

Interpellation

zu Krankenkassen und LKV in Liechtenstein

Gestützt auf Art. 45 der Geschäftsordnung vom 19. Dezember 2012 für den Landtag des Fürstentums Liechtenstein, Landesgesetzblatt 2013 Nr. 9, reicht der unterzeichnende Landtagsabgeordnete eine Interpellation zum Themenbereich Krankenkassen bzw. Liechtensteiner Krankenkassenverband (LKV), ein. Der Interpellant bietet der Regierung mit dieser *Interpellation* die Möglichkeit, umfassender und fundierter Stellung zu verschiedenen Fragen die Kassen und den LKV betreffend zu nehmen, als es im Rahmen von Kleinen Anfragen möglich ist. Der Interpellant fordert die Regierung auf bzw. lädt die Regierung ein, nachfolgende Fragen eingehend und fundiert zu beantworten.

Themenbereich Prämien / Prämienfestsetzung

Gemäss KVG sind die Kassen und der Kassenverband (LKV) für die Organisation bzw. Durchführung der Krankenversicherung, sowohl der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) als auch der Krankengeld- und der freiwilligen Versicherung, zuständig.

Die jährliche Festlegung von Prämien, die von jeder Kasse separat erfolgt, ist naturgemäss für die Versicherten von besonderem Interesse. Die Kassen haben nach Art.4, Abs.1ff KVV für eine Finanzierungsperiode von zwei Jahren das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherstellen und müssen ständig über eine Reserve verfügen (Sicherheits- und Schwankungsreserve). Mit den Prämien, Kostenbeteiligungen und staatlichen Beiträgen müssen die Leistungen an die Versicherten, die vorgeschriebenen Reserven und auch der Verwaltungsaufwand der Kassen abgedeckt werden. Genauer über den Mechanismus der Prämienfestsetzung ist der Allgemeinheit nicht bekannt.

Der Interpellant und auch andere Landtagsabgeordnete haben mittels *Kleiner Anfragen* versucht, Näheres in Erfahrung zu bringen. Aus den allgemein gehaltenen Antworten der Regierung mit Verweis auf die gesetzlichen Bestimmungen und Äusserungen des LKV-Präsidenten an Medienkonferenzen anlässlich von Prämienbekanntgaben geht nur hervor, wann die Kassen dem Amt die Prämien zur Genehmigung vorzulegen haben, dass die jährlichen durchschnittlichen Kostensteigerungen 4 bis 5 % betragen und vorsichtig kalkuliert wird. Klar ist im Wesentlichen nur der zeitliche Ablauf der jährlichen Prämienfestsetzung.

1. Gibt es einen standardisierten Prozess zur Prämienfestlegung?
2. Wenn ja, wie ist dieser definiert?
3. Wie ist die oben erwähnte Finanzierungsperiode von zwei Jahren definiert? Wird darunter das laufende Jahr und das folgende Jahr, für das die Prämienfestsetzung erfolgt, verstanden?
4. Ohne Zweifel stellt die Kostenentwicklung ein elementares Kriterium zur Festlegung der Prämien dar. Die Kostenentwicklung dieser beiden genannten Jahre ist zum Zeitpunkt der Einreichung der Prämien an das Amt für Gesundheit nur für das erste Halbjahr bekannt, für den Rest müssen Annahmen getroffen werden. Jedenfalls wird laut LKV-Präsident der Durchschnitt einer langjährigen Kostenentwicklung herangezogen. Ist definiert, ob zur Ermittlung des Durchschnitts jeweils gleich lange Perioden, etwa immer die zurückliegenden 10 Jahre, dienen?
5. Wenn noch längere Zeiträume berücksichtigt werden, warum?
6. Werden für die Prämienberechnung nur die Kostenentwicklungen der Gesamtbruttokosten herangezogen, oder erfolgt die Berechnung gemäss der Kostenentwicklung in den verschiedenen Kostenkategorien (Spital stationär, Spital ambulant etc.)?
7. Wie fliessen Änderungen ein, die aufgrund geänderter Rahmenbedingungen, etwa Gesetzesänderungen, Tarifänderungen o. ä. zu erwarten sind? Wer legt die Annahmen für die Auswirkungen solcher Änderungen fest, das Amt für Gesundheit oder die Kassen selber?
8. Welche anderen Kriterien werden noch berücksichtigt? Wie werden diese gewichtet?
9. Wenn es keinen standardisierten Prozess zur Prämienfestsetzung gibt, warum nicht?
10. Nach welchen Kriterien erfolgte die Festsetzung des Beitrages für die freie Arztwahl, der heute in die Grundversicherung eingeschlossenen OKP-Plus-Versicherung?

