



MINISTERIUM FÜR GESELLSCHAFT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Das Gesundheitswesen im Fürstentum Liechtenstein

Aktuelle Übersicht, strategische Schwerpunkte und
Massnahmen

Update 2020

Vaduz, Juni 2020

Inhalt

1	Einleitung.....	6
2	Ausgangslage	7
2.1	Aktuelle Situation der medizinischen Versorgung in Liechtenstein.....	7
2.1.1	Übersicht über die Gesundheitsversorgung im Fürstentum Liechtenstein.....	7
2.1.2	Gesundheitsleistungen und deren Inanspruchnahme.....	8
2.1.3	Leistungserbringer und Ort der Leistungserbringung.....	9
2.1.4	Finanzierungsträger.....	13
2.2	Rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens	15
2.2.1	Verfassungsmässige Grundlagen, Überblick.....	15
2.2.2	Berufsrecht.....	17
2.2.3	Heilmittelrecht	18
2.2.4	Liechtensteinisches Landesspital	19
2.2.5	Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe.....	20
2.2.6	Krankenversicherung	20
3	Zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen.....	23
4	Gesundheitspolitische Ziele und Massnahmen	25
4.1	Das Regierungsprogramm 2017 – 2021 für den Bereich Gesellschaft.....	25
4.2	Mitwirkung der Betroffenen an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.....	25
4.3	Ökonomische Aspekte der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in einem Kleinstaat	28
4.4	Ziele und Strategiebereiche.....	32
5	Strategiebereich I: Ambulante Akutversorgung	35
5.1	Ausgangslage	35
5.2	Umfeldentwicklung und Herausforderungen	36
5.3	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	37
5.4	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen	38
5.4.1	Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	38
5.4.2	Sicherstellung der 24-Stunden-Notfallversorgung	40
5.4.3	Sicherstellung der psychiatrischen Grundversorgung	41
5.4.4	Prüfung neuer Versorgungsmodelle	43

6	Strategiebereich II: Stationäre Akutversorgung, Rehabilitation und Psychiatrie	47
6.1	Ausgangslage	47
6.2	Umfeldentwicklung und Herausforderungen	49
6.3	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	49
6.4	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen	49
6.4.1	Sicherstellung der akutsomatischen Grundversorgung im Inland.....	49
6.4.2	Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für „ambulant vor stationär“ ..	50
6.4.3	Überprüfung und Reform der Spitalfinanzierung	51
7	Strategiebereich III: Langzeitversorgung	56
7.1	Ausgangslage	56
7.2	Umfeldentwicklung und Herausforderungen	58
7.3	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	62
7.4	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen	63
7.4.1	Weiterhin bedarfsgerechter Ausbau der stationären Pflegeplätze.....	63
7.4.2	Ausbau des Angebots und der Qualität der ambulanten Alterspflege.....	64
7.4.3	Schaffung einer integrierten geriatrischen Versorgung.....	65
7.4.4	Prüfung alternativer Methoden zur Finanzierung der Pflege.....	67
8	Strategiebereich IV: Versorgung mit Heilmitteln.....	70
8.1	Ausgangslage	70
8.2	Umfeldentwicklung und Herausforderungen	73
8.3	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	73
8.4	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen	76
8.4.1	Referenzpreissystem für Generika.....	76
8.4.2	Bezugsquellen und Vertriebskanäle für Arzneimittel	77
9	Strategiebereich V: Gesundheitsförderung und Prävention.....	79
9.1	Ausgangslage	79
9.2	Umfeldentwicklung und Herausforderungen	79
9.3	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	80
9.4	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen	80
10	Strategiebereich VI: Fachpersonal	82

10.1	Ausgangslage, Umfeldentwicklung und Herausforderungen.....	82
10.2	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	82
10.3	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen.....	83
10.3.1	Etablieren des Berufsbildes „Advanced Practice Nurse“	83
10.3.2	Erweiterung des Aufgabenbereiches der Apotheker.....	84
11	Strategiebereich VII: Organisation und Steuerung des Systems	86
11.1	Ausgangslage, Umfeldentwicklung und Herausforderungen.....	86
11.2	Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen.....	86
11.3	Strategische Schwerpunkte und Massnahmen.....	87
11.3.1	Einführung eines elektronischen Gesundheitsdossiers (eHealth)	87
11.3.2	Verbesserung der aufsichtsrechtlichen und statistischen Datengrundlagen	88
12	Ergebnisse für die einzelnen Strategiebereiche und weiteres Vorgehen	90
12.1	Empfehlungen gemäss Fassung vom April 2018 - Update 2020.....	90
12.2	Zusätzliche Empfehlungen aus dem Gesundheitsseminar.....	97
	Literatur, Materialien	98
	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	105

Vorwort zum Update 2020

Die Regierung hat im Frühjahr 2018 diese umfassende Dokumentation des Gesundheitswesens im Fürstentum Liechtenstein vorgelegt, welche die in den verschiedenen gesundheitspolitischen Strategiebereichen verfolgten strategischen Ansätze zusammenfasst. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war die vom Ministerium für Gesellschaft (MG) im Herbst 2017 initiierte und von der Privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein (UFL) durchgeführte Seminarreihe zur Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens voll im Gange. Die Veranstaltungsreihe wurde im Juni 2018 abgeschlossen. Eine Seminardokumentation wurde vorgelegt.¹

Nachdem die gesundheitspolitische Gesamtplanung nichts Statisches ist, sondern im Gegenteil laufend weiter entwickelt werden soll, war von vorneherein geplant, die Ergebnisse des Gesundheitsseminars in einem nächsten Schritt zu verarbeiten.

Dies soll mit dem vorliegenden Update erfolgen. Der Bericht über das Gesundheitswesen im Fürstentum Liechtenstein erfährt hierzu keine vollständige Überarbeitung. Zum einen wird der Abschnitt 4.2 betreffend das Gesundheitsseminar ergänzt. Zum anderen werden die Empfehlungen aus dem Seminar in den jeweiligen Abschnitten zur strategischen Stossrichtung der Kapitel 5 bis 10 verarbeitet. Änderungen gegenüber der publizierten Fassung vom April 2018 sind durch blaue Hervorhebung gekennzeichnet.

¹ Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens, Schlussbericht der Seminarreihe von Oktober 2017 bis Juni 2018, Leitung Prof. Dr.oec. Bernhard Güntert (im Folgenden auch „Gesundheitsseminar“).

1 Einleitung

Die vorliegende Dokumentation des Gesundheitswesens im Fürstentum Liechtenstein stellt die in den verschiedenen gesundheitspolitischen Strategiebereichen verfolgten strategischen Ansätze zusammen. Aufbauend auf den im Regierungsprogramm 2017-2021 skizzierten Herausforderungen, Zielen und Massnahmen erfolgt eine umfassende Beschreibung der aktuellen Situation und der geplanten nächsten Schritte. Verschiedene von der Regierung in Auftrag gegebene Einzelstudien wurden dabei verarbeitet und in einen Bezugsrahmen gestellt.

Die folgenden Ausführungen beschreiben die gesundheitspolitischen Handlungsfelder im Sinne einer Gesamtschau. *Kapitel 2* zur Ausgangslage zeigt anhand der Gesundheitsausgaben und des rechtlichen Rahmens auf, welches breite Aufgabenfeld damit angesprochen ist. Die Ansatzpunkte reichen jedenfalls über den Kernbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinaus.

Über die gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen an das Gesundheitswesen wurde und wird viel geschrieben. *Kapitel 3* versucht eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Einflüsse.

Kapitel 4 befasst sich mit den gesundheitspolitischen Zielen und gibt einen kurzen Abriss über den Beitrag der ökonomischen Theorie zur Frage ob und wie der Staat in die medizinische Versorgung steuernd eingreifen soll. Am Ende dieses Kapitels erfolgt eine Systematisierung der gesundheitspolitischen Strategiebereiche in vier themenspezifische Bereiche und in drei Querschnittsthemen.

Die folgenden Kapitel widmen sich ausführlich je einem der insgesamt sieben Strategiebereiche: Ambulante Akutversorgung (*Kapitel 5*), stationäre Akutversorgung (*Kapitel 6*), Langzeitversorgung (*Kapitel 7*), Versorgung mit Heilmitteln (*Kapitel 8*), Gesundheitsförderung und Prävention (*Kapitel 9*), Ausstattung mit Fachpersonal (*Kapitel 10*), sowie Organisation und Steuerung des Systems (*Kapitel 11*). Nach einer Aufarbeitung der Ausgangslage und der relevanten Entwicklungen im Umfeld wird jeweils der Bezug zu den gesundheitspolitischen Zielen hergestellt. Schliesslich werden die strategischen Schwerpunkte und Massnahmen im Einzelnen vorgestellt.

Für den eiligen Leser sind in *Kapitel 0* die Ergebnisse zu den einzelnen Strategiebereichen in tabellarischer Form zusammengestellt.

Die gesundheitspolitische Gesamtplanung ist nichts Statisches. Sie ist im Gegenteil laufend weiter zu entwickeln. In einem nächsten Schritt werden insbesondere die mit Spannung erwarteten Ergebnisse des von der Regierung initiierten Seminars zur Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens zu verarbeiten sein.

In Blau hervorgehobene Textpassagen wurden im Rahmen eines Updates 2020 zum „Gesundheitsseminar“ ergänzt.

2 Ausgangslage

2.1 Aktuelle Situation der medizinischen Versorgung in Liechtenstein

2.1.1 Übersicht über die Gesundheitsversorgung im Fürstentum Liechtenstein

Liechtenstein verfügt über ein gut ausgebautes Gesundheitssystem. Die Lebenserwartung der Menschen ist hoch. Im Jahr 2014 betrug sie bei Geburt für Frauen 83.2 Jahre und für Männer 81.0 Jahre.² 85.9% der Bevölkerung bewerten ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. Die Lebensqualität wird von 95.2% der Bevölkerung als gut bis sehr gut eingeschätzt.³ Die Stärken des Gesundheitssystems liegen in dem breiten, von der Grundversicherung abgedeckten Leistungskatalog, der grossen Auswahl an Leistungserbringern, der guten Zugänglichkeit und in der Regel hohen Qualität des Leistungsangebots.⁴

Im Jahr 2015 wurden gemäss Gesundheitsausgabenrechnung für die Gesundheit der Einwohnerinnen und Einwohner Liechtensteins in Summe CHF 363.3 Mio. ausgegeben. In dieser Rechnung werden alle Massnahmen abgebildet, die das vorrangige Ziel haben, den Gesundheitsstatus von Individuen, von Teilen der Bevölkerung oder der gesamten Bevölkerung zu verbessern, zu erhalten oder die Verschlechterung des Gesundheitsstatus zu verhindern und Folgen von Krankheiten zu mildern. Zudem sind Leistungen der Verwaltung und der Steuerung des Gesundheitswesens mit eingeschlossen.⁵ Die Aufwendungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellen nur ein Teil dieser Ausgabensumme dar, weiter sind darin auch die Zahlungen des Landes und der Gemeinden, jene anderer Sozialversicherungsträger, von Zusatzversicherungen, privaten Haushalten und gemeinnützigen Organisationen im Gesundheitswesen berücksichtigt.⁶ Pro Einwohner betragen die Gesundheitsausgaben Liechtensteins 2015 CHF 9'656. Damit liegen sie etwa auf dem Niveau der Schweiz mit CHF 9'388 pro Einwohner⁷, welche ihrerseits im internationalen Vergleich durch überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben charakterisiert ist.⁸ Das Liechtensteinische Gesundheitssystem ist wie jenes der Schweiz somit als gut, aber auch als teuer einzustufen.

² Vgl. Amt für Statistik (2017), Statistisches Jahrbuch 2017, S. 65.

³ Vgl. Amt für Statistik (2014), Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012, S. 10.

⁴ Einen ähnlichen Befund stellten OECD und WHO dem Gesundheitssystem der Schweiz aus. Aufgrund der hohen Vergleichbarkeit der Systeme sind die wesentlichen Schlussfolgerungen auch auf Liechtenstein übertragbar (vgl. OECD-WHO (2011), Schweiz, OECD-Bericht über Gesundheitssysteme, S. 11).

