

Schwerpunkt Aus dem Gesundheitsministerium

Antrag an den Landtag OKP-Staatsbeitrag soll bei 29 Millionen Franken bleiben

VADUZ Der Staatsbeitrag an die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) soll 2020 bei 29 Millionen Franken bleiben. Die Regierung hat den entsprechenden Bericht und Antrag an den Landtag am Dienstag verabschiedet, wie es in einer Mitteilung des Ministeriums für Gesellschaft heisst. Der Staatsbeitrag bleibt gegenüber dem Vorjahr unverändert und hat gemäss Mitteilung somit keinen Einfluss auf die Prämie, den Arbeitgeberbeitrag und die Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte. Die Regierung will das Kostenwachstum aber weiterhin auf ein tragbares Mass eindämmen. In der Mitteilung verweist das Ministerium darauf, dass die in den vergangenen Jahren verabschiedeten tariflichen Massnahmen sowie die Revision des Krankenversicherungsgesetzes die Kostenentwicklung in der OKP spürbar gebremst hätten. Der Landtag muss den Staatsbeitrag an die OKP im Juni noch genehmigen. Im vergangenen Jahr standen gleich mehrere Vorschläge über die Höhe des OKP-Beitrags zur Debatte: Neben den von der Regierung beantragten 29 Millionen Franken schlug die VU eine Erhöhung um vier Millionen Franken vor. Dies scheiterte knapp, unter anderem deshalb, da sich dadurch der einzelne Versicherte lediglich etwa fünf Franken pro Monat sparen würde. Die Freie Liste wollte den Beitrag gar auf 57 Millionen Franken erhöhen, überzeugte damit allerdings keine Abgeordneten ausserhalb ihrer eigenen Fraktion. (df)

Prämienverbilligung soll direkt von Prämie abgezogen werden

Vernehmlassung Die Regierung will die Prämienverbilligung künftig direkt von der Krankenkassenprämie abziehen, damit die Entlastung spürbarer wird. An den Anspruchsvoraussetzungen will sie dagegen vorerst nichts ändern.

VON DANIELA FRITZ

Die Gesundheitskosten sorgen in Liechtenstein immer wieder für Kritik - und trieben letzthin sogar Dutzende Demonstranten vor das Regierungsgebäude. Wenn sich jemand die Krankenkassenprämien tatsächlich nicht leisten kann, soll das System der Prämienverbilligung greifen. Eine solche wurde im vergangenen Jahr an 2857 Versicherte ausbezahlt - sie erhielten durchschnittlich 2083 Franken zurückerstattet. Insgesamt zahlte der Staat 2018 sechs Millionen Franken an Prämienverbilligung aus. Wie die gestern von der Regierung verabschiedete Beantwortung eines VU-Postulats jedoch ergab, wären theoretisch 7000 Personen anspruchsberechtigt. Die Gründe, warum diese trotzdem keine Prämienverbilligung beantragen, kann die Regierung nur mutmassen.

Laufend statt «Weihnachtsgeld»

An den Anspruchsvoraussetzungen möchte sie daher vorerst nichts ändern. Mit der Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), welches gestern in Vernehmlassung geschickt wurde, soll das System aber optimiert werden. Bisher wird die Prämienverbilligung im Nachhinein als Einmalzahlung gegen Jah-



Die Prämienverbilligung soll künftig direkt von der Prämie abgezogen werden und so für die Versicherten spürbarer werden. (Foto: Shutterstock)

resende ausbezahlt. Das sei zwar eine rechnerische Entlastung der Haushalte, die monatliche Krankenkassenprämie bleibt so aber unverändert. Damit werde die Prämienverbilligung ihrer Wirkung nicht gerecht, sondern stelle eine Art «Weihnachtsgeld» dar, kommt die Regierung zum Schluss. Sie will daher prüfen, ob die Prämienverbilligung direkt an die Krankenkassen ausbezahlt werden kann, die den betroffenen Versicherten dann eine entsprechend reduzierte Prämie verrechnet. «In diesem Sinne würde die Prämienverbilligung auch besser sichtbar und entlastet die Haushalte di-

rekt bei den Gesundheitskosten», schreibt die Regierung. Ausserdem sei dies auch ein wirksame Massnahme gegen Zahlungsausfälle. Ausserdem will die Regierung im Rahmen der Landtagsdebatte zur Interpellationsbeantwortung einen Anspruch der 20- bis 24-Jährigen diskutieren, der unabhängig vom Unterhaltsanspruch an die Eltern ist. Damit könnten junge Erwachsene in Ausbildung und deren Eltern entlastet werden. Eine weitere zur Diskussion gestellte Änderung betrifft den Ersatz der sprunghaften Veränderung des Subventionsatzes bei definierten Erwerbsgrenzen

durch eine verstetigte Ausgestaltung, um zu vermeiden, dass wenige Franken Unterschied im Erwerb grosse Auswirkungen auf den Subventionsbetrag haben können.