11. Seit Einführung im Jahr 2003 sind für diese Versicherung 40 CHF (Erwachsene) zu entrichten. Sind die Kosten damit gedeckt, besteht eine Unterdeckung oder sind die 40 CHF zu hoch bemessen?
12. Jede der drei in Liechtenstein tätigen Kassen legt für sich die Prämien fest. In der Grundversicherung (OKP) ist der Leistungskatalog nach Krankenversicherungsverordnung für alle drei Kassen identisch. Jede Kasse hat also die gleichen Leistungen zu den gleichen Preisen zu übernehmen. Die Prämien allerdings sind unterschiedlich hoch. Als Begründung dafür dient das unterschiedliche Risiko der Kassen, ob also eine Kasse mehr oder weniger Risikoversicherte, z.B. mehr ältere Versicherte, hat. Da der Staatsbeitrag an die übrigen Versicherten – wie im KVG festgelegt – den Hochkostenfällen aller drei Kassen zu Gute kommt, ist das Risiko der Kassen minimiert. Warum wird für die Grundversicherung also nicht eine einheitliche Prämie für alle drei Kassen festgelegt?
13. Der Argumentation der Frage 12 folgend: Warum braucht es in Liechtenstein einen Risikoausgleich? Warum wird dieser nicht abgeschafft?

Themenbereich Spitalzusatzversicherung

Bei den Spitalzusatzversicherungen sind die Versicherungspolice der grössten Kasse im Land so ausgestellt, dass dem Versicherten die freie Spitalwahl Welt- bzw. Schweiz-weit zugesichert wird. Just zur Eröffnung der mittlerweile in Konkurs gegangenen Privatklinik Medicnova hatte der LKV, wohl im Auftrag aller drei Kassen, mitgeteilt, dass die Kassen keine Kosten übernehmen, da noch kein Tarifvertrag bestehe.

Den Prämienzahlern dieser Spitalzusatzversicherung, die sich auf eine Welt-bzw. Schweiz-weite Deckung oder eben ihre freie Spitalwahl verlassen haben, ist das absolut unverständlich. In Beantwortung einer *Kleinen Anfrage* vom 8.Juni 2018 führt die Regierung aus, dass die Versicherungsdeckung immer im Rahmen des geltenden Rechts und der jeweils gültigen Fassung der Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung bestehe. Da den Zusatzversicherten in aller Regel diese Zusatzbestimmungen oder aber Änderungen derselben nicht mit der Versicherungspolice zugestellt werden – und vielen diese Einschränkung beim Abschluss der Zusatzversicherung unter Umständen vor Jahrzehnten auch nicht kommuniziert wurde –, fühlen sich die Versicherten getäuscht.

Auch wenn die Kassen mittlerweile auf der Police über eine winzige, kaum lesbare Fussnote auf diese Allgemeinen- und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen hinweisen, hat der Versicherte keinen direkten Zugriff darauf. Und noch lange nicht jeder kann sich der jeweiligen Homepage der Kassen bedienen. Die Versicherungsbedingungen sind also nicht transparent ausgewiesen.

14. Sieht die Regierung in ihrer Verantwortung als Oberaufsicht der Kassen (und also auch über den Zusatzversichertenbereich) hier Handlungsbedarf?

15. Um den Spital-Zusatzversicherten die versprochene freie Spitalwahl zu garantieren und gleichzeitig übermässig teure Spitäler von der Deckung auszuschliessen, könnte ein bestimmter Höchstbetrag festgelegt werden, für den die Deckung übernommen wird. Damit wäre den Versicherten wenigstens der Zugang zu allen Kliniken möglich, die diesen Höchstbetrag nicht überschreiten. Wie steht die Regierung zu einer solchen Lösung im Sinne der Versicherten?

Die Prämien für die Spitalzusatzversicherungen sind in Liechtenstein nach dem Eintrittsalter abgestuft. Der LKV bzw. die Kassen drängen darauf, auf die Abstufung nach dem Lebensalter umzustellen. Das würde es für die älteren Prämienzahler, die seit Jahrzehnten diese Zusatzversicherung bezahlen, zunehmend erschweren, wenn nicht sogar verunmöglichen, die Versicherung noch beibehalten zu können. Genau zu dem Zeitpunkt, an dem sie möglicherweise diese Leistung in Anspruch nehmen müssen, können sie die Prämien nicht mehr aufbringen. Sie haben zwar jahrzehntelang Prämien einbezahlt, können aber nicht mehr profitieren, also ausser Spesen nichts gewesen.

Die Regierung führt in Beantwortung einer *Kleinen Anfrage* vom 6. Oktober 2017 aus, dass zusätzlich zu demografischen Effekten immer weniger jüngere Versicherte in Liechtenstein eine Spitalzusatzversicherung wählen, die Gruppe der Zusatzversicherten immer älter werde und das Risiko steige, dass auch Leistungen benötigt werden und damit die Kosten steigen. Gemäss Kassen soll die Umstellung auf das Lebensalter ermöglichen, diese Zusatzversicherung auch für jüngere Versicherte attraktiver zu machen.

