichs auf die Risikomerkmale Alter und Geschlecht nicht mehr ausreicht, um die tatsächliche Morbiditätsstruktur der Versichertenportfolios angemessen abzubilden. Die beobachteten Prämienunterschiede deuten darauf hin, dass relevante Risikodimensionen im bestehenden Modell nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie der Risikoausgleich weiterentwickelt werden kann, um seine Zielsetzung auch unter veränderten Rahmenbedingungen zu erfüllen. 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 nur Kostenunterschiede reflektieren, sondern besser geeignete Indikatoren für die Morbidität darstellen. Ab dem Ausgleichsjahr 2012 wurde hierzu zunächst der Faktor Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Dauer mindestens drei aufeinanderfolgende Nächte) zusätzlich aufgenommen. Für die Ausgleichsjahre 2017 bis 2019 wurden als weiterer Indikator die Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt. Mit diesem Faktor wurden Versicherte, deren OKP-Bruttoleistungen für Arzneimittel im Vorjahr höher als CHF 5'000 waren, als spezielle Risikogruppen behandelt. Zweck war es, auch kostenintensive Versicherte, die keinen stationären Aufenthalt im Vorjahr aufweisen, zu erkennen und die Versicherer entsprechend zu entlasten.

Die Entwicklung ist seither nochmals weitergegangen. Ab 1. Januar 2020 wurden in der Schweiz neben den Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Spitalaufenthalt und OKP-Arzneimittelkosten (> CHF 5'000) neu die sogenannten pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) in die Berechnung einbezogen. Eine PCG umfasst Arzneimittel mit bestimmten Wirkstoffen, die zur Behandlung eines klar definierten und besonders kostenintensiven Krankheitsbildes eingesetzt werden. Dieser Morbiditätsindikator ermöglicht es, ambulant behandelte Versicherte mit hohen Behandlungskosten anhand ihres Arzneimittelkonsums zu identifizieren.

Es wird vorgeschlagen, den Risikoausgleich zwischen den liechtensteinischen Kassen ab dem Jahr 2028 – also zeitgleich mit dem geplanten Inkrafttreten der einheitlichen Finanzierung – zu verbessern, indem die Parameter Spitalaufenthalt und Arzneimittelkosten >5'000 hinzugefügt werden. Auf die Berücksichtigung der PCG soll aufgrund des vergleichsweise kleinen Versichertenbestandes und zur administrativen Vereinfachung vorläufig verzichtet 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. Auf dieser Grundlage 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 und könnten 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.<sup>9</sup> 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

---

<sup>9</sup> Vgl. Differenzierter Selbstbehalt bei Arzneimitteln

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 die 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 übernommen. Da Liechtenstein die Spezialitätenliste (SL) der Schweiz anwendet, wird für wirkstoffgleiche Medikamente derselbe Vertriebsanteil gelten. 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**

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.

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 erfahren, unterliegen weiterhin der Befreiung von der Kostenbeteiligung für sämtliche Krankheitskosten. Dies widerspricht dem Grundprinzip der Selbstbeteiligung 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.

Da die Kostenbeteiligung durch eine gesetzliche Höchstgrenze - maximal CHF 1'400, bei Rentnern maximal CHF 500 - begrenzt ist, bleibt die finanzielle Belastung gesetzlich begrenzt.

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 den Kassenverband 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.<sup>10</sup>

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

---

<sup>10</sup>Vgl. Kosten- und Qualitätsziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

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**

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 Bearbeitung 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 Bearbeitung 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 Datenbearbeitung 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.

Insgesamt kann eine solche, klar begrenzte gesetzliche Regelung einen angemessenen Beitrag zur Kostendämpfung und zur Stärkung der Transparenz leisten. Die Regierung erachtet es daher als sachgerecht, eine entsprechende Bestimmung im Krankenversicherungsrecht vorzusehen.

### **3.10 Weitere Anpassungen**

Der vorliegende Vernehmlassungsbericht 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.

## **4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN**

### **4.1 Gesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG)**

#### **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 vom eher kostenbasierten zum 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 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, jedoch ist dies in der Praxis bislang nicht erfolgt. 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 bis zum vollendeten 16. Altersjahr) vom 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 in Liechtenstein bereits bisher in der Berechnung nicht berücksichtigt. Der Staat trägt 90% der Kosten der Kinder (Art. 24a Abs. 1 KVG). Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, Kinder weiterhin vom für den Risikoausgleich massgebenden Versichertenbestand auszunehmen.