⁵ Vgl. OECD (2011), Systems of Health Accounts (SHA), übersetzt nach Bundesamt für Statistik, BFS (2017), Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Revision 2017: Perspektiven, Konzepte und Methoden zur Förderung einer modular-dynamisierten Weiterentwicklung der Statistik.

⁶ Vgl. Amt für Statistik (2017a), Gesundheitsversorgungsstatistik 2016, S. 6.

⁷ Quelle: Bundesamt für Statistik (BSF, 2017), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2015: Definitive Daten.

⁸ Ein Vergleich der Gesundheitsausgaben in % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) mit andern Ländern, wie in der OECD üblich, führt im Fall Liechtensteins zu irreführenden Ergebnissen. Für Vergleichszwecke würde sich hier nur das BIP pro Erwerbstätigen eignen, da zur Erzeugung des liechtensteinischen Bruttoinlandsproduktes alle Erwerbstätigen beitragen, die in Liechtenstein beschäftigt sind (vgl. Amt für Statistik (2017b), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2015, S. 7). Auf einen solchen Vergleich wird daher verzichtet.

2.1.2 Gesundheitsleistungen und deren Inanspruchnahme

Den Schwerpunkt der Gesundheitsleistungen bildet die Kurativmedizin. Darunter versteht man alle Massnahmen zur Feststellung einer Krankheit und zu deren Heilung bzw. zur Verhinderung ihres Fortschreitens. Nicht dazu gehören Massnahmen der Prävention sowie der Rehabilitation und Langzeitpflege.

Über die Hälfte der Aufwendungen für die Gesundheit der liechtensteinischen Bevölkerung wird für die kurative Behandlung eingesetzt. Davon fliessen CHF 109 Mio. (30%) in die ambulante und CHF 85 Mio. (23%) in die stationäre Kurativbehandlung. Die Langzeitpflege bindet 14%, die Rehabilitation 7% der Ausgaben. Für die Gesundheitsvorsorge (Prävention) wird gerade einmal 1% der Ausgaben eingesetzt (vgl. unten, Abbildung 1).

Nach den im Rahmen der Gesundheitsbefragung gemachten Angaben suchen in einem Jahr 82.5% der Bevölkerung einen Arzt auf. 14.7% der Bevölkerung haben nach eigenen Angaben einen oder mehrere Spitalaufenthalte nötig. Medizinische Hilfe zu Hause in Form von Spitex-Leistungen werden von einem sehr kleinen Teil der Bevölkerung benötigt, 97.9% nehmen diese Dienstleistungen nicht in Anspruch. Ein Grund dafür mag im guten sozialen Netzwerk begründet liegen, welches die Gesundheitsbefragung ebenfalls konstatiert.⁹

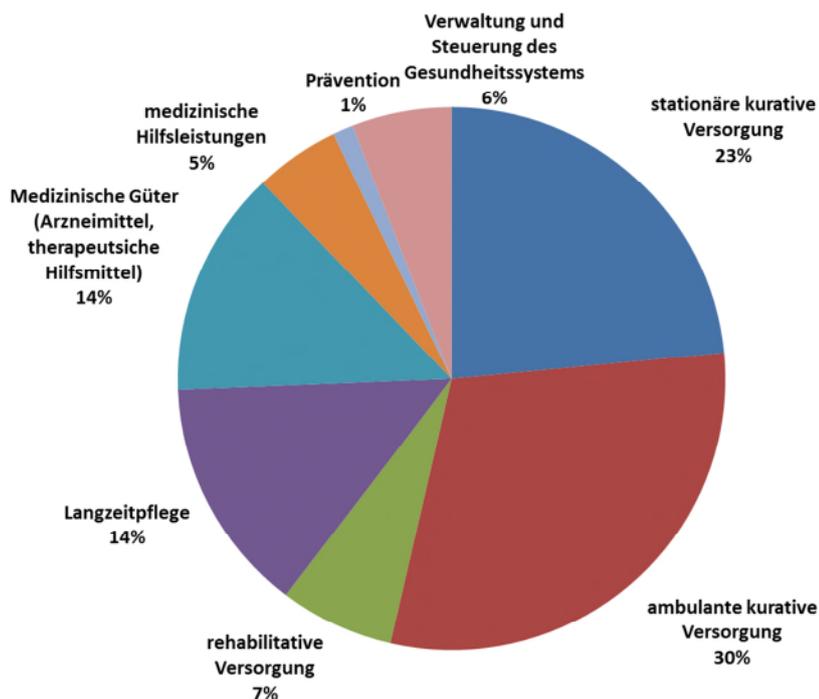


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben im Rechnungsjahr 2015 nach Leistungsarten

Quelle: Amt für Statistik, Gesundheitsversorgungsstatistik 2016

⁹ Quelle. Amt für Statistik (2014). S. 10 und S. 24.

2.1.3 Leistungserbringer und Ort der Leistungserbringung

In Abbildung 1 ist dargestellt, welche Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Gesundheitsausgabenrechnung erlaubt ausserdem eine Unterscheidung man danach, wer diese Leistungen erbracht hat. Nach diesem Kriterium entfallen auf die verschiedenen ambulanten Leistungserbringer (Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Physiotherapeuten usw.) 37% der Gesamtausgaben. In den Spitälern werden 33% und durch Pflegeheime 10% der Leistungen generiert. Der Verkauf medizinischer Güter beinhaltet als wichtigste Anbieter die Apotheken, aber auch andere Detailhändler, z.B. Drogerien oder Abgabestellen von Medizinprodukten.

	Ausgaben in T CHF	Anteil in %
ambulante Leistungserbringer	135'661	37%
Spitäler	121'152	33%
Pflegeheime	37'845	10%
Verkauf medizinischer Güter	23'038	6%
Hilfsleistungen, Prävention, Verwaltung, sonstige	45'592	13%
Total	363'288	100%

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 in Tausend CHF nach Leistungserbringern

Quelle: Amt für Statistik, Gesundheitsversorgungsstatistik 2016

Für den Kleinstaat Liechtenstein mit seinen engen grenzüberschreitenden Verbindungen ist von besonderem Interesse, wo die Leistungen erbracht werden (Abbildung 2 auf Seite 10). Etwa zwei Drittel der gesamten Leistungen (CHF 239 Mio. oder 65.8%) wurden 2015 im Inland erbracht, der Rest (CHF 124 Mio. oder 34.2%) im Ausland. In den verschiedenen Aufgabenbereichen ist die Intensität der Beteiligung ausländischer Leistungserbringer unterschiedlich.

Das Angebot der ambulanten Leistungserbringer findet sich zum weit überwiegenden Teil im Inland (85%). Per 31. Dezember 2016 verfügten in Liechtenstein 478 Personen über eine Bewilligung zur eigenverantwortlichen Ausübung eines Gesundheitsberufes. Mit einem Anteil von 24.7% bildeten die Ärzte die grösste Gruppe, gefolgt von den Physiotherapeuten mit 20.1% und den Zahnärzten mit 12.1% (im Detail siehe Tabelle 7 auf Seite 35).

Bei den Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege dominiert ebenfalls die inländische Versorgung. Die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe betreibt insgesamt fünf Standorte (St. Florin in Vaduz, St. Laurentius in Schaan, St. Mamertus in Triesen, St. Martin in Eschen sowie die Pflegewohngruppe St. Theodul im Triesenberg). Ein weiteres Haus wird von der Lebenshilfe Balzers betrieben. In der ambulanten Hauskrankenpflege sind die Familienhilfe Liechtenstein und lokal begrenzt die Lebenshilfe Balzers tätig.

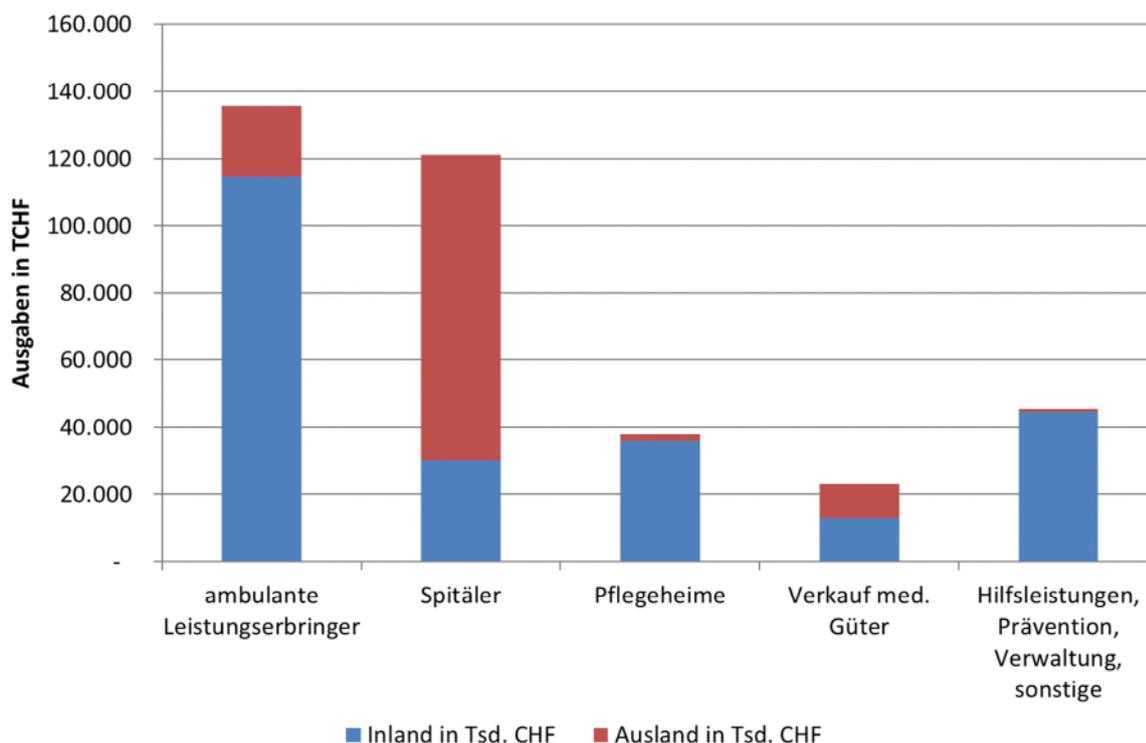


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben 2015 in TCHF nach Leistungserbringer und Ort der Leistungserbringung

Quelle: Amt für Statistik, Gesundheitsversorgungsstatistik 2016

Ganz anders verhält es sich bei den Spitälern, wo drei Viertel der Leistungen im Ausland erbracht werden. Im Inland wurde in der Statistik neben dem Landesspital im Berichtsjahr 2016 noch die Augenklinik Reis in Bendern als privates Spital klassifiziert (Tabelle 2).

	Anzahl (N)				
	Organisation	Verfügbare Betten	Ärzte	Pflegefachpersonal	Pflegehilfpersonal
Spitäler	2	60	23	57	31
Öffentlich	1	56	19	53	19
Privat	1	4	4	4	12
Pflegeheime	6	281	-	125	55
Familienhilfe	2	-	-	32	9

Tabelle 2: Spitäler, Pflegeheime und Familienhilfen im Berichtsjahr 2016¹⁰

Quelle: Amt für Statistik, Gesundheitsversorgungsstatistik 2016, Tab. 2.1 auf S. 19.

¹⁰

Erläuterung zur Tabelle: Privates Spital: Es werden nur ambulante Behandlungen vorgenommen. Familienhilfe: In der Familienhilfe werden die Angaben der Lebenshilfe Balzers sowie der Familienhilfe Liechtenstein ausgewiesen. Pflegefachpersonal: Die Anzahl des Pflegefachpersonals in Tabelle 2 ist höher als in Tabelle 7 da das gesamte Pflegefachpersonal in Spitälern, Pflegeheimen und bei der Familienhilfe berücksichtigt wird. D.h. es werden auch Personen ohne Bewilligung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung gezählt, die angestellt tätig sind.