16. Sieht die Regierung das auch so, oder ist der Grund, dass jüngere Versicherte in Liechtenstein diese Zusatzversicherung nicht (mehr) wählen, darin zu suchen, dass bereits die OKP-Prämien gestiegen sind und deswegen auf Zusatzversicherungen eher verzichtet wird?

17. Auch im Zusatzversicherungsbereich gilt das Solidaritätsprinzip. Werden mehr jüngere Versicherte diesen Versicherungszweig wählen, wenn sie davon ausgehen müssen, dass sie im Alter die hohen Prämien nicht mehr tragen können?
18. In der Schweiz besitzen deutlich weniger Versicherte als in Liechtenstein eine Spitalzusatzversicherung, trotz der Umstellung auf das Lebensalter. Hängt das mit der höheren Prämienbelastung der Schweizer Bürger zusammen, da ja der Arbeitgeber keinen Anteil übernimmt und auch die Kinder bis 16 Jahre nicht Prämien-befreit sind?
19. Ist also die Umstellung auf das Lebensalter nach Ansicht der Regierung die richtige Massnahme?

Themenbereich Reserve der Krankenkassen

Laut Krankenkassenstatistik 2017 (Seiten 61, 104, 105) sind die Reserven der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP auf 76 Mio. Franken gestiegen, das entspricht einer Zunahme von 10'000'000 Franken oder 15.8 % gegenüber dem Vorjahr. Bereits im Jahr davor, von 2015 auf 2016, wurden die Reserven um 11 Mio. Franken (20.5 %) aufgestockt. Damit betragen die Reserven der OKP mehr als das Doppelte der gesetzlichen Mindestreserven. Seit 2008 haben die Reserven jährlich durchschnittlich um 20 % zugenommen, im Gegensatz zu den Kosten der OKP, die im selben Zeitraum durchschnittlich um 3 % pro Jahr gestiegen sind.

Im Oktober 2017 bestätigte der Gesundheitsminister in der Beantwortung einer *Kleinen Anfrage*, dass er die gesetzlichen Mindestreserven für hoch genug erachtet. Trotzdem lässt er es zu, dass die Kassen überproportional hohe Reserven aufbauen, finanziert durch die Prämienzahler. Gerade die unteren und mittleren Einkommen sind durch die hohen Prämien und Kostenbeteiligungen ohnehin schon strapaziert und sollen nicht durch unnötig hohe Reserven der Kassen weiter belastet werden.

20. Gedenkt die Regierung etwas dagegen zu unternehmen? Welche Möglichkeiten sieht sie?
21. Wenn es, trotz der Aussage, dass die Reserven hoch genug sind, Gründe gibt oder Massnahmen geplant sind, die bedingen, die Reserven auf einem massiv höheren Niveau als die vorgeschriebenen Mindestreserven zu halten, welche sind diese?

Themenbereich Verwaltungsaufwand der Kassen

Laut Krankenkassenstatistiken 2017 und 2016 ist der Verwaltungsaufwand (Betriebsaufwand) der Kassen (aller drei Sparten: OKP, OKG, FW) auf 22,4 Mio. Franken (davon OKP rund 9.9 Mio. Franken) gestiegen. Von 2007 bis 2017 bedeutet dies gesamthaft eine Zunahme von 38 %, in der OKP um rund 32 %, in der OKG (Obligatorische Krankenversicherung) um 31 % und in der FW (Freiwillige Versicherung) um 49 %. Im gleichen Zeitraum haben die Gesamtbruttokosten der OKP um rund 36 %, die Arztkosten (ohne Medikamente, inklusive Labor) um 26 % zugenommen. Die durchschnittliche jährliche Zunahme in diesem Zeitraum beträgt für den Betriebsaufwand aller drei Versicherungssparten 3.3 %: für die OKP 2.8 %, die OKG 2.7 % und die FW 4.1 %. Die Gesamtbruttokosten der OKP weisen in diesem Zeitraum eine durchschnittliche jährliche Zunahme von 3.1 %, die der Arztkosten (ohne Medikamente, inklusive Labor) von rund 2.4 % aus. Die Anzahl der Versicherten der OKP hat dabei um 11 % zugenommen bzw. jährlich durchschnittlich um 1 %. Es ist also festzustellen, dass der Verwaltungsaufwand der OKP etwa im gleichen Ausmass wie die Gesamtbruttoleistungen zunimmt, wobei die Versichertenzahl eine deutlich niedrigere Zunahme aufweist.