Auch die neu nummerierten Absätze 4 und 5 entsprechen im Wesentlichen dem geltenden Recht. In Abs. 4 wurde der Passus, welcher die Berücksichtigung objektiver Kriterien, die Rückschlüsse auf das Versicherungsrisiko zulassen, betraf, gestrichen. Er wird durch die Formulierung in den neuen Abs. 1 und Abs. 2 ersetzt. Weiterhin wird die Regierung ermächtigt, die Einzelheiten durch Verordnung zu

regeln. Gleichzeitig mit der Gesetzesrevision sollen die relevanten Bestimmungen (Art. 18-31 KVV) entsprechend überarbeitet werden.

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 richtig angesiedelt ist. Die bestehende Möglichkeit zur Delegation an den Kassenverband, von der in der Praxis kein Gebrauch gemacht wurde, soll gestrichen werden.

#### **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. 13a (neu)**

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**

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.

#### **Zu Art. 16g (neu)**

Im geltenden Krankenversicherungsgesetz bestehen wesentliche strukturelle Hürden für eine sachgerechte Vergütung der Leistungen von Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Kompetenz. APN sind derzeit nicht als eigenständige Leistungserbringer anerkannt. Die bestehenden Tarifstrukturen sind primär auf ärztliche Leistungen ausgerichtet und bilden die erweiterten Tätigkeiten von APN nicht adäquat ab. Eine eigenständige Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist daher nicht möglich; der Einsatz von APN bleibt im ambulanten Bereich weitgehend auf ärztliche Delegationsmodelle beschränkt. Dies erschwert die Entwicklung innovativer, interprofessioneller Versorgungsmodelle.

In der Schweiz sollen im Rahmen der zweiten Etappe der Pflegeinitiative derzeit wichtige berufsrechtliche Grundlagen für APN geschaffen werden. Mit der vorgeschlagenen Anpassung des Gesundheitsgesetzes soll dies auch für Liechtenstein erfolgen.

Die Fragen der Vergütung, Tarifierung und Einbettung in das KVG wurden hingegen in der Schweiz bisher ausgeklammert und sind Gegenstand separater Abklärungen des Bundesrates. Für Liechtenstein ergibt sich aufgrund der engen Anbindung an die schweizerischen Tarif- und Leistungssysteme ein vergleichbarer

Handlungsrahmen. Um die Entwicklung zu beschleunigen, erscheint es sachgerecht, den Einsatz von APN vorerst im Rahmen von Pilotprojekten und vertraglichen Übergangslösungen zu ermöglichen und die weiteren Entwicklungen in der Schweiz eng zu verfolgen.

Derartige befristete Pilotprojekte, bei denen APN, die bei einem zugelassenen Arzt oder einer zugelassenen Ärztesgesellschaft angestellt sind, auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung hin Leistungen erbringen, sollen der Genehmigung durch die Regierung unterliegen. Anhand der Ausgestaltung der Pilotprojekte als delegiertes Modell begründet die Tätigkeit der APN keine eigenverantwortliche Berufsausübung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes und keine eigenständige Zulassung als Leistungserbringerin zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Da diese Leistungen derzeit im ambulanten Tarifsysteem nicht abgebildet sind, sollen sie durch eigens vereinbarte Pauschalen oder Stundensätze abgerechnet werden, die tiefer liegen sollen als die Vergütung einer vergleichbaren ärztlichen Leistung. Auch bezüglich der Tarife ist eine Genehmigung der Regierung vorgesehen. Da es sich dabei um keine ärztlichen Leistungen, sondern um solche von Pflegefachpersonen handelt, steht diese Regelung in keinem Widerspruch zur gesetzlichen Verpflichtung zur Anwendung der geltenden gesamtschweizerischen ambulanten Tarifstruktur gemäss Art. 16c Abs. 3.

Nähere Vorgaben an die Pilotprojekte, insbesondere die fachlichen Anforderungen an die Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis, den Umfang der zulässigen delegierten Leistungen, die Vergütung, die Datenerhebung sowie die Qualitätssicherung, sollen auf Verordnungsebene konkretisiert werden.

Die befristeten Pilotprojekte sollen einer Evaluation unterliegen. Zu diesem Zweck müssen Daten an das Amt für Gesundheit geliefert werden. Am Ende der

Pilotphase ist eine Berichterstattung mit Vorschlägen für eine dauerhafte Regelung vorgesehen.