2017 nahm mit der Medicnova Privatklinik AG eine weitere Privatklinik ihren operativen Betrieb auf. Geführt werden die Fachbereiche Anästhesiologie, Gefässchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie sowie Urologie. Für die ambulante kardiale Rehabilitation hat die Regierung Anfang 2018 einen OKP-Vertrag des Kassenverbandes mit der Medicnova Privatklinik AG genehmigt.

Da Liechtenstein seine Versorgung mit Spitalleistungen nicht zur Gänze selbst sicherstellen kann, werden diese über Verträge mit ausländischen Spitälern zugekauft. Einige dieser Spitäler erhalten ausserdem einen Staatsbeitrag.

Tabelle 3 zeigt die Spitäler, mit denen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Vertrag abgeschlossen wurde, im Überblick. Die gesetzliche Krankenversicherung hat in bestimmten Fällen auch einen Beitrag an stationäre Behandlungskosten in ausländischen Spitälern ausserhalb der Spitalliste zu leisten. Bei Behandlungen, die auch in einem Vertragsspital angeboten werden, werden jene Kosten vergütet, wie sie auch in einem geeigneten Vertragsspital anfallen würden, allerdings ohne einen allfälligen Staatsbeitrag. Die darüber hinausgehenden Kosten trägt der Versicherte oder seine Zusatzversicherung. Auch bei Vorliegen besonderer medizinischer Gründe, insbesondere im Notfall oder wenn es für eine bestimmte Leistung keinen geeigneten Vertragspartner gibt, richtet die OKP Vergütungen aus. Insgesamt haben daher in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2016 über 200 Spitäler Leistungen mit liechtensteiner Kassen abgerechnet, wenngleich sich darunter auch solche mit nur sehr geringen Beträgen befinden.

Kategorie, Name des Spitals	Leistungsauftrag	Aufnahme*
Grundversorgung		
Liechtensteinisches Landesspital	gem. Leistungsauftrag Land Liechtenstein	a, s
Kantonales Spital Grabs	wie Standortkanton	a, s
Kantonales Spital Walenstadt	wie Standortkanton	a, s
Zentrumsversorgung		
Kantonsspital St.Gallen	wie Standortkanton	a, s
Kantonsspital Graubünden, Chur	wie Standortkanton	a, s
Landeskrankenhaus Feldkirch	wie Land Vorarlberg	a, s
Universitätsspital		
A.ö. Landeskrankenhaus (Univ.-Kliniken) Innsbruck, Innsbruck	spitzenmedizinische Versorgung	a, s
Inselspital Bern	spitzenmedizinische Versorgung	a, s
Universitätsspital Zürich	spitzenmedizinische Versorgung	s
Kinderspital		
Ostschweizer Kinderspital, St.Gallen	Kindermedizin und Kinderchirurgie (gem. SPLG)	a, s
Spezialklinik		
Klinik Hirslanden, Zürich	Gefäss- und Herzchirurgie	s
Hirslanden Klinik Stephanshorn	Neurochirurgie	s
Schulthess Klinik, Zürich	Wirbelsäulenchirurgie, obere und untere Extremitäten, Plexuschirurgie und Replantationen	s
Sanatorium Dr. Schenk, Schruns	Untere Extremitäten	s
Universitätsklinik Balgrist	Para- Tetraplegie, Knochentumore	s
Schweizerisches Epilepsiezentrum, Zürich	Epileptologie	s
Psychiatrische Klinik inkl. Universitätskliniken		
Clenia Privatklinik Littenheid (ehemals Psychiatrische Klinik Littenheid)	Kinder- und Jugendpsychiatrie	s
Psychiatrische Dienste Graubünden	Erwachsenenpsychiatrie	s
Klinik Beverin, Cazis und Klinik Waldhaus, Chur		
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd (Standorte Pfäfers, Trübbach)	Erwachsenenpsychiatrie	s a
Landeskrankenhaus Rankweil	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie	a, s
Rehabilitationsklinik		
Klinik Gais AG, Gais	Psychosomatisch - Sozialmedizinisch	s
Rehabilitationszentrum Seewis, Seewis	Kardiovaskulär	s
Kliniken Schmieder, Allensbach (Bodensee)	Neurorehabilitation	s
Kliniken Valens (Valens und Walenstadtberg)	Muskuloskeletal, Neurologisch, Pulmonal	s
Rheinburg-Klinik Walzenhausen	Muskuloskeletal, Neurologisch	s
Krankenhaus Maria Ebene, Frastanz	Suchtrehabilitation	a, s
Therapiestation Carina, Feldkirch		s
Therapiestation Lukasfeld, Feldkirch		s
Drogen Rehabilitationszentrum Lutzenberg	Suchtrehabilitation	s
Tumorzentrum / Onkologie		
Tumorzentrum ZeTuP St.Gallen und Chur	Tumorzentrum / Onkologie	a

*) a...ambulant, s... stationär

Tabelle 3: Liste der Vertragsspitäler des Fürstentums Liechtenstein
Quelle: Amt für Gesundheit

2.1.4 Finanzierungsträger

Gemäss den Ergebnissen der Gesundheitsversorgungsstatistik werden die CHF 363 Mio. an gesamten Gesundheitsausgaben zu 63% vom Staat und von den Sozialversicherungen aufgebracht. Weitere 24% werden durch Selbstzahlungen der privaten Haushalte und 12% aus freiwilligen Finanzierungssystemen, also insbesondere aus Zusatzversicherungen, finanziert. Die nachfolgende Grafik (Abbildung 3) gibt einen stark vereinfachten Überblick über die Vielzahl und Komplexität der Finanzströme im liechtensteinischen Gesundheitswesen.

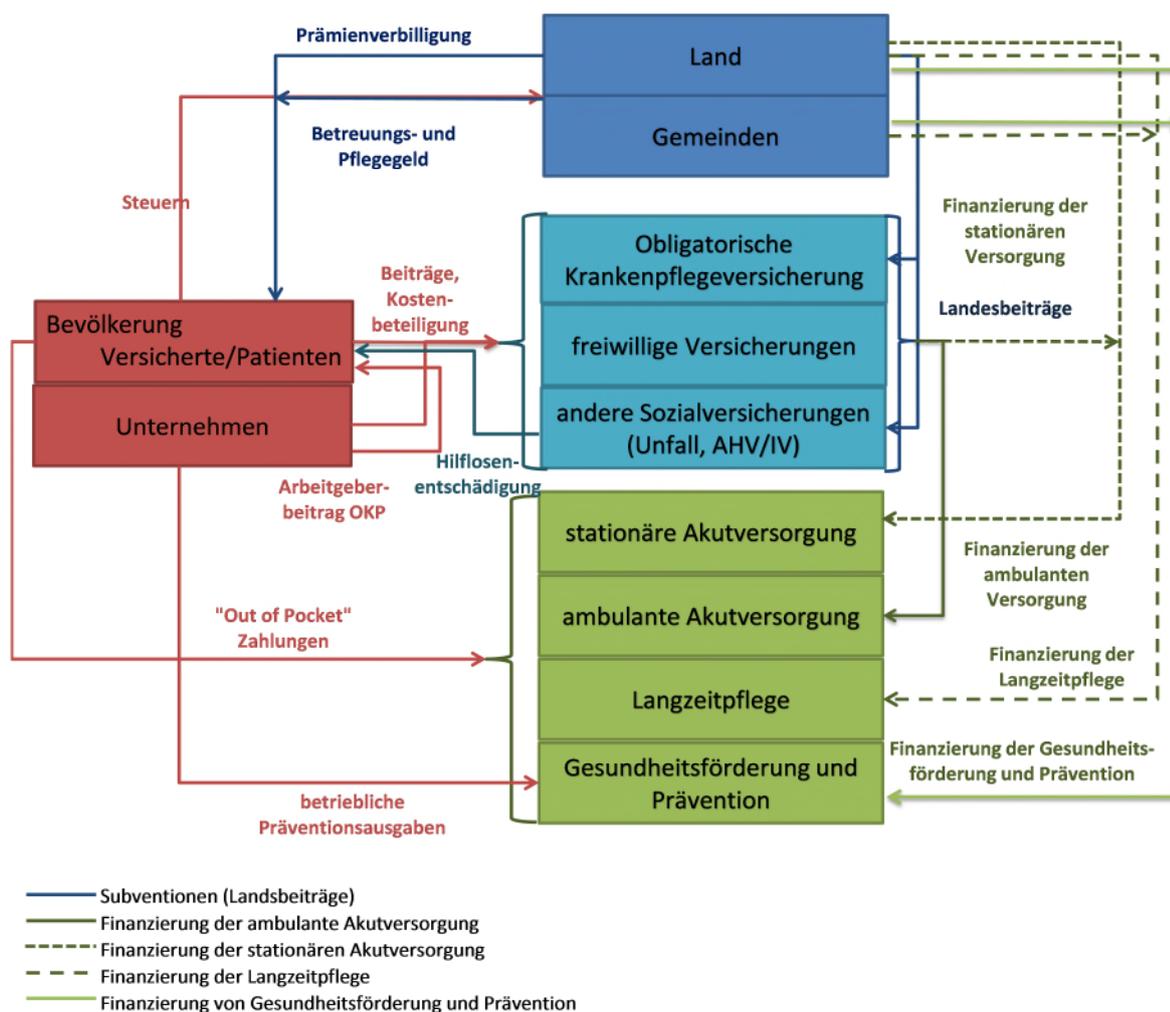


Abbildung 3: Finanzströme im Gesundheitswesen in Liechtenstein

Quelle: Eigene Zusammenstellung, nach European Observatory on Health Care System (2000).¹¹

¹¹

Die Darstellung wurde erstellt in Anlehnung an das Grobkonzept des Amtes für Statistik, für die Gesundheitsausgabenrechnung, (Vaduz 2013, unveröffentlicht). Dieses referenziert auf eine entsprechende Grafik für die Schweiz (European Observatory on Health Care System (2000), Switzerland 2000: Health Systems in Transition, S. 66. Eine überarbeitete und deutlich komplexere Darstellung für die Schweiz bietet European Observatory on Health Care System (2015), Switzerland 2015: Health system review, S.86.

Die Pfeile auf der linken Seite bilden Geldflüsse von und an Unternehmen und private Haushalte ab. Beide tragen durch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei.

Als Patienten bzw. Versicherte haben die **privaten Haushalte** neben ihren Prämien bzw. Beiträgen in bestimmten Fällen eine Kostenbeteiligung zu leisten. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfolgt dies aufgrund des Gesetzes, in den freiwilligen Versicherungen sofern reglementarisch vorgesehen. Die „Out of Pocket“-Zahlungen bezeichnen hier jene Eigenleistungen der privaten Haushalte, welche über die gesetzlich oder reglementarisch vorgesehenen Kostenbeteiligungen hinausgehen, z.B. nicht von Versicherungen gedeckte Medikamenteneinkäufe in der Apotheke. Vom Staat bzw. der Sozialversicherung fließen Gelder an die anspruchsberechtigten Haushalte zurück. In der Krankenpflegeversicherung ist dies die Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte, im Aufgabenbereich Langzeitpflege die Hilflosenentschädigung aus Mitteln der AHV sowie das von Gemeinden und Land hälftig finanzierte Betreuungs- und Pflegegeld.

Unternehmen tragen neben ihren anteiligen Sozialversicherungsbeiträgen, die direkt in die einzelnen Versicherungszweige fließen, den Arbeitgeberbeitrag zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welcher an die Arbeitnehmer ausbezahlt wird. Zudem leisten sie direkte Ausgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. betriebliche Massnahmen, Sponsoring von Kampagnen und Initiativen).

Bei den Pfeilen auf der rechten Seite wird unterschieden nach der Finanzierung der einzelnen Ausgabenbereiche (stationäre und ambulante Akutversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention). Ergänzend sind die direkten Subventionen des Landes an die Sozialversicherungsträger ausgewiesen, darunter fallen insbesondere die Staatsbeiträge an OKP und an die AHV-IV-FAK.¹²

Die unterschiedliche Finanzierung der **ambulanten und der stationären Akutversorgung** durch die OKP ist weiter unten genauer dargestellt (Abschnitte 2.2.6 und 6.4.3). Der wichtigste Unterschied sind die Staatsbeiträge an Spitäler, welche nur im stationären Bereich geleistet werden.

