

Kleine Anfrage

Bezahlbarkeit der Gesundheitskosten für die Mittelschicht und Senioren

Frage von Landtagsabgeordneter Johannes Kaiser

Antwort von Regierungsrat Mauro Pedrazzini

Frage vom 02. Mai 2018

Die Krankenkasse CSS in der Schweiz ist von ihrem Vorschlag, die Franchise auf CHF 10'000 zu erhöhen, zwar zurückgekehrt, doch stellen sich bei viel tieferen Franchisebeiträgen für viele Menschen dennoch ernsthafte Probleme in der Bewältigung der Gesundheitskosten ein. Kürzlich hat sich die «Arena» des Schweizer Fernsehens mit diesem Thema schwerpunktmässig befasst und auch die Freie Liste hat diesbezüglich eine interessante Veranstaltung durchgeführt. Meine Fragen an den Gesundheitsminister der Regierung sind:

- * Seit Einführung des neuen KVG am 1.1.2017 mit höheren Kostenbeteiligungen und höheren Franchisen stellt sich für zahlreiche Menschen - jüngere bis ältere - die Problemstellung, dass sie aus Kostengründen auf eine Arztkonsultierung verzichten, auch wenn dies notwendig wäre. Wie steht die Regierung zu dieser Entwicklung?
- * Für die Mittelschicht sind die Gesundheitskosten mit der höheren Beteiligung und den höheren Franchisen, insbesondere wenn die Jugendlichen zudem noch im Ausbildungs- und Studiumsalter sind, ein besonders belastender Faktor im Lebenskostenbudget. Sieht die Regierung diesbezüglich ein Verbesserungspotenzial beim Prämienverbilligungssystem vor?
- * Bei der älteren Generation gibt es nicht wenige, die infolge des neuen KVG mit höherer Beteiligung und höheren Franchisen an die Grenze der Finanzierbarkeit ihrer Krankenkassenkosten gelangen. Wie geht der Gesundheitsminister dieses Problem der älteren Menschen mit bescheidenen Renten und hoher finanzieller Lebenskostenbelastung an?
- * Was unternimmt die Regierung, damit sich die anbahnende Schere der Zweiklassenmedizin nicht weiter öffnet?
- * Die psychischen Erkrankungen nehmen in allen Statistiken der modernen Gesellschaft, bereits auch bei vielen jungen Menschen, frappant zu. Man spricht nicht gerne darüber, so bleibt es für die Politik und Gesellschaft immer noch ein Tabuthema. Was gedenkt die Regierung zu tun, die finanzielle Hilfestellung für diese Menschen zu verbessern und zu gewährleisten?

Antwort vom 03. Mai 2018

Zu Frage 1:

Nach aktuellem Kenntnisstand der Regierung ist bei den zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Anspruch genommenen Konsultationen von 2016 auf 2017 kein Rückgang zu verzeichnen. Daher kann die in der Fragestellung aufgestellte Behauptung, dass aus Kostengründen auf notwendige Arztbesuche verzichtet werde, nicht nachvollzogen werden.

Zu Frage 2:

Parallel mit der Anhebung der Kostenbeteiligung wurde ab 2017 die Förderung der geleisteten Kostenbeteiligung aus Mitteln der Prämienverbilligung eingeführt. Je nach Einkommen werden 30% bzw. 40% der Kostenbeteiligung übernommen. Die Auszahlung erfolgt erstmals im laufenden Jahr, basierend auf der Kostenbeteiligung des Jahres 2017. Bei Jugendlichen in Ausbildung gab es keine Veränderung. Bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sind diese von der Entrichtung der Kostenbeteiligung zur Gänze befreit. Da die Prämien der Jugendlichen vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 20. Lebensjahr die Hälfte der Prämie der Erwachsenen betragen, haben auch die Jugendlichen von den durch die Anhebung der Franchise bedingten sinkenden Prämien profitiert. Ebenso haben die jungen Erwachsenen von 20 bis 25 Jahren von sinkenden Prämien profitiert. Junge Erwachsene in Ausbildung erhalten in Abhängigkeit des Einkommens der Eltern Stipendien. Es sind derzeit keine Änderungen am Prämienverbilligungssystem geplant.

Zu Frage 3:

Die Anhebung der Kostenbeteiligung im Rahmen der KVG-Revision 2015 hat zu einer Reduktion der Prämien geführt. Für Rentner ergaben sich im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anhand der gewichteten Durchschnittsprämien mit geringster Kostenbeteiligung inklusive Unfalldeckung aller Kassen aus dieser Prämienreduktion und den veränderten Berechnungsregeln für die Kostenbeteiligung auf die Summe aus Prämien und Kostenbeteiligung folgende Konsequenzen:

- * In einem Jahr ohne Bezug von Leistungen resultiert durch die KVG-Revision eine Ersparnis von CHF 313.
- * Bis zu Leistungen von CHF 450 pro Jahr verringert sich diese Ersparnis auf Null.
- * Für Leistungen von CHF 450 bis 3'100 pro Jahr entstehen Mehrkosten von CHF 47 in diesem Jahr.
- * Für Leistungen von CHF 3'100 bis CHF 5'000 pro Jahr entstehen Mehrkosten, die linear von CHF 47 bis CHF 237 ansteigen.
- * Für Leistungen über CHF 5'000 betragen die Mehrkosten in diesem Jahr CHF 237.