**Zu Art. 19 Abs. 1, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e und 2f**

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 und 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 sehen die Abs. 2c und 2d vor, dass der Kassenverband die Rückforderungsberechnung, Toleranzmargen, Praxisbesonderheiten und Mitwirkungspflichten im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsverfahren konkretisiert. Dies ist erforderlich, weil es in der Vergangenheit Unklarheiten zum Wirtschaftlichkeitsverfahren gab, was eine Rückforderung durch die Kassen erschwerte. Mit dem neuen Abs. 2e wird die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer im Wirtschaftlichkeitsverfahren nun auf Gesetzesstufe normiert. Abs. 2f entspricht dem bisherigen Abs. 2d.

**Zu Art. 19b**

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.

**Zu Art. 19c Bst. f und g**

Die Kündigungsgründe in Abs. 2 werden so ergänzt, dass mit Bst. f 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.

Bst. g schafft eine weitere, klar definierte Kündigungsmöglichkeit bei wiederholter und nicht gerechtfertigter Überschreitung der festgelegten Toleranzmarge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 19. Durch die Anknüpfung an einen mehrjährigen Zeitraum (drei aufeinanderfolgende Jahre oder drei Jahre

innerhalb von fünf Jahren) wird sichergestellt, dass nicht bereits einmalige oder kurzfristige Abweichungen zu einschneidenden Konsequenzen führen. Vielmehr setzt die Kündigung ein systematisches und wiederholtes unwirtschaftliches Leistungsverhalten voraus. Gleichzeitig wird berücksichtigt, dass Kostenüberschreitungen durch Praxisbesonderheiten (besondere Umstände der Praxis) gerechtfertigt sein können. Nur wenn solche Rechtfertigungen nicht anerkannt werden, liegt ein relevanter Kündigungsgrund vor.

Insgesamt tragen die neuen Kündigungstatbestände zu einer erhöhten Verbindlichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei. Sie schaffen klare und vorhersehbare Konsequenzen bei fehlender Mitwirkung oder wiederholter Unwirtschaftlichkeit und stärken damit die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung im Interesse der Versicherten sowie der Stabilität des Krankenversicherungssystems. Gleichzeitig wird durch die vorgängige Anhörung des betroffenen Berufsverbandes sowie die Begründungspflicht sichergestellt, dass die Kündigung unter Wahrung rechtsstaatlicher Verfahrensgarantien erfolgt.

#### **Zu Art. 19c Abs. 2a**

Die Bestimmung 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.

Zweck der Regelung ist es, 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.

**Zu Art. 19c Abs. 5**

Die Bestimmung 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 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**

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 dem Land ermöglicht, Einrichtungen des Gesundheitswesens zu errichten, zu betreiben, sich daran zu beteiligen oder sie durch finanzielle Beiträge zu unterstützen.

**Zu Art. 24a Abs. 2, 2a, 2b, 2c und 4**

Der Staatsbeitrag nach Art. 24a wird neu für alle Leistungen nach Art. 13 und 15 bezahlt. Bisher wurde dieser Staatsbeitrag für die übrigen Versicherten als Anteil an der Hochkostenversicherung (Kosten über CHF 5'000) geleistet. Damit wird die bisherige Anknüpfung an die Hochkostenversicherung aufgegeben und der Staatsbeitrag neu als allgemeiner Beitrag an die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgestaltet.

Der Beitrag wird gemäss Abs. 3 an die Nettokosten (Bruttokosten minus Kostenbeteiligung der Versicherten und minus Kostenersatz durch den Staat gemäss Art. 23 Abs. 2b [neu]) zu einem Prozentsatz gemäss Abs. 4 entrichtet. 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.

Dieser in Abs. 4 definierte Prozentsatz wird durch die Regierung alle drei Jahre überprüft. Auf Basis des Berichts der Regierung an den Landtag entscheidet dieser, ob eine Anpassung des Prozentsatzes gemäss Abs. 4 notwendig ist.

Abs. 4 ermöglicht dem Amt für Gesundheit weiterhin den Zugang zu den stationären Rechnungen zu Kontrollzwecken.

**Zu Art. 24b Abs. 3 und Abs. 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 auf den massgebenden Erwerb 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 (neu)**

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. 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.

**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 Bearbeitung 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**

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.

**Zu Art. 28**

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.

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.