Gelder der übrigen Sozialversicherungsträger, die in die Gesundheitsversorgung fließen, betreffen insbesondere die Finanzierung von Heilungskosten durch die Unfallversicherung sowie Leistungen der Invalidenversicherung im Rahmen von medizinischen Massnahmen.

Die Finanzierung der **Langzeitpflege** erfolgt durch Beiträge der öffentlichen Hand und der Krankenkassen. Die Eigenbeiträge der betreuten Personen aus deren Einkommen und Vermögen (linke Seite der Grafik) stellen eine weitere Säule dar. Auch im Pflegebereich

¹² Den ehemaligen Staatsbeitrag an die Unfallversicherung (Nichtbetriebsunfallversicherung) gibt es seit dem Jahr 2012 nicht mehr. Der Staat leistet zumindest theoretisch gemäss Art. 28 IVG einen Beitrag an die Invalidenversicherung, zuletzt musste dieser nicht in Anspruch genommen werden (vgl. Geschäftsbericht der Liechtensteinischen AHV-IV-FAK 2016, S.22)

sind ambulante und stationäre Versorgung unterschiedlich finanziert (siehe dazu Abschnitt 7.4.4).¹³

Im Bereich der **Gesundheitsförderung und Prävention** engagieren sich neben den Sozialversicherungen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der OKP, Massnahmen der Zusatzversicherung) beide staatliche Ebenen, wie auch Unternehmen und private Haushalte durch eigene Massnahmen und Aktionen.

Aus Gründen der Vereinfachung werden **Investitionen** in der Darstellung komplett vernachlässigt. Investitionen des Landes und der Gemeinden spielen in der Bereitstellung der stationären Infrastruktur (Landesspital, Pflegeheime) eine zentrale Rolle. Das ambulante Angebot in den Praxen der verschiedenen Gesundheitsberufe wird vorrangig durch Investitionen des privaten Sektors getragen.

2.2 Rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens

2.2.1 Verfassungsmässige Grundlagen, Überblick

Das öffentliche Gesundheitswesen und die Unterstützung der Krankenpflege sind in der Verfassung des Fürstentums Liechtenstein ausdrücklich verankerte Staatsaufgaben (Art. 18 LV).¹⁴ Das öffentliche Armenwesen ist Sache der Gemeinden, wobei der Staat die Oberaufsicht hierüber ausübt und Beihilfen zur zweckmässigen Versorgung von Waisen, Geisteskranken, Unheilbaren und Altersschwachen leisten kann (Art. 25 LV). Der Staat unterstützt und fördert ausserdem das Kranken-, Alters-, und Invalidenversicherungswesen (Art. 26 LV).

Der Kommentar zur Liechtensteinischen Verfassung führt zu Art. 18 LV aus, es fände sich darin weder ein abstraktes Leitbild noch ein konkretes Modell, wie Liechtensteins Gesundheitswesen ausgestaltet sein soll. „Diesen Grundsatzentscheid hat der Gesetzgeber zu fällen. Art. 18 LV verpflichtet den Staat, für eine kohärente Organisation des gesamten Gesundheitswesens zu sorgen, planend und steuernd tätig zu werden und zu kontrollieren. Er statuiert weder ein soziales Grundrecht noch einzelne klagbare Ansprüche, sondern nennt ein Staatsziel.“¹⁵ Dem Auftrag kann der Staat durch staatliche Bereitstellung von Infrastruktur nachkommen, oder auch durch den Abschluss von Vereinbarungen mit Nachbarstaaten oder Einrichtungen, sodass der Zugang aller Einwohner zu den notwendigen Leistungen gewährleistet ist. Ebenso, wenn er per Gesetz dafür sorgt, dass Private die Leistungen anbieten und ihre Bezahlung (z.B. dank einer Versicherung) allen Menschen möglich ist.¹⁶

Zur Erfüllung dieser Aufgaben im Gesundheitswesen greift der Staat in der Praxis auf sehr verschiedene Art steuernd ein. Vom direkten Betrieb einer Einrichtung über die Ausrichtung von Finanzierungsbeiträgen bis hin zu Regelungen und Auflagen betreffend

¹³ Zur Finanzierung der Langzeitpflege vgl. ausführlicher Stiftung Zukunft.li (2017), Finanzierung der Alterspflege, Handlungsbedarf und Lösungsansätze, S.31ff.

¹⁴ Landesverfassung, LGBl. 1921 Nr. 15.

¹⁵ Schiess Rütimann, P. M., Art. 18 LV, in: Liechtenstein-Institut (Hrsg.): Kommentar zur liechtensteinischen Verfassung. Online-Kommentar, BERN 2016, www.verfassung.li, (Stand: 18. April 2017, zuletzt abgerufen am: 28.3.2018).

¹⁶ Vgl. ebenda.

die Bereitstellung von Gesundheitsgütern und -leistungen reichen die Beispiele für die von ihm genutzten Steuerungsmöglichkeiten. Tabelle 4 zeigt anhand der Gesetzessystematik Liechtensteins auf, wo staatliches Handeln im Gesundheitswesen in der Gesetzgebung des Landes seinen konkreten Niederschlag findet. Auf Gesetzes- und Verordnungsebene werden insbesondere Fragen der Berufszulassung (Gesundheitsgesetz, Ärztegesetz) und des Betriebs ausgewählter Einrichtungen (Gesetz über das Landesspital, Gesetz über die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe) geregelt. Der Umgang mit Heil- und Betäubungsmitteln (Heilmittelgesetz, Betäubungsmittelgesetz) ist eine weitere wesentliche Rechtsmaterie. Ausserdem nimmt das Sozialversicherungsrecht (Krankenversicherungsgesetz, Unfallversicherungsgesetz) breiten Raum ein.

Internationale Rechtsvorschriften, z.B. im EWR-Heilmittelrecht oder auch im Zusammenhang mit der europäischen Koordination des Sozialversicherungsrechts, sind ebenfalls von Bedeutung. Weitere Vorgaben resultieren aus Staatsverträgen mit der Schweiz oder Österreich, die beispielsweise die Zuteilung von Organen zur Transplantation beinhalten, die Ausbildung und Berufszulassung von Medizinalpersonen grenzüberschreitend regeln, Bestimmungen über die Anwendbarkeit der Heilmittelgesetzgebung des Nachbarstaates in Liechtenstein treffen oder auch die Aufnahme von Liechtensteiner Patienten in Schweizer Spitälern garantieren.

Staatliche Institutionen wie das Landesspital werden durch spezialgesetzliche Bestimmungen und mittels Leistungsauftrag und Eignerstrategie gesteuert. Vertragliche Grundlagen finden sich schliesslich dort, wo der Staat zur Sicherstellung der Versorgung Verträge entweder selbst abschliesst oder solche zwischen Kassenverband und Leistungserbringern genehmigt (vgl. Abschnitt 2.2.6).

81	Gesundheit	LGBl.Nr.
811	Berufe des Gesundheitswesens	
811.01	Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007	2008.030
811.011	Gesundheitsverordnung (GesV) vom 29. Januar 2008	2008.039
811.011.2	Verordnung vom 6. April 2010 über die Anforderungen beim Anbringen von Tätowierungen, Permanent-Make-up und Piercings	2010.090
811.011.3	Verordnung vom 29. Januar 2008 über die Einhebung von Gebühren im Gesundheitswesen	2008.040
811.012.0	Verordnung vom 28. September 2004 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung; TWV)	2004.217
811.12	Gesetz vom 22. Oktober 2003 über die Ärzte (Ärztegesetz)	2003.239
811.121.1	Ärzteverordnung vom 9. Dezember 2008	2008.366
...	<i>(Bereich Tierärzte, ausgeblendet)</i>	
811.51	Gesetz vom 23. April 1935 betreffend die Übernahme der Hebammengebühren auf Landsrechnung	1935.006
812	Heilmittel	
812.102	Gesetz vom 4. Dezember 2014 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz; HMG)	2015.023
812.102.1	Verordnung vom 28. April 2015 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelverordnung; HMV)	2015.131
812.102.2	Verordnung vom 28. April 2015 über die Einhebung von Gebühren im Bereich des Heilmittel- und Betäubungsmittelrechts (Heil- und Betäubungsmittel-Gebührenverordnung; HBGebV)	2015.134
812.103	Gesetz vom 18. Dezember 1997 über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arzneimittelgesetz; EWR-AMG)	1998.045
812.103.1	Verordnung vom 6. September 2011 über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arzneimittelverordnung; EWR-AMV)	2011.439
812.103.3	Verordnung vom 2. März 2004 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-VKlin)	2004.073
812.120	Gesetz vom 20. April 1983 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz; BMG)	1983.038
812.120.1	Verordnung vom 28. April 2015 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe	2015.132

	(Betäubungsmittelverordnung; BMV)	
812.120.12	Verordnung vom 18. August 1992 über die Abgabe steriler Instrumente an Betäubungsmittelabhängige	1992.084
812.120.13	Verordnung vom 28. April 2015 über den Verkehr mit Drogenausgangsstoffen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Drogenausgangsstoff-Verordnung; EWR-DAV)	2015.133
813	Spitäler, Kliniken, Krankenhäuser	
813.1	Gesetz vom 21. Oktober 1999 über das Liechtensteinische Landesspital (LLSG)	1999.240
813.111	Verordnung vom 19. September 2000 über die medizinische Grundversorgung	2000.184
813.2	Gesetz vom 30. Juni 2010 über die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAKG)	2010.243
...	...	
83	Sozialversicherung	
(...)		
832	Kranken- und Unfallversicherung	
832.1	Krankenversicherung	
832.10	Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG)	1971.050
832.101	Verordnung vom 14. März 2000 zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV)	2000.074
832.101.4	Verordnung vom 15. März 2005 über die Krankenversicherungskarte (Krankenversicherungskartenverordnung; KVKV)	2005.055
832.101.5	Verordnung vom 22. Mai 2007 über die Kostenziele und die Qualitätssicherung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KQV)	2007.123
832.101.51	Verordnung vom 28. November 2017 über die Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für das Jahr 2018	2017.330
832.101.6	Verordnung vom 21. Juni 2016 über den pauschalen Zuschlag für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung	2016.209
832.101.7	Verordnung vom 22. August 2017 über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Prämienverbilligungsverordnung; PVV)	2017.22
832.2	Unfallversicherung	
832.20	Gesetz vom 28. November 1989 über die obligatorische Unfallversicherung (Unfallversicherungsgesetz; UVersG)	1990.046
832.201	Verordnung vom 4. September 1990 über die obligatorische Unfallversicherung (Unfallversicherungsverordnung; UVersV)	1990.070

Tabelle 4: Gesetzssystematik des Landes Liechtenstein (Auszug): Rechtsgrundlagen mit gesundheitspolitischer Relevanz

Quelle: www.gesetze.li

2.2.2 Berufsrecht

Das Gesundheits- und das Ärztegesetz mit den dazu gehörenden Verordnungen regeln die in Liechtenstein ausgeübten Gesundheitsberufe. Darunter fallen die folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte
- Apotheker
- Augentoptiker
- Chiropraktor
- Dentalhygieniker
- Drogist
- Ergotherapeut
- Ernährungsberater
- Hebamme
- labormedizinischer Diagnostiker
- Logopäde
- medizinischer Masseur
- Naturheilpraktiker
- Osteopath
- Pflegefachfrau
- Physiotherapeut
- Psychologe
- Psychotherapeut
- Zahnarzt

Die eigenverantwortliche Ausübung eines dieser Berufe, das heisst in eigener fachlicher Verantwortung entweder freiberuflich auf eigene Rechnung oder im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses, bedarf einer Bewilligung des Amtes für Gesundheit. Inhaber

einer Berufsausübungsbewilligung dürfen ihren Beruf auch im Rahmen einer Ärzte- bzw. Gesundheitsberufegesellschaft ausüben. Mit einer Bewilligungserteilung ist aber nicht automatisch die Berechtigung zur Abrechnung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbunden.