Viele Bezüger sind Zusatzversichert

Bei der Beantwortung der Interpellation stiess die Regierung auch auf «überraschende Erkenntnisse», wie sie gestern mitteilte. Denn bei der Diskussion über die Prämienbelastungen würden immer wieder Monatsprämien genannt, welche weit über den Kosten der OKP-Prämie liegen. «Dies lässt darauf schliessen, dass in den besagten Prämienbeträgen auch freiwillige Zusatzversicherungen enthalten sind», schreibt die Regierung. Sie zog deshalb Stichproben, um herauszufinden, wie viele Zusatzversicherte Prämienverbilligung beziehen. Demnach verfügt mehr als zwei Drittel der Bezüger von Prämienverbilligung über eine Spitalzusatzversicherung - also freiwilliger Spitalwahl, einer Halbprivat- oder Privatversicherung. Zwar würden die Prämien hierfür nicht subventioniert. Dennoch müsse man sich bei einer Neugestaltung der Prämienverbilligung überlegen, wie mit der Tatsache umgegangen wird, dass einkommensschwache Haushalte Geld für teure und freiwillige Zusatzversicherungen ausgeben.

Elektronisches Patientendossier geht in Vernehmlassung

Entwurf Eine elektronische Patientenakte bringt zwar einige Vorteile mit sich, wird aber aufgrund der sensiblen Daten auch kritisch gesehen. Die Regierung schickt ihr Modell nun in Vernehmlassung.



Das «Volksblatt» berichtete anlässlich der Hälfte der Legislaturperiode Ende März über die Pläne der Regierung.

Inhalte und insbesondere der Datenschutz geregelt werden.

Einzelne Daten löschen dürfen

Demnach soll grundsätzlich für jeden Versicherten ein elektronisches Gesundheitsdossier (EGD) erstellt werden. «Der Versicherte kann jedoch verlangen, dass in seinem Dossier keine Gesundheitsdaten verarbeitet werden», teilt die Regierung mit. Neben der Entscheidung, nicht an dem EGD teilzunehmen, hätten

Versicherte auch das Recht, einzelne Gesundheitsdaten temporär auszublenken oder definitiv löschen zu lassen. In einem sogenannten «Bürgerdossier» sollen die Versicherten zudem selbst Daten eingeben können, etwa die Anzahl Schritte pro Tag, das Gewicht oder Blutdruckwerte.

Besonderes Augenmerk will die Regierung auch dem Datenschutz schenken. Neben den Anforderungen gemäss der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sollen Gesundheitsdienstleister nur im konkreten Behandlungsfall auf die elektronische Akte ihres Patienten zugreifen dürfen - diese Zugriffe werden gemäss Mitteilung protokolliert. Gemäss Vernehmlassungsbericht sollen das Landesspital, Alters- und Pflegeheime, Privatkliniken, Apotheker, Ärzte, Chiropraktoren, Zahnärzte und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, die behandlungsrelevante Daten verarbei-

ten (z. B. Labormedizin), berechtigt und gleichzeitig verpflichtet werden, die entsprechenden behandlungsrelevanten Daten ihrer Patienten im EGD zu speichern. Andere Leistungserbringer haben keinen Zugriff auf die Gesundheitsdaten.

E-Health soll Staatssache werden

Ende 2015 wurde der privatrechtlich organisierte Verein E-Health Liechtenstein gegründet. Dieser wurde von der Regierung im Rahmen einer Leistungsvereinbarung mit dem Aufbau und Betrieb einer E-Health-Plattform und der schrittweisen Erstellung des elektronischen Gesundheitsdossiers beauftragt. Mittlerweile wurde aber festgestellt, dass Aufbau und Betrieb eines EGD nicht Privaten überlassen werden können. Nachdem der Verein mit eigenen finanziellen Mitteln die Basisinfrastruktur aufgebaut und darauf die elektronische Zuweisung in Betrieb gesetzt hat, soll die