## **4.2 Gesundheitsgesetz (GesG)**

### **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 Advanced Practice Nurse (APN, Pflegeexpertin/Pflegeexperte) 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 APN zwingend der Erwerb eines Masters in Pflegewissenschaften bzw. eines gleichwertigen Abschlusses mit Schwerpunkt Advanced Practice Nursing vorausgesetzt wird.

**5. 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.

## **6. AUSWIRKUNGEN AUF VERWALTUNGSTÄTIGKEIT, RESSOURCENEINSATZ UND DIE NACHHALTIGE ENTWICKLUNG**

### **6.1 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 Bewilligung, Begleitung und Evaluation von Pilotprojekten für Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses). Diese Aufgaben umfassen insbesondere die Genehmigung der Pilotprojekte, die Überwachung der festgelegten Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen sowie die Auswertung und Berichterstattung der erhobenen Daten als Grundlage für allfällige spätere gesetzliche Regelungen.

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.

## **6.2 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 sowie bei der Begleitung von Pilotprojekten, 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. Bei angenommenen sechs bis sieben Personen und vier Sitzungen bewegen sich die Kosten in einer Grössenordnung von rund CHF 5'000 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.

### **6.3 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 abgedeckt 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.

#### **6.4 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 unterbreitet.

Zweitens unterliegen zeitlich befristete Pilotprojekte, insbesondere im Bereich neuer Versorgungsmodelle, einer gesonderten Auswertung. Diese Evaluation soll aufzeigen, ob die gesetzliche Ermöglichung solcher Pilotprojekte sachlich gerechtfertigt ist und ob eine Weiterführung oder eine 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.

## **6.5 Verkürzte Vernehmlassungsfrist**

Die Vernehmlassungsfrist wurde auf zwei Monate verkürzt. Dies ist insbesondere dem Umstand geschuldet, dass die Regierung beabsichtigt, die Vorlage noch im laufenden Jahr erstmals dem Landtag zu unterbreiten. Eine längere Vernehmlassungsfrist würde dies jedenfalls verunmöglichen. Die erforderlichen Anpassungen des Abrechnungssystems können jeweils nur auf den Beginn eines Kalenderjahres, d. h. per 1. Januar, umgesetzt werden. Damit eine fristgerechte technische und organisatorische Umsetzung auf 1. Januar 2028 möglich ist, müssen die gesetzlichen Grundlagen frühestmöglich im Jahr 2027 verabschiedet und in Kraft gesetzt werden.

Die Verkürzung der Vernehmlassungsfrist trägt somit dem Bedürfnis Rechnung, den gesamten Gesetzgebungsprozess – einschliesslich der ersten und zweiten Lesung im Landtag – innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens durchzuführen. Gleichzeitig wird dadurch sichergestellt, dass allen betroffenen Akteuren nach Abschluss des parlamentarischen Verfahrens eine ausreichende Vorlaufzeit für die Vorbereitung und Umsetzung der neuen Regelungen verbleibt.

Vor diesem Hintergrund wurde die Vernehmlassungsfrist auf 2 Monate verkürzt.

7. **REGIERUNGSVORLAGEN**

7.1 **Gesetz über die Krankenversicherung (KVG)**

**Gesetz**

vom ...

**über die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung  
(KVG)**

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung

**I.**

**Abänderung bisherigen Rechts**

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

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 zugunsten von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Personen

mit erhöhtem Krankheitsrisiko Risikoabgaben entrichten. Kassen mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten Ausgleichsbeiträge. Die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge sind so festzulegen, dass Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Kassen ausgeglichen werden.

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

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

4) Die Regierung regelt die Einzelheiten durch Verordnung.

5) Der Risikoausgleich wird durch das Amt für Gesundheit durchgeführt.

Art. 4 Abs. 1 Bst. f

f) Aufgehoben

Art. 12 Abs. 3a

3a) Aufgehoben

Art. 13a (neu)

*Leistungskommission*

1) Eine von der Regierung eingesetzte Kommission mit Vertretungen der Behörden, der Ärzteschaft und des Krankenkassenverbandes beurteilt nach Massgabe von Art. 13 die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit

von Leistungen (Leistungskommission). Die Kommission wird vom Amt für Gesundheit geleitet. Der Amtsarzt nimmt mit beratender Stimme Einsitz.

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

3) Die Kommission empfiehlt der Regierung, dass bestimmte Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind oder nicht zu übernehmen sind. Die Regierung ist an die Empfehlungen der Leistungskommission nicht gebunden und sie kann ihre Verordnungskompetenz auch ohne eine Empfehlung der Leistungskommission wahrnehmen.