Für die Eröffnung einer Praxis müssen neben den fachlichen Voraussetzungen geeignete Praxisräumlichkeiten und eine entsprechende Haftpflichtversicherung nachgewiesen werden. Darüber hinaus sind aufgrund weiterer Rechtsvorschriften der Betrieb einer Praxisapotheke¹⁷ sowie von medizinischen Röntgenanlagen¹⁸ bewilligungspflichtig.

Die gegenständlichen Gesetze beinhalten Regelungen betreffend die laufende Tätigkeit, z.B. im Ärztegesetz hinsichtlich der Behandlung und Beratung von Patienten, zu Dokumentationspflichten und zur Organisation des Notfalldienstes. Im Besonderen ist hier auch die Institution der Liechtensteinischen Ärztekammer gesetzlich verankert und hinsichtlich Mitgliedschaft, Zweckbestimmung, Aufgaben und Organisation näher determiniert.

2.2.3 Heilmittelrecht

Unter den Begriff Heilmittel fallen Arzneimittel sowie Medizinprodukte und In-Vitro Diagnostika.¹⁹ Arzneimittel und Medizinprodukte können bei falscher oder gar missbräuchlicher Anwendung die Gesundheit von Menschen gefährden. Daher werden sie zum Schutz der öffentlichen Gesundheit international strikten Regelungen unterstellt.

Die in Liechtenstein gültigen Bestimmungen zum Heilmittelbereich teilen sich in jene im Rahmen des Europäischen Wirtschaftsraumes, die Bestimmungen im Rahmen des Zollvertrags sowie eigene nationale Bestimmungen auf. Die für den EWR relevanten Rechtsakte werden durch das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum in Liechtenstein umgesetzt. Arzneimittel, die von der EU im zentralen Verfahren geprüft und genehmigt wurden, werden in Liechtenstein automatisch zugelassen. Ausserdem werden auf Grundlage eines bilateralen Abkommens mit Österreich jene Arzneimittel zugelassen, bei denen dies im Rahmen der dortigen Zulassung ausdrücklich beantragt wurde (vgl. dazu Abschnitt 8.1 auf S. 51).

Im Rahmen des Zollvertrages besteht eine sehr enge rechtliche und auch administrative Verflechtung mit der Schweiz. 2002 ist das schweizerische Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) in Kraft getreten. Für die Aufgaben der Heilmittelüberwachung wurde das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic neu geschaffen. Gestützt auf Art. 4 des Zollvertrags wurde das Schweizer Heilmittelgesetz mit seinen Ausführungsverordnungen von Liechtenstein mit Notenaustausch vom Dezember 2001 für anwendbar erklärt und die Zuständigkeiten der Schweiz und Liechtensteins

¹⁷ Nach Art. 12 Heilmittelgesetz.

¹⁸ Liechtenstein ist auf Grundlage des aus dem Jahre 1923 stammenden Zollvertrages im Bereich des Strahlenschutzes eng mit der Schweiz verbunden. Im Dezember 2010 trat die Vereinbarung zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein und dem Schweizerischen Bundesrat betreffend die Zusammenarbeit im Bereich des Strahlenschutzes in Kraft. Die Anlage 1 dieser Vereinbarung listet die in Liechtenstein anwendbaren schweizerischen Rechtsvorschriften auf (vgl. www.ag.llv.li).

¹⁹ Vgl. zum Folgenden BuA Nr. 51/2014.

definiert.²⁰ Die Aufgabenteilung ist im Liechtensteinischen Heilmittelgesetz konkretisiert, welches zuletzt im Jahr 2014 einer Totalrevision unterzogen wurde.

Die Erteilung der Zulassung von Arzneimitteln mit allen entsprechenden Aufgaben erfolgt durch Swissmedic. Die Erteilung der Bewilligungen für Herstellung sowie Grosshandel erfolgt im Gegensatz zur Schweiz nicht durch Swissmedic, sondern durch die zuständige liechtensteinische Behörde, das Amt für Gesundheit.

Weiter sind die Aufgaben, welche das Schweizer Bundesgesetz den Kantonen zuweist, für Liechtenstein näher geregelt. Bereiche, in denen die Schweiz eine kantonale Zuständigkeit vorsieht, sind insbesondere die Herstellung von Arzneimitteln in kleinen Mengen, der Detailhandel mit Arzneimitteln, die Lagerung von Blut und Blutprodukten sowie die Zuständigkeiten im Zusammenhang mit Bewilligungen. Das Heilmittelgesetz enthält ausserdem grundsätzliche Bestimmungen über den Versandhandel mit Arzneimitteln.

2.2.4 Liechtensteinisches Landesspital

Das Liechtensteinische Landesspital ist per Gesetz als selbständige Stiftung des öffentlichen Rechts eingerichtet. Organisation und Finanzierung des Spitals sind ebenfalls auf Gesetzesstufe geregelt. Die Regierung definiert in Form eines Leistungsauftrags an das Landesspital die zu erbringenden Leistungen und die Anforderungen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit. Eine Umschreibung des Leistungsbereiches findet sich in der Verordnung über die medizinische Grundversorgung.²¹ Als Leistungen der Grundversorgung sind darin die Fachbereiche, Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemein- und Unfallchirurgie, Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe einschliesslich Neonatologie, Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Urologie und Palliativmedizin sowie die notwendigen Supportleistungen zu diesen Leistungen genannt. Weiter fallen darunter die Basisversorgung im Bereich der Infektiologie, die psychiatrische Versorgung, die stationäre Übergangspflege, die Notfallversorgung und die Versorgung in besonderen bzw. ausserordentlichen Lagen. Der Grundversorgungsauftrag bezieht sich auf Leistungen im teilstationären und stationären Bereich für die Bevölkerung des Fürstentums Liechtenstein, wobei Leistungen, die einer Intensivpflegestation bedürfen, nicht unter die Grundversorgung fallen.

Im Nachgang der Ablehnung des Neubaus des Liechtensteinischen Landesspitals durch das Volk wurde im Jahr 2012 ein Strategieprozess in Gang gesetzt.²² Dieser Prozess lief koordiniert mit einer vom Landtag eingesetzten Besonderen Landtagskommission (BLK) ab, die den Prozess der Neuausrichtung des Landesspitals begleitete.²³ Am Ende des Prozesses stand die neu formulierte Eignerstrategie des Landesspitals. Die Strategie sieht

²⁰ Notenaustausch vom 11. Dezember 2001 zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz betreffend die Geltung der schweizerischen Heilmittelgesetzgebung in Liechtenstein, LGBl. 2001 Nr. 190.

²¹ Verordnung über die medizinische Grundversorgung, LGBl. 2000 Nr. 184.

²² Der Landtag hatte einen Neubaukredit im Umfang von CHF 83 Mio. verabschiedet, wogegen ein Referendum zustande gekommen war. In der darauffolgenden Volksabstimmung Ende Oktober 2011 wurde der Finanzbeschluss mit 58.1% Nein-Stimmen abgelehnt.

²³ Genauer beschrieben sind die damaligen Abläufe im Bericht und Antrag Nr. 54/2017 betreffend die Genehmigung eines Nachtragskredits zur Sicherstellung der Grundversorgung im Liechtensteinischen Landesspital.

das Landesspital weiterhin in der Rolle des ambulanten und stationären medizinischen Grundversorgers für die Bevölkerung im Spitalbereich.

Gemäss Eignerstrategie kooperiert das Landesspital zur qualitativen Aufwertung des Leistungsangebots und zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Leistungserbringung mit einem Zentrumsspital (vertikale Kooperation).²⁴ Dies wurde umgesetzt durch die Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Graubünden (KSGR) als strategischem Hauptpartner.

An der Finanzierung des Landesspitals beteiligt sich das Land durch einen Landesbeitrag, welcher im Rahmen des jährlichen Landesvoranschlages als Globalkredit gewährt wird. Die Einzelheiten werden in der so genannten Globalkreditvereinbarung festgelegt.

2.2.5 Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe

Unter dem Namen Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK) besteht durch Gesetz eine selbstständige Stiftung des öffentlichen Rechts. Zweck der Stiftung ist die Gewährleistung einer bestmöglichen Pflege, Betreuung und Beratung der im Land wohnhaften Betagten, Kranken und Hilfebedürftigen sowie die Gewährleistung vorbeugender Massnahmen, um der Entstehung von Hilfebedürftigkeit entgegenzuwirken. Die Stiftung betreibt Alters- und Pflegeheime oder sonstige Unterkünfte für Betagte und Hilfebedürftige. Sie kann insbesondere auch Aufgaben in der ambulanten Beratung des genannten Personenkreises oder in der Koordinierung und Unterstützung privater Aktivitäten der Alters- und Krankenhilfe wahrnehmen. An der Finanzierung der Alters- und Krankenhilfe sind das Land und die Gemeinden durch Beiträge beteiligt.

2.2.6 Krankenversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bildet einen wesentlichen Kern des liechtensteinischen Gesundheitssystems. Seit der Einführung des allgemeinen Obligatoriums im Jahr 1971 durch das Krankenversicherungsgesetz müssen sich alle in Liechtenstein wohnhaften oder erwerbstätigen Personen für Krankenpflege versichern.²⁵ Für die Durchführung der obligatorischen Versicherung sind derzeit drei Krankenkassen anerkannt.

Die Krankenversicherung gewährt gemäss Gesetz grundsätzlich Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft und für präventivmedizinische Massnahmen. Erwerbstätige Personen unterliegen der obligatorischen Unfallversicherung seitens ihres Arbeitgebers, sodass das Unfallrisiko in der Krankenversicherung bei diesem Personenkreis ausgeschlossen wird.

Die Finanzierung durch die Versicherten erfolgt über eine kasseneinheitliche „Kopfprämie“, wobei sich bei Erwerbstätigen der Arbeitgeber zur Hälfte an der

²⁴ Vgl. Bericht und Antrag Nr. 136/2012, S. 5.

²⁵ Ausnahmen von diesem Prinzip gelten u.U. bei grenzüberschreitenden Sachverhalten aufgrund internationaler Rechtsvorschriften, so sind beispielsweise in der Schweiz wohnhafte und in Liechtenstein erwerbstätige Personen in der Schweiz zu versichern.

Prämienzahlung beteiligt.²⁶ Kinder bezahlen keine Prämie und Jugendliche von 16-20 bezahlen die halbe Prämie. Für in Anspruch genommene Leistungen ist durch die Versicherten eine gesetzlich festgelegte Kostenbeteiligung zu leisten.²⁷ Der Staat beteiligt sich an der Finanzierung der Krankenkassen durch einen jährlich festzulegenden Staatsbeitrag, zuletzt (2017) in Höhe von CHF 33 Mio. zuzüglich der Übernahme von 90% der Kosten der Kinder. Des Weiteren leistet er Beiträge in Form der Prämienverbilligung an einkommensschwache Haushalte.