22. Ist die Regierung der Ansicht, dass der Verwaltungsaufwand der Kassen angemessen ist oder sich reduzieren lässt?
23. Teilt die Regierung die vom LKV bzw. den Kassen verschiedentlich kommunizierte Ansicht, der Verwaltungsaufwand der Kassen (OKP) falle mit rund 5 % der Gesamtbruttoleistungen der OKP sehr niedrig aus (5.8 % im Jahr 2017), obwohl der Verwaltungsaufwand im gleichen Ausmass wie die Bruttoleistungen wächst?
24. Die Krankenkassenstatistik 2017 weist auf Seite 28 für die OKP einen Aufwand von 650'000 Franken an Marketing- und Werbekosten (inklusive Provisionen) aus, für die OKG einen Aufwand von 1.04 Mio. Franken (Seite 52) und für die FW einen Aufwand von rund 645'000 Franken (Seite 56). Wie viel davon sind jeweils Marketing- und Werbekosten? Wie haben sich diese Positionen in den letzten 10 Jahren (2007 – 2017) entwickelt?

Über alle drei Versicherungsparten weist die Krankenkassenstatistik für 2017 einen Betrag von 2.3 Mio. Franken für Marketing, Werbung (inklusive Provisionen) aus. Für die Jahre 2007 bis 2012 fielen hier weitaus niedrigere Beträge an, die sich zwischen 200'000 Franken und 350'000 Franken bewegten. Seit 2013 sind diese Ausgaben sprunghaft gestiegen, auf 1.9 Mio. Franken im 2013 bzw. 1.8 Mio. Franken im 2014; in den folgenden Jahren jeweils über 2.0 Mio. Franken.

25. Welches sind die Gründe für diese starke Zunahme?

Themenbereich LKV

Wie die Regierung in Beantwortung einer Kleinen Anfrage vom 6.Juni 2018 ausführt, liefert der LKV gemäss Leistungsvereinbarung monatlich Daten aus dem Datenpool an die Behörden. Die monatliche Publikation der Daten auf der Website des LKV sei hingegen eine reine Dienstleistung.

26. Weshalb hat die Regierung den Leistungsauftrag nicht dahingehend erweitert, diese Daten verbindlich monatlich und in rollender und kumulierter Form auf der Website des LKV zu publizieren? Da mit der Abschaffung der Kosten- und Qualitätskommission ein Informationsgefälle geschaffen wurde und weder Versicherte noch Leistungserbringer Zugang zu den monatlichen Daten haben (die Patientenorganisation und Leistungserbringer waren in dieser Kommission vertreten) und deshalb nicht oder erst sehr spät im Jahr über die aktuelle Kostenentwicklung informiert sind, empfiehlt sich die verpflichtende Publikation sowohl der rollenden als auch kumulierten Daten ab Jahresbeginn. Da die Daten verfügbar sind, ergibt sich auch kein Mehraufwand. Abgesehen davon hätten auch die Landtagsabgeordneten Zugriff auf diese Daten. Kumulierte Daten sind, wenn sie erst ab August verfügbar sind, für die Leistungserbringer zur Beurteilung, ob Kostenziele eingehalten werden können, wenig dienlich, da sie zu spät kommen.
27. Gedenkt die Regierung diese Leistungsvereinbarung zu erweitern und wenn ja, ist eine Gesetzesänderung nötig?
28. Wenn die Regierung die Leistungsvereinbarung nicht zu erweitern gedenkt, welches sind die Gründe dafür? Wozu dient der Regierung ein sich so ergebender Informationsvorsprung?

In Liechtenstein sind derzeit noch drei Kassen tätig. Bis 1999 waren neun Kassen im Land tätig, bis 2002 fünf und bis 2009 noch vier. Während sich bei neun Kassen ein Koordinationsbedarf ergibt, dürfte dieser bei drei Kassen erheblich niedriger sein und könnte durch die Kassen selbst erbracht werden. Durch die heutige Struktur mit Geschäftsführung, zugeordnetem Sekretariat, Bürolokalität und nicht zuletzt einem mehrköpfigen Verwaltungsrat entstehen nicht unbeachtliche Kosten.

29. Wie hoch ist der finanzielle Aufwand für den LKV insgesamt, neben dem jährlichen Beitrag des Landes auch der Aufwand, der von Kassen, also durch Prämiegelder geleistet werden muss?
30. Welche Kosten fallen für den Unterhalt der Geschäftsstelle (Personalkosten, Sozialleistungen, Büromiete etc.) an?
31. Welche Kosten fallen für die Entschädigung der Mandate des Verwaltungsrates an?
32. Wie beurteilt die Regierung die Möglichkeit, dass weitere Kassen in Liechtenstein tätig werden?
33. Wie beurteilt die Regierung die Möglichkeit einer Auflösung des LKV? Welche Aufgaben könnten von den Kassen selbst übernommen werden? Gibt es Aufgaben, die auch beim Amt für Gesundheit angesiedelt werden könnten?

Johannes Kaiser,

Landtagsabgeordneter (parteilos)

6. August 2018