#### Art. 14 Abs. 1 Bst. b

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich oder chiropraktisch 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 Wartezeit gemäss Abs. 2 während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt;

## Art. 16g

*Pilotversuche für Vergütung der Leistungen von Pflegefachpersonen mit  
erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses)*

1) Die Regierung kann befristete Pilotprojekte bewilligen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses, APN), die bei einem zugelassenen Arzt oder einer zugelassenen Ärztesgesellschaft angestellt sind, in Arztpraxen auf ärztliche Anordnung hin Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.

2) Im Verhältnis zu den Kassen erfolgt die Abrechnung über den zugelassenen Arzt oder die zugelassene Ärztesgesellschaft. Die Vergütung erfolgt abweichend von Art. 16c durch Pauschalen oder Stundensätze und ist gegenüber der entsprechenden ärztlichen Vergütung angemessen reduziert festzulegen. Sie bedarf der Genehmigung der Regierung.

3) Die am Pilotprojekt beteiligten zugelassenen Ärzte oder Ärztesgesellschaften erheben die für die Evaluation und für eine künftige Tarifierung erforderlichen Leistungs- und Kostendaten und übermitteln diese dem Amt für Gesundheit. Das Amt für Gesundheit erstattet der Regierung nach Abschluss der Pilotprojekte Bericht und unterbreitet gegebenenfalls Anträge für eine dauerhafte Regelung.

4) Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung, insbesondere die fachlichen Anforderungen an die Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis, den Umfang der zulässigen delegierten Leistungen, die Vergütung, die Datenerhebung sowie die Qualitätssicherung.

## Art. 19 Abs. 1, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e und 2f

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Die Leistungen der Leistungserbringer 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. Der Kassenverband fasst zusätzlich in einer Einzelfallstatistik die Angaben der Kassen für jeden Leistungserbringer zusammen und ermittelt das Gesamtkostentotal sowie die Kostentotale der relevanten Kostenarten.

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 von Abs. 1 beachten oder ob beim geprüften Leistungserbringer eine Kostenüberschreitung vorliegt. Stellt der Kassenverband eine Kostenüberschreitung des Leistungserbringers im Vergleich zum Vergleichskollektiv fest, die die 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.

2c) Die Regierung regelt mit Verordnung die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsverfahrens und der Rückforderung zu Unrecht bezogener Vergütungen. Nach Massgabe dieser Verordnung regelt der Kassenverband das Nähere zur Durchführung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens, insbesondere zur Rückforderungsberechnung, zur Festlegung von Toleranzmargen, zu anerkannten Praxisbesonderheiten und zur Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer.

2d) Die Rückforderung verjährt mit Ablauf von fünf Jahren nach der durch den Kassenverband gesetzten Zahlungsfrist. 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.

2e) Der Leistungserbringer ist zur Mitwirkung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung und im Wirtschaftlichkeitsverfahren verpflichtet und hat dem Kassenverband alle dazu nötigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen sowie seine Mehrkosten zu begründen.

2f) Der Kassenverband stellt jährlich das Gesamtergebnis und eine Zusammenfassung für jeden Leistungserbringer der Regierung zur Festlegung und Überprüfung der Kostenziele im Sinne von Art. 19b zur Verfügung. Er informiert die Regierung zudem halbjährlich schriftlich umfassend über den Stand aller laufenden und sich in Vorbereitung befindlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

#### Art. 19b Abs. 1, 1a und 4

1) Die Regierung legt nach Anhören des Kassenverbandes und der Verbände der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre die Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fest. Sie weist den Kassenverband und die Verbände

der Leistungserbringer an, wie diese Kostenziele unter Beachtung der Massnahmen zur Sicherung der Qualität umzusetzen und zu überprüfen sind.

1a) Die Regierung legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die sie gelten sollen, fest

4) Die Regierung bestellt eine unabhängige fachliche Kosten- und Qualitätskommission. Die Kommission berät die Regierung bei den Entscheidungen über die Festlegung und die Überprüfung der Kostenziele. Das Nähere regelt die Regierung durch Verordnung.