Geldflüsse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2017

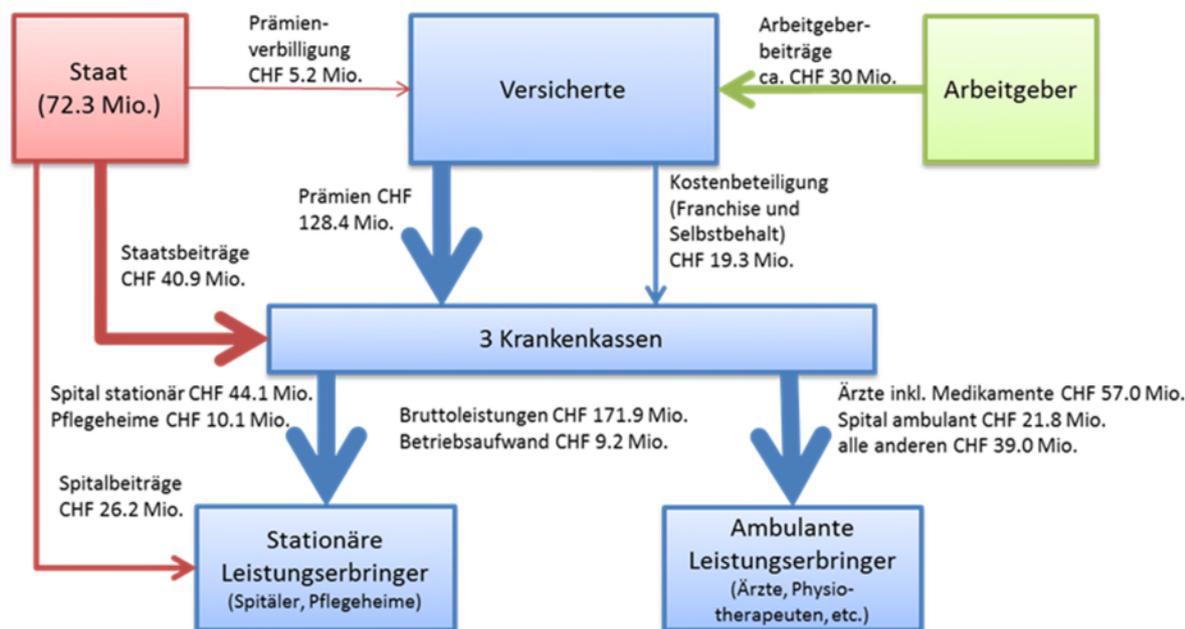


Abbildung 4: Geldflüsse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2017

Quelle: Bericht und Antrag betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2019 (Nr. 39/2018, S.10).

Die Sicherstellung des Leistungsangebots und dessen Finanzierung sind für den ambulanten und den stationären Bereich unterschiedlich geregelt.²⁸

Der Kassenverband schliesst mit den Verbänden der Leistungserbringer Tarifverträge zur ambulanten Versorgung ab, die von der Regierung zu genehmigen sind. Die Regierung hat in den letzten Jahren durch verschiedene Massnahmen die Tarife hinsichtlich Struktur und

²⁶ Der Arbeitgeberbeitrag an die Krankenversicherungsprämie wird jährlich auf Basis der Durchschnittsprämie neu festgelegt. Im Jahr 2018 beträgt er für erwachsene Versicherte monatlich CHF 155.50.

²⁷ Diese setzt sich zusammen aus einem festen Betrag von CHF 500 pro Kalenderjahr und einem prozentualen Beitrag von 20% bis maximal CHF 900 (Erwachsene unterhalb Rentenalter) und 10% bis maximal CHF 450 (Personen ab Rentenalter) der darüber hinaus gehenden Kosten. Eine freiwillig höhere Kostenbeteiligung bei entsprechender Prämiensparnis ist möglich.

²⁸ Die gesetzlichen Regelungen finden sich im Krankenversicherungsgesetz (KVG), insbesondere in den Art. 16a (Leistungserbringer), Art. 16b (Bedarfsplanung), Art. 16c (Tarife und Preise) sowie Art. 16d (Verträge mit Leistungserbringern).

Höhe weitgehend dem Niveau der angrenzenden Schweizer Kantone angepasst. Für ärztliche Leistungen wurde die Tarifstruktur auf Gesetzesebene festgelegt²⁹. Seit 1. Januar 2017 sind diese nach Massgabe der gesamtschweizerischen Tarifstruktur TARMED abzurechnen. Es gilt derselbe Taxpunktwert wie in den Schweizer Nachbarkantonen. Alle geltenden Tarifverträge werden vom Kassenverband publiziert.³⁰

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt ausschliesslich Leistungen von geeigneten und zur OKP zugelassenen ambulanten Leistungserbringern. Zur OKP zugelassen sind nur Leistungserbringer, die über einen Vertrag mit dem Kassenverband verfügen. Für bestimmte Leistungserbringergruppen, insbesondere die Ärzte, besteht hinsichtlich der Zulassung zur OKP ausserdem eine Bedarfsplanung.³¹ Keine Vergütung leistet die OKP bei nicht zugelassenen ambulanten Leistungserbringern. Es ist jedoch allen Versicherten auf Wunsch und gegen einen einheitlichen Prämienzuschlag von monatlich derzeit CHF 40 für erwachsene Versicherte der Abschluss einer erweiterten obligatorischen Krankenpflegeversicherung möglich, welche auch bei nicht zur OKP zugelassenen Leistungserbringern die Kosten zu 100% bis maximal zur Höhe der geltenden Tarife übernimmt.³²

In der stationären Versorgung schliesst grundsätzlich die Regierung die Verträge mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens ab, welche für die Versorgung der Versicherten nötig sind.³³ Es ist folglich zwischen Vertragsspitalern und Nicht- Vertragsspitalern zu unterscheiden. Der Staat beteiligt sich an der Finanzierung durch Beiträge an Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen.³⁴ Wie in der Schweiz gilt somit ein duales Finanzierungssystem, bei dem die Kassen einen Teil der Kosten stationärer Aufenthalte tragen und ein Teil durch einen Beitrag des Staates (CH: des Kantons) finanziert wird. Bei unseren Nachbarn betragen die Kantonsbeiträge seit 2017 bei allen Spitalern einheitlich mindestens 55%. Liechtenstein unterscheidet zwischen Vertragsspitalern mit und ohne Beitrag des Staates. Spitalbeiträge erhalten die regionalen Grundversorger, welche die Rund-um-die-Uhr-Versorgung auch im Notfall abdecken, sowie jene ausländischen Einrichtungen, welche die psychiatrische Grundversorgung sicherstellen (Tabelle 9 auf S. 52). Die Höhe der Beiträge war bis vor kurzem uneinheitlich. Ab 2018 wurde der Beitrag des Landes an das Liechtensteinische Landesspital, der bis dahin historisch bedingt bei 23% der stationären Kosten lag, auf die bei den anderen Spitalern mit Staatsbeitrag (und in der ganzen Schweiz) üblichen 55% angehoben. Die verbleibenden 45% tragen die Kassen.³⁵

²⁹ Art. 16c Abs. 3 KVG

³⁰ Sie sind auf der Homepage des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes unter folgendem Link abrufbar: (vgl. <https://lkv.li/fuer-versicherte/tarifvertraege>).

³¹ Art. 16b KVG.

³² Art. 18 Abs. 1, 2 und 2a KVG.

³³ Art. 16c Abs. 7 KVG, die Regierung hat diese Aufgabe bei entsprechender Genehmigung der Verträge analog dem ambulanten Sektor an den Kassenverband delegiert (Art. 73a der Krankenversicherungsverordnung, KVV).

³⁴ Art. 24 Abs. 1 Bst. c KVG

³⁵ Ein finanzieller Ausgleich wurde durch die parallele Senkung des Staatsbeitrages an die Kassen (Art. 24a Abs. 2 KVG) um CHF 4 Mio. auf CHF 29 Mio. für das Jahr 2018 geschaffen (Vgl. Bericht und Antrag Nr. 31/2017 betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2018, S. 29ff).

3 Zentrale Herausforderungen im Gesundheitswesen

Demografische, kulturelle, technologische und wirtschaftliche Umbrüche stellen das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren vor vielfältige Herausforderungen.³⁶ Wenn einleitend dem Liechtensteinischen Gesundheitssystem vergleichbare Stärken wie jenem der Schweiz zugeschrieben wurden, so müssen an dieser Stelle auch ähnliche Schwächen eingeräumt werden: „(Die) Transparenz ist beschränkt, es fehlt an gezielter Steuerung, die statistischen und analytischen Grundlagen sind lückenhaft und es gibt Fehlanreize, die zu Ineffizienzen und unnötigen Kosten führen“, so die kritische Analyse des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit.³⁷

Auf der Ebene der **Versicherten bzw. Patienten** sind vor allem die Folgen der demografischen Entwicklung zu bewältigen. Im Jahr 2014 betrug der Anteil der über 65-jährigen in Liechtenstein 16.0% bzw. 5'974 Personen. Je nach Szenario steigt dieser bis zum Jahr 2050 auf 27.0% bis 31.2%. Der Anteil der 80-jährigen und Älteren steigt von 3.4% (2014) auf 11-13.5% im Jahr 2050.³⁸ Mit dem höheren Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Fälle von Multimorbidität nehmen zu. Die Anzahl an Jahren mit medizinischer Betreuung steigt.

Veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen, der medizinisch-technische Fortschritt und das sich ändernde Gesundheitsverhalten führen zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen. Laut eigenen Angaben leiden in Liechtenstein 31.7% der Bevölkerung unter andauernden oder chronischen Beschwerden, wie Diabetes, Bluthochdruck, Migräne, Arthrose oder psychischen Problemen.³⁹

Die Individualisierung und auch die Ansprüche der Patienten nehmen zu. Informationen zu Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sind leichter verfügbar und beeinflussen das Entscheidungsverhalten. Patienten werden immer mobiler und sind immer mehr bereit, für qualitativ hochstehende Medizin längere Wege auf sich zu nehmen. Gesundheitssysteme der Zukunft müssen den Patienten verstärkt in den Mittelpunkt stellen.⁴⁰ Der Patient soll dabei „als ‚Stakeholder‘ behandelt werden, der nicht bloss ausführt, was ihm Gesundheitsprofis empfehlen, sondern an den Massnahmen aktiv teilnimmt.“⁴¹ Als Inhalt des Begriffs „Patientenzentrierung“ werden zahlreiche Aspekte angegeben, wie z.B. die aktive Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen, die Berücksichtigung der Bedürfnisse, Werte und Vorstellungen der Patienten, die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation. Auf Patientenseite bedingt dies eine bessere Befähigung zum eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen

³⁶ Zum folgenden Abschnitt vgl. Private Universität im Fürstentum Liechtenstein – UFL (2017), Impulsprogramm „Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens, Eidgenössisches Departement des Inneren (2013), EDI, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats (Gesundheit 2020), sowie PwC (2017), CEO Survey – Spitalmarkt Schweiz 2017.

³⁷ Eidgenössisches Departement des Inneren, EDI (2013) Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats (Gesundheit 2020), S.4.

³⁸ Vgl. Amt für Statistik (2016), Bevölkerungsszenarien für Liechtenstein, Zeitraum 2015–2050.

³⁹ Vgl. Amt für Statistik (2014), Gesundheitsbefragung 2012, S.12.

⁴⁰ Gurría, A. (2017), Our health systems must put people at the centre, Editorial, OECD Observer No 309 Q1 2017.

⁴¹ Langewitz, W. (2012), Was bedeutet eigentlich „patientenzentrierte Medizin“? Seminar an der 80. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM), 25. Mai 2012 in Basel, in: ArsMedici Congress Selection, Nr. 11/2012, S. 4.

Gesundheit und zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz durch gezielte Gesundheitsinformationen.⁴²

Auf der Ebene der **Anbieter** von Gesundheitsleistungen kommt es zu einer zunehmenden Professionalisierung und (internationalen) Standardisierung. Aus- und Weiterbildungswege haben sich verändert, bei vielen Gesundheitsberufen erfolgte eine Akademisierung, in der Regel ohne ihre Ausführungskompetenzen zu erhöhen. Die ausreichende Verfügbarkeit von Fachpersonen der „richtigen“ Bereiche ist auch für die Zukunft sicherzustellen. Die Entscheidungskompetenzen müssen an die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen angepasst werden.

Neue minimal- und nichtinvasive Therapien und Patientenwünsche führen zu einer Verschiebung von stationären zu ambulanten Angeboten (Ambulantisierung). Neue Technologien können die traditionelle Art der Leistungserbringung verändern (Telemedizin, Wearables). Die Qualität medizinischer Leistungen rückt verstärkt in den Fokus.

Die Entwicklungen bei den Gesundheitsberufen, aber auch die Notwendigkeit, die Versorgung stärker an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren, verlangen nach neuen Formen der (interdisziplinären) Zusammenarbeit.