weitere Entwicklung gemäss Mitteilung nun unter staatlicher Zuständigkeit und Verantwortung erfolgen. Für Bereitstellung, Betrieb und Weiterentwicklung soll das Amt für Gesundheit verantwortlich sein. Dies hat jedoch auch Auswirkungen auf die Finanzierung. Auf Basis der vorliegenden Gesetzesvorlage ist geplant, dass der Staat die Weiterentwicklung sowie die Betriebskosten der E-Health-Plattform trägt. Die Regierung rechnet mit anfangs je rund 100 000 Franken jährlich an Betriebskosten sowie Investitionsaufwänden für die Modulentwicklungen. Die Nutzung der E-Health-Plattform soll für Versicherte nichts kosten, Gesundheitsdienstleister müssen die Kosten für die Anbindung selbst tragen. (red/ikr)

Den Vernehmlassungsbericht können Sie bei der Regierungskanzlei oder über rk.liv.li beziehen. Die Vernehmlassungsfrist läuft bis zum 31. August 2019.

Unfallversicherungsgesetz Revision analog zu Schweizer Gesetz

VADUZ Die Regierung hat gestern den Bericht und Antrag zur Revision des Unfallversicherungsgesetzes (UVerVG) verabschiedet. Auf Basis der Schweizer Revision des Unfallversicherungsgesetzes per 1. Januar 2017 sollen die relevanten liechtensteinischen Bestimmungen angepasst werden, wie das Ministerium für Gesellschaft gestern mitteilte.

Rechtsunsicherheiten beseitigen

So würden Rechtsunsicherheiten in Bezug auf Versicherungsbeginn und unfallähnliche Körperschädigungen beseitigt - zugunsten der Versicherten, betont das Ministerium. Zudem

kann die Regierung künftig in Sonderfällen, bei denen die bisherigen Regelungen nicht greifen, auf dem Verordnungsweg eine Integritätsentschädigung gewähren. Dies sei beispielsweise bei Asbestopfern der Fall, wird in der Mitteilung ausgeführt. Ausserdem soll mit der Revision die Administration vereinfacht werden. Beispielsweise soll das Amt für Gesundheit künftig nicht mehr in den Mahnprozess der Unfallversicherer eingebunden sein. Zudem soll das bereits geänderte Steuergesetz bezüglich der nicht mehr einzuhebenden Prämiensteuer angepasst werden. Im Bereich der Finanzierung wird gemäss Mitteilung das Bedarfsdeckungsverfahren mit angemessenen, vollen Rückstellungen im Gesetz verankert, so wie es in der Praxis von allen Versicherern schon lange angewendet werde. (red/ikr)

Diverse Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes

Leistungsaufschub soll unverändert auf Gesetzesebene verankert werden

VADUZ Die Regierung hat in ihrer gestrigen Sitzung den Vernehmlassungsbericht zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verabschiedet. Mit der Vorlage soll unter anderem der kürzlich vom Staatsgerichtshof aufgehobene Leistungsaufschub gesetzlich verankert werden. Dieser war bisher per Verordnung geregelt, was dem Gericht allerdings aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht genügte. Wie aus dem gestern verabschiedeten Vernehmlassungsbericht hervorgeht, ändert sich aber prinzipiell nichts am Leistungsaufschub: Die bisher

auf Verordnungsebene enthaltenen Regeln sollen inhaltlich unverändert ins Gesetz aufgenommen werden. Ausserdem sollen mit der Änderung des KVG Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche bis zehn Wochen nach der Niederkunft generell von einer Kostenbeteiligung befreit werden. Von der allgemeinen Kostenbefreiung sollen ausserdem Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche umfasst sein. Die Vorlage behandelt zudem Änderungen bezüglich der Versorgungsnetze, Krankengeld (versicherter Verdienst) und Entschädi-

gung von Versicherungsvermittlern. Ausserdem soll mit der direkten Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen sowohl die Wirksamkeit der Prämienverbilligung für die Anspruchsberechtigten besser spürbar werden als auch eine zusätzliche und wirksame Massnahme gegen Zahlungsausfälle geschaffen werden (siehe oben). An den Anspruchsvoraussetzungen soll mit dieser Vorlage vorerst nichts geändert werden. (red/ikr)

Den Vernehmlassungsbericht beziehen Sie bei der Regierungskanzlei oder über rk.liv.li. Die Vernehmlassungsfrist läuft bis zum 5. Juli 2019.