Personen mit geringen Einkommen erhalten eine Unterstützung in Form der Prämienverbilligung. Das beschriebene Problem wurde schon bei Einführung der höheren Kostenbeteiligung im Rahmen der KVG-Revision bedacht. Dabei wurde für einkommensschwache Versicherte zusätzlich zur Prämienverbilligung gleichzeitig auch eine Beteiligung an der Kostenbeteiligung eingeführt.

Im Vergleich zur Situation vor der KVG-Revision verringern sie die oben genannten Beträge, im ungünstigsten Fall entstehen für Personen im Rentenalter mit Prämienverbilligung Mehrkosten von CHF 77 pro Jahr.

Zudem wurde ebenfalls im Zug der KVG-Revision die Einkommensgrenze für Ehepaare bezüglich der Anspruchsberechtigung für die Prämienverbilligung angehoben, so dass durch die KVG-Revision mehr Personen von dieser Leistung profitieren können.

Bei Bezüglern von AHV-Ergänzungsleistungen sind die Aufwendungen für Prämie und Kostenbeteiligung durch entsprechende Pauschalen berücksichtigt. Diese Pauschalen wurden an die höhere Kostenbeteiligung angepasst.

Die Regierung kann daher die in der Fragestellung aufgestellte Behauptung nicht nachvollziehen, dass durch die KVG-Revision die finanzielle Situation der einkommensschwachen Rentner dramatisch schlechter geworden sei. Es wurde gerade im Rahmen der KVG-Revision darauf geachtet, dies zu vermeiden.

Zu Frage 4:

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung bietet allen Versicherten unabhängig von Alter und Gesundheitszustand ein breites Netz an medizinischen Leistungen sowie Zugang zu einer Vielzahl an geeigneten Leistungserbringern im In- und Ausland. Die Versorgung der Versicherten ist dadurch sichergestellt. Durch den Abschluss einer sogenannten erweiterten OKP kann sich darüber hinaus jeder Versicherte die freie Wahl von ambulanten Leistungserbringern im In- und Ausland sichern.

Die Kassen bieten den Versicherten mittels freiwilliger Spital-Zusatzversicherungen im stationären Bereich den Zugang zu Nichtvertragsspitalern, den Aufenthalt in einem Ein- bzw. Zweibettzimmer und die freie Arztwahl im Spital an. Faktisch ist es so, dass durch eine private Zusatzversicherung vielfach nur bessere Hotellerie-Leistungen im Spital erkaufte werden. Insbesondere in kleineren Spitälern besteht nämlich kaum eine Auswahlmöglichkeit in Bezug auf den behandelnden oder operierenden Arzt. Überdies geht der Trend in immer mehr Spitälern in Richtung Ein- und Zweibettzimmer auch für Grundversicherte. Zudem kann der Versicherte in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen zahlreichen Grundversorgungs-Spitälern in der Region wählen und stehen ihm bei speziellen gesundheitlichen Problemen auch Spezialkliniken z.B. in Zürich oder Innsbruck zur Verfügung.

Von einer Zwei-Klassen-Medizin im Sinne von längeren Wartezeiten auf eine Behandlung oder eine qualitativ schlechtere Versorgung von Grundversicherten gegenüber Zusatzversicherten kann im bestehenden System im Gegensatz zu der in der Fragestellung aufgestellten Behauptung nicht gesprochen werden.

Durch ein ungezügelttes Wachstum der Gesundheitskosten kann jedoch die Situation entstehen, dass die Politik zu Massnahmen gezwungen wird, welche dann tatsächlich in einer Zwei-Klassen-Medizin enden. Daher geht das besondere Bemühen der Regierung dahin, das Wachstum der Gesundheitskosten im Zaum zu halten. Dafür wurden in den letzten Jahren verschiedene Massnahmen erfolgreich umgesetzt und es sind weitere geplant.

Zu Frage 5:

Tatsächlich ist es so, dass vermutlich aufgrund von Veränderungen in der Arbeitswelt und im privaten Alltag objektive psychische Belastungen zunehmen, welche entsprechende gesundheitliche Störungen oder Suchterkrankungen zur Folge haben. Nach Ansicht des Berufsverbandes der Psychologinnen und Psychologen Liechtenstein (BPL) gebe es zwar nicht mehr psychische Erkrankungen als früher, aber differenziertere Diagnose- bzw. Einordnungsmöglichkeiten.

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird nicht differenziert zwischen „klassischen“ Krankheiten und psychischen Krankheiten oder Suchtkrankheiten, die notwendigen Behandlungskosten werden bis auf die Kostenbeteiligung übernommen.

Für Menschen mit verschiedenen, überwiegend komplexen psychosozialen Problemstellungen ist beim Amt für Soziale Dienste der psychiatrisch-psychologische Dienst als Drehscheibe und erste Anlaufstelle eingerichtet. Über das Amt werden spezielle Behandlungen finanziert.

Einkommensausfälle aus psychischen und nicht psychischen Krankheiten werden durch die Krankentaggeldversicherung bzw. den Arbeitgeber im Rahmen der Lohnfortzahlung übernommen. Gedeckt sind dadurch auch längere Abwesenheiten vom Arbeitsplatz, welche für die Behandlung von psychischen Krankheiten oft benötigt werden.

Falls eine Krankheit, sei es eine psychische oder nicht psychische Krankheit, zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit führt, werden Leistungen der Invalidenversicherung ausgerichtet.