Der Gesundheitssektor wird auch in Zukunft weiter wachsen. Die **Finanzierung** des Kostenwachstums muss in einer Weise sichergestellt werden, dass sie für die Bevölkerung tragbar bleibt.

Hierzu sind nicht zuletzt Effizienzpotenziale im System zu heben, wozu die Stärkung der **Steuerung** und **Transparenz** beitragen soll. Die Versorgungslandschaft zeichnet sich durch eine immer höhere Spezialisierung und Fragmentierung aus, wodurch Menschen sich zunehmend schlechter im Gesundheitssystem zurechtfinden können. Die Koordination und der Austausch von Leistungen, Behandlungen und Informationen wird eine zunehmend wichtigere Aufgabe für alle im Gesundheitswesen Tätigen. Die Möglichkeiten moderner Informationstechnologien werden in diesem Bereich noch zu wenig genutzt (Stichwort „eHealth“).

⁴² Vgl. Zill, J. M., Härter, M. (2017), Patientenzentrierte Versorgung, in Pfaff, H. et.al (Hg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, S.149.

4 Gesundheitspolitische Ziele und Massnahmen

4.1 Das Regierungsprogramm 2017 – 2021 für den Bereich Gesellschaft⁴³

Das Regierungsprogramm für die Jahre 2017 – 2021 benennt als grosse Herausforderung der Gegenwart den demografischen Wandel mit seinen Auswirkungen, der Entscheidungen mit weitreichenden Auswirkungen erfordert. Dass die geburtenstarken Jahrgänge in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ein Alter erreichen, in dem Krankheit und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher werden, stellt die verschiedenen Systeme im Sozial- und Gesundheitsbereich vor grosse Herausforderungen. Die damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben gelte es daher frühzeitig zu adressieren und in Angriff zu nehmen.

Die im Regierungsprogramm festgehaltenen Ziele und Massnahmen sind in Tabelle 5 wiedergegeben. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die Sicherstellung des Angebots und dessen Finanzierbarkeit gelegt. Der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist für alle in der Gesellschaft zu gewährleisten. Gleichzeitig soll durch Eindämmung des Kostenwachstums auf ein tragbares Mass die Finanzierbarkeit auch für künftige Generationen sichergestellt werden.

4.2 Mitwirkung der Betroffenen an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Das Ministerium für Gesellschaft hat im Herbst 2017 ein Seminar zur Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens gestartet („Gesundheitsseminar“). Die organisatorische und fachliche Durchführung wurde von der Regierung an die Private Universität im Fürstentum Liechtenstein (UFL) übertragen.

Im Vorfeld wurden mit den Leistungserbringerverbänden sowie den im Gesundheitswesen aktiven Institutionen Vorgespräche geführt und dabei ihre Bereitschaft abgefragt, sich aktiv zu beteiligen. An insgesamt zwölf Abenden werden in Fachvorträgen mit anschliessender Diskussion konkrete, von den jeweiligen Vortragenden eingebrachte Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bearbeitet und besprochen. Dabei sollen sowohl konkrete Problemfelder als auch Initiativen und Zukunftsmodelle diskutiert werden, um Mängel zu beseitigen, die Qualität zu verbessern und eine langfristig hochstehende aber auch bezahlbare Versorgung sicherzustellen. Die Resultate der Vorträge und Diskussionen sollen dann im Rahmen einer Seminardokumentation zusammengefasst und veröffentlicht werden. Die Seminarabende sind öffentlich. Neben den im Gesundheitswesen tätigen Personen sind auch alle an der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens Interessierten eingeladen, sich an der Diskussion zu beteiligen.

⁴³

Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Regierungsprogramm 2017-2021, S.14.

Demografische Herausforderung meistern

Ausgangslage	Zielsetzung	Massnahmen
Die geburtenstarken Jahrgänge erreichen in den nächsten Jahrzehnten ein Alter, in dem vermehrt Leistungen im Bereich der Betreuung und Pflege benötigt werden. Die Sicherstellung der derzeitigen hochwertigen Versorgung erfordert einen qualitativen und quantitativen Ausbau des Angebots, der frühzeitig adressiert und in Angriff genommen werden muss.	<p>Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen.</p> <p>Die langfristige Sicherung der Sozialwerke wird gewährleistet.</p>	<p>Die stationären Pflegeplätze werden weiterhin bedarfsgerecht ausgebaut.</p> <p>Das Angebot und die Qualität der ambulanten Alterspflege werden ausgebaut.</p> <p>Es wird eine integrierte geriatrische Versorgung geschaffen.</p> <p>Alternative Methoden zur Finanzierung der Pflege werden geprüft.</p>

Gesundheitswesen für zukünftige Herausforderungen rüsten

Ausgangslage	Zielsetzung	Massnahmen
<p>Der medizinische Fortschritt ermöglicht bessere und individuellere Behandlungsmöglichkeiten, die dadurch komplexer und somit aufwendiger werden.</p> <p>Ausserdem wirken sich die demografische Entwicklung sowie die Anspruchshaltung der Patienten auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus. Dies stellt das Gesundheitswesen vor Herausforderungen im Bereich der Finanzierbarkeit, aber auch im Bereich der Gewährleistung des Zugangs zu erforderlichen Leistungen.</p>	<p>Es besteht auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, die für alle zugänglich und bezahlbar ist.</p> <p>Das Kostenwachstum wird auf ein tragbares Mass eingedämmt.</p>	<p>Die ambulante und stationäre Grundversorgung wird sichergestellt.</p> <p>Eine 24-h-Notfallversorgung wird sichergestellt.</p> <p>Die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung wird weiterentwickelt.</p> <p>Neue Versorgungsmodelle zur Stärkung der Grundversorgung, wie beispielsweise Ambulatorien oder integrierte Versorgungszentren, werden geprüft.</p> <p>Einführung eines elektronischen Gesundheitsdossiers (E-Health).</p>

Tabelle 5: Ausgangslage, Zielsetzung und Massnahmen für den Bereich Gesellschaft

Quelle: Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Regierungsprogramm 2017-2021, S. 14.

Die Ergebnisse sollen als Basis für die weitere Arbeit in der Politik und in den Verbänden von den Verantwortlichen aufgegriffen und weiter vorangetrieben werden. Die unmittelbar Betroffenen (Patienten und Versorger) sollen damit künftige gesundheitspolitische Entwicklungen massgeblich mitgestalten können. Die Veranstaltungsreihe fand vom Herbst 2017 bis zum Sommer 2018 statt. In abschliessenden Workshops werden gemeinsam mit den Berufsgruppen konkrete Vorschläge zu Händen der Regierung erarbeitet. An den bisher durchgeführten Terminen zeichneten sich bereits einige interessante Ansätze ab. Die Ergebnisse des Seminars werden in eine Aktualisierung der vorliegenden gesundheitspolitischen Gesamtplanung einfließen.

Update 2020

Im Rahmen der Seminarreihe wurden Reformvorschläge ausgearbeitet, die im zugehörigen Schlussbericht mit RV1 bis RV20 bezeichnet sind. Die Empfehlungen aus dem Gesundheitsseminar und das weitere Vorgehen sind in den thematisch passenden Kapiteln dieses Berichts im jeweiligen Abschnitt zu den strategische Schwerpunkten verarbeitet.

Einzig bei einem Thema, nämlich der Bedarfsplanung, stehen die vorrangig empfohlenen Stossrichtungen in einem offensichtlichen Widerspruch zueinander (Abschnitt 5.4.1).

Bei insgesamt sechs Themenbereichen ist eine hohe Übereinstimmung der Empfehlungen aus dem Gesundheitsseminar mit den strategischen Schwerpunkten der Regierung festzustellen:

- Alter /Langzeitpflege (Abschnitt 7.4),
- Digitalisierung /eHealth (Abschnitt 11.3.1),
- Psychiatriekonzept (Abschnitt 5.4.3),
- Neue Versorgungsmodelle (Abschnitt 5.4.4),
- Weiterentwicklung Berufe (Abschnitt 10.3),
- Gesundheitsförderung und Prävention (Abschnitt 9.4).

Es gibt einige Themenbereiche im vorliegenden Bericht, welche im Gesundheitsseminar nicht explizit angesprochen wurden. Die Entwicklungen seit Erscheinen des Berichts werden im Rahmen des Updates kurz kommentiert.

- Sicherstellung der 24-Stunden-Notfallversorgung (Abschnitt 5.4.2),
- Sicherstellung der akutsomatischen Grundversorgung im Inland (Abschnitt 6.4.1),
- Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für „ambulant vor stationär“ (Abschnitt 6.4.2),
- Überprüfung und Reform der Spitalfinanzierung (Abschnitt 6.4.3),
- Referenzpreissystem für Generika (Abschnitt 8.4.1),
- Bezugsquellen und Vertriebskanäle für Arzneimittel (Abschnitt 8.4.2),
- Verbesserung der aufsichtsrechtlichen und statistischen Datengrundlagen (Abschnitt 11.3.2).

Einzelne Vorschläge aus dem Gesundheitsseminar wurden im Papier der Regierung noch nicht ausdrücklich behandelt, diese sind:

- Förderung der Freiwilligenarbeit,
- Entscheid zur Weiterführung ärztlich verschriebener Behandlungen,
- Systematische Nutzendarstellung des Gesundheitswesens,
- Schaffung einer zentralen Informationsplattform Gesundheit,
- Wiedereinsetzung der Landesgesundheitskommission (LGK),
- Grenzüberschreitende Versorgung ermöglichen.

Zu diesen Themen ist im zusammenfassenden Kapitel zum weiteren Vorgehen ein eigener Unterabschnitt ergänzt (vgl. Abschnitt 12.2).

4.3 Ökonomische Aspekte der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in einem Kleinstaat

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit der Staat in das Geschehen der medizinischen Versorgung eingreifen soll. In der ökonomischen Theorie werden Eingriffe des Staats üblicherweise mit dem Vorliegen eines Marktversagens gerechtfertigt. „Als zentrale Ursachen von Marktversagen gelten Informationsasymmetrien (...), Externalitäten (Auswirkungen von Produktions- und Konsumententscheidungen, die der Markt nicht direkt widerspiegelt, Beispiel: Umweltschäden), natürliche Monopole sowie öffentliche Güter. Marktversagen gilt als notwendige, nicht jedoch hinreichende Bedingung, um Eingriffe des Staats zur effizienteren Allokation von Ressourcen in Erwägung zu ziehen. Um aus ordnungspolitischer Sicht gerechtfertigt zu sein, müssten staatliche Eingriffe im Einzelfall tatsächlich zu einer Allokationsverbesserung führen.“⁴⁴

Der Ansatz, wonach die Notwendigkeit staatlicher Eingriffe aus Marktversagen abgeleitet wird, kann man als eine Lösung „auf dem ökonomischen Reissbrett“⁴⁵ bezeichnen. Anhänger der politischen Ökonomie halten ihm die Gefahr von nicht weniger wahrscheinlichem Staats- und Bürokratieversagen entgegen. Vertreter der neuen Institutionenökonomik verweisen darauf, dass der Einfluss real existierender Institutionen ausgeblendet bleibe. Ziel wäre es vielmehr, die Eignung unterschiedlicher institutioneller Arrangements für die Bewältigung von Aufgaben vergleichend zu bewerten und so die Theorie näher an die Realität heranzuführen.⁴⁶

Für den vorliegenden Kontext ist die theoretische Rechtfertigung staatlicher Eingriffe im Gesundheitswesen von untergeordneter Bedeutung. Es genügt für diesen Zweck ein normativer Staatsaufgabenbegriff, der sich wie oben ausgeführt (Abschnitt 2.2.1) aus der Landesverfassung herleiten lässt. Art. 18 LV verpflichtet den Staat demnach zur Gewährleistung eines funktionierenden Gesundheitswesens, nicht jedoch zur direkten Bereitstellung von Infrastruktur bzw. zum Angebot von Dienstleistungen durch die

⁴⁴ Zitiert nach www.wikipedia.org zum Stichwort „Marktversagen“.