#### Art. 19c Abs. 2 Bst. f und g

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:

- f) ein Leistungserbringer die Mitwirkungspflicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung verletzt und dadurch die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblich erschwert oder verhindert;
- g) ein Leistungserbringer bei der Zusammenfassung der Kosten nach Art. 19 Abs. 2a und Abs. 2b drei aufeinanderfolgende Jahre oder drei Jahre binnen eines Zeitraums von fünf Jahren die festgelegte Toleranzmarge überschreitet, soweit diese Überschreitung nicht durch vom Kassenverband anerkannte Praxisbesonderheiten begründet werden kann.

Art. 19c Abs. 2a

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

Art. 19c Abs. 5

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

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

- a) eine Grundversicherung bei jährlichen Kosten eines Versicherten von weniger als 5 000 Franken; und
- b) eine Hochkostenversicherung bei jährlichen Kosten eines Versicherten ab 5 000 Franken.

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 Abs. 2, 2a, 2b, 2c und 4

2) Für die übrigen Versicherten beteiligt sich der Staat an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach Art. 13 und 15. Der Staat entrichtet dazu einen Beitrag.

2a) Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Art. 23 und 23a und der Kostenersatz durch den Staat gemäss Art. 23 Abs. 2b werden für die Berechnung des Staatsbeitrags von den Kosten nach Abs. 2 abgezogen.

2b) Der Prozentsatz des Staatsbeitrages nach Abs. 2 liegt bei 31 Prozent.

2c) Die Regierung überprüft den Prozentsatz des Staatsbeitrags nach Abs. 2b erstmals nach drei Jahren und anschliessend alle drei Jahre und erstattet dem Landtag Bericht.

4) Die Kassen ermöglichen dem Amt für Gesundheit unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, die eine stationäre Behandlung im Sinne von Art 13 Abs. 1 Bst. b betreffen. Die Regierung erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

#### Art. 24b Abs. 3 und Abs. 6

3) Der massgebende Erwerb setzt sich zusammen aus dem steuerbaren Gesamterwerb (ohne Sollertrag des Vermögens) gemäss Art. 14 in Verbindung mit Art. 16 des Steuergesetzes sowie einem Zwanzigstel des Gesamtvermögens.

6) Personen, die in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen, sind den Ehegatten gleichgestellt. Eine faktische Lebensgemeinschaft gilt im Sinne dieses Gesetzes ab dem Zeitpunkt als begründet, in dem beide Partner ihren Wohnsitz in derselben Wohnung haben. Massgeblich sind diesbezüglich die Eintragungen im Zentralen Personenregister.

#### Art. 25a (neu)

1) Die Kassen können die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, über nach diesem Gesetz vorgesehene geeignete Versicherungsmodelle und über präventive Massnahmen informieren.

2) Die Kassen informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der gezielten Information nach Abs. 1 und weisen die Versicherten

darauf hin, dass der Erhalt der Informationen freiwillig ist und die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs besteht.

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.

Art. 26c Abs. 1

1) Die Steuerbehörden sind verpflichtet, dem Amt für Soziale Dienste auf Verlangen den steuerpflichtigen Gesamterwerb sowie das Reineinkommen mitzuteilen, die der Ermittlung des massgebenden Erwerbs nach Art. 24b zugrunde liegen, soweit diese Informationen im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz notwendig sind. Die Auskunftspflicht der Steuerbehörden umfasst auch die für die Bemessung des massgebenden Erwerbs nach Art. 24b erforderlichen Daten von Ehegatten, eingetragenen Partnerinnen und Partnern, die mit der antragstellenden Person eine faktische Lebensgemeinschaft führen, unabhängig davon, ob diese selbst einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen.

Art. 28 Abs. 1, 2 und 3

- 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.
- 1a) Aufgehoben.
  - 1b) Aufgehoben.
  - 1c) Aufgehoben.

2) Für das Verfahren vor dem Fürstlichen Landgericht sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung anwendbar. Für die Berufung an das Obergericht und die Revision durch 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.

### **Inkrafttreten**

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

## 7.2 Gesundheitsgesetz (GesG)

### **Gesetz**

vom ...

### **über die Abänderung des Gesundheitsgesetzes (GesG)**

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. 6 Abs. 1 Bst. a Ziff. 4 und Bst. o

#### *Bewilligungspflicht*

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. Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheits- und Krankenpflege;
  2. mit erweiterter klinischer Praxis insbesondere die Durchführung von Konsultationen und klinischen Einschätzungen, prädiagnostischen Untersuchungen, Assessments und Massnahmenplanungen.

## II.

### **Inkrafttreten**

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