⁴⁵ Gantner, M., Eibl, J (1999), Öffentliche Aufgabenerfüllung im Kleinstaat, Das Beispiel Fürstentum Liechtenstein, Liechtensteinische politische Schriften, Band 28, Verlag der Liechtensteinischen Akademischen Gesellschaft, Vaduz, S. 194.

⁴⁶ Vgl. dazu www.wikipedia.org zum Stichwort „Marktversagen“, Gantner, Eibl (1999), S. 193 f sowie Oppen (2001), Der Stand der Neuen Institutionenökonomik, in: Wirtschaftsdienst 2001/X, S. 601.

öffentliche Hand. Dem Auftrag von Art. 18 LV könne wie schon erläutert auch mittels alternativer Organisationsformen, z.B. dem Abschluss von Vereinbarungen oder der Sicherstellung privater Angebote, nachgekommen werden. Der zitierte Verfassungskommentar zieht dabei eine Grenze: „Es ganz dem Markt zu überlassen, welche Gesundheitsdienstleistungen der Bevölkerung zugänglich sind, würde dem in Art. 18 LV statuierten Auftrag, für das öffentliche Gesundheitswesen zu ‚sorgen‘ nicht gerecht.“⁴⁷

Aus ökonomischer Perspektive ist also nicht nur eine Wahlentscheidung darüber zu treffen, welche öffentlichen Aufgaben angeboten werden sollen, sondern besonders auch über die Form der Aufgabenwahrnehmung.⁴⁸

Die im Jahr 2011 von der Regierung in Auftrag gegebene Studie von *Slembek* zu den volkswirtschaftlichen Aspekten von gesundheitspolitischen Massnahmen nähert sich dieser Frage zunächst in einer traditionell mikroökonomischen Betrachtung.⁴⁹ Diese Perspektive beschäftigt sich mit dem Austausch von Leistungen zwischen Angebot und Nachfrage am Markt gegen Entgelt, wobei Marktunvollkommenheiten im Gesundheitswesen eingeräumt werden. Ob Gesundheitsleistungen im Inland angeboten oder aus dem Ausland importiert werden, ist nach dieser Sichtweise eine Frage der Maximierung des volkswirtschaftlichen Gesamtnutzens, definiert als Summe aus Produzenten- und Konsumentenrente.⁵⁰ Für die Volkswirtschaft sei es dabei durchaus relevant, ob diese ökonomischen Renten im In- oder Ausland anfallen.

Besonders interessant ist in dieser Studie der Hinweis auf die intangiblen Aspekte der Gesundheitsversorgung eines Landes, die sich nicht immer direkt in ökonomischen Messgrössen erfassen lassen, aber dennoch eine gesamtwirtschaftliche Bedeutung haben. Inwiefern traditionelle Kernfunktionen an private und insbesondere auch ausländische Anbieter übertragen werden, ist demnach insbesondere auch im Hinblick auf den Grad der angestrebten nationalen Souveränität, die Selbstversorgung und Versorgungssicherheit, sowie die verbleibenden Reaktions- und Steuerungsmöglichkeiten zu beantworten.⁵¹

Eine bereits etwas ältere Studie hat sich am Beispiel des Fürstentums Liechtenstein mit den Besonderheiten der Aufgabenerfüllung in einem Kleinstaat sehr ausführlich befasst.⁵² „Der Kleinstaat steht in diesem Zusammenhang vor dem Kardinalproblem, dass er im Prinzip alle Staatsaufgaben ebenfalls erfüllen - oder jedenfalls gewährleisten - muss, obwohl er nur einen Bruchteil der Grösse seiner Nachbarstaaten erreicht. Insofern stellt

⁴⁷ Schiess Rütimann, P. M., Art. 18 LV, in: Liechtenstein-Institut (Hrsg.): Kommentar zur liechtensteinischen Verfassung. Online-Kommentar, BERN 2016, www.verfassung.li, (Stand: 18. April 2017, zuletzt abgerufen am: 28.3.2018).

⁴⁸ Vgl. Gantner, Eibl (1999), S. 36.

⁴⁹ Zu diesen intangiblen Aspekten der Gesundheitsversorgung eines Landes vgl. Slembek, T. (2011), Volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitalversorgung im Fürstentum Liechtenstein, Studie im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein, S.12ff.

⁵⁰ Der Begriff der „Rente“ ist ein zentraler Begriff aus der ökonomischen Wohlfahrtstheorie. Der Gleichgewichtspreis (Marktpreis) der sich beim Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage am Markt ergibt, hat für beide Seiten ökonomische Vorteile. Als Konsumentenrente bezeichnet wird der Unterschied aus jenem Preis, den der Konsument für ein Gut zu zahlen bereit wäre und dem Preis, den er am Markt tatsächlich bezahlen muss. Die Produzentenrente ergibt sich als Differenz zwischen dem Preis, den er am Markt erhält und jenem, den er mindestens benötigt, um rentabel zu bleiben (vgl. www.wikipedia.org zu den Stichworten Konsumentenrente und Produzentenrente).

⁵¹ Vgl. Slembek (2011), S. 12ff.

⁵² Gantner, Eibl (1999).

sich die Frage, wie ein Kleinstaat die öffentliche Aufgabenerfüllung organisiert, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die Erstellung vieler öffentlicher Leistungen entweder unrationell oder gar nicht sinnvoll möglich ist.“⁵³

Auch bei *Gantner/Eibl* spielen dabei neben traditionell ökonomischen Überlegungen die erwähnten intangiblen Aspekte eine wichtige Rolle. Staaten hätten ein besonderes Interesse an ihrer Souveränität, Identität und der Prosperität ihrer Einwohner. Dies gelte im besonderen Mass für Kleinstaaten. Die Autoren postulieren als eine Haupthypothese jene von der „selektiven Aufgabenwahrnehmung im Kleinstaat“. Nur einige wenige Aufgaben müssen aus Souveränitätsgründen unverzichtbar und trotz der Grössennachteile unerlässlich selbst erstellt werden. In diesen Bereichen wird auch eine höhere Ausgabenintensität als in Vergleichsstaaten in Kauf genommen. Als Beispiele, bei denen die empirische Analyse diese Hypothese bestätigte, werden angeführt: Legislative, oberste Organe und allgemeine Verwaltung, Aussen(wirtschafts)politik, Kultur und Volksschulen, sowie Judikative und Polizei.

Bei vielen anderen Aufgaben, die man in anderen Ländern als staatliche Kernaufgaben ansehen würde (z.B. höherrangiges Verkehrs-, Gesundheits- und Bildungswesen, grosse Teile der Sozialversicherung, Geld- und Währungswesen), stellt Liechtenstein hingegen auf dem Vertragsweg sicher, dass diese Leistungen für die Einwohner und Unternehmen des Landes im Inland zur Verfügung stehen oder im Ausland mitbenützt werden können, sei es entgeltlich oder unentgeltlich.

Es handelt sich dabei um Aufgaben, deren optimales Einzugsgebiet die Bevölkerungszahl bzw. Inanspruchnahme durch die Einwohner Liechtensteins bei weitem übersteigt. Bei einer Bereitstellung durch den Kleinstaat selbst würden sich folglich Kostennachteile („diseconomies of scale“) ergeben. Durch die Mitbenützung bestehender ausländischer Einrichtungen könne der Aufwand insgesamt innerhalb der Grenzen der Pro-Kopf-Belastungen von Vergleichsstaaten gehalten werden, ohne dass staatliche Aufgaben insgesamt unerfüllt blieben.⁵⁴

Als Vorteil der Mitbenützung ausländischer Einrichtungen wird ausserdem die Eröffnung einer Wahlfreiheit für öffentliche Leistungen angeführt, wie sie im Fall eines (meist einzigen) inländischen Angebots nicht gegeben wäre. Aus unterschiedlichen Kosten- und Leistungsstrukturen zum Beispiel im stationären Gesundheitssektor oder im höheren Bildungsbereich könnten zudem sich Möglichkeiten einer Bestbieter-Ermittlung für den Kleinstaat ergeben.⁵⁵

Der Fremdbezug im Ausland führt gemäss der Studie üblicherweise zu kostengünstigeren Lösungen, woraus die Autoren die Empfehlung ableiten, sich im Zweifelsfall für eine Mitnutzung ausländischer Einrichtungen zu entscheiden, anstatt eigene Strukturen im Liechtenstein aufzubauen.⁵⁶

⁵³ Gantner, Eibl (1999) S. 35.

⁵⁴ Vgl. ebenda, S. 367.

⁵⁵ Vgl. ebenda, S. 372.

⁵⁶ Vgl. ebenda, S. 371.

Ein wesentlicher Faktor im Zusammenhang mit dem Outsourcing von Staatsleistungen an Einrichtungen im Ausland ist die Qualitätssicherung, die im Interesse der Bürger gewährleistet werden muss. „Insofern ausländische Einrichtungen mitbenutzt und die Nachbarstaaten für ihre Bürger ohnehin Qualitätssicherungsmaßnahmen ergreifen, enthebt dies den Kleinstaat vom Aufbau eigener Kontrollstrukturen beziehungsweise verliert dieses Kriterium an Relevanz.“⁵⁷

Umgelegt auf das Gesundheitswesen bedeutet dies, dass spezialisierte stationäre Einrichtungen, die ein grösseres Einzugsgebiet erfordern, sehr wahrscheinlich nicht in Kleinstaat betrieben werden. „Ein Standardkrankenhaus weist hingegen eine stark identitätsstiftende Funktion auf und gehört wohl auch zur Wohninfrastruktur des Kleinstaates. Auch das übrige, extramurale Gesundheitswesen ist selbstverständlich im Kleinstaat bereitzustellen, wobei die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von ausländischen Fachärzten durchaus eine kostendämpfende Massnahme darstellen können.“⁵⁸

Eine weitere untersuchte Fragestellung ist, inwieweit die „Produktion“ öffentlicher Aufgaben an Private übertragen werden kann. Eine These der Autoren zum Aufgabenmodus lautet: „Immer, wenn nur eine Bezugsquelle für eine öffentliche Leistung zur Verfügung steht (Monopol), so ist die Abhängigkeit (das Risiko) entsprechend gross. Der Kleinstaat wird ceteris paribus darum bemüht sein, diese Bezugsquelle unter seiner Kontrolle zu haben (im Zweifelsfall make statt buy).“⁵⁹

Die Studie von *Slembek* geht neben der mikroökonomischen Kosten-Nutzenbetrachtung ausserdem auch auf makroökonomische Aspekte von Wertschöpfung und Beschäftigung ein. Den grössten Einzelbeitrag zur Wertschöpfung im liechtensteinischen Gesundheitswesen leistet das Landesspital. Neben der direkten (Personalaufwand) ist die indirekte Wertschöpfung (zugekaufte Leistungen) zu berücksichtigen. Basierend auf den Daten der Betriebsrechnung 2009 wurde die gesamte durch das Landesspital bewirkte Wirtschaftsleistung damals auf rund CHF 26 Mio. beziffert. Aktualisiert auf heutige Verhältnisse würde diese bei mittlerweile rund CHF 29 Mio. liegen.⁶⁰ Volkswirtschaftlich relevant sind weiter die Investitionen im Spitalbereich, welche vornehmlich in der heimischen Baubranche und bei Lieferanten indirekte Wertschöpfung generieren. Im Hinblick auf die Beschäftigung wird schliesslich die Bedeutung des Landespiitals als Arbeitgeber herausgestrichen. Insgesamt beschäftigte das Landesspital zum Stichtag 31.12.2016 178 Personen, aufgeteilt auf 143.40 Stellen.⁶¹ Neben der induzierten Wertschöpfung, die diese Personen durch das entstehende Einkommen und den Konsum generieren, leisten diese Arbeitsplätze am Landesspital einen Beitrag zur Diversität des Arbeitsplatzangebotes im Land, mit positiven Folgen für die Attraktivität Liechtensteins als Arbeits- und Wohnort.

⁵⁷ Gantner, Eibl (1999), S. 377.

⁵⁸ Vgl. ebenda, S.85.

⁵⁹ Vgl. ebenda, S.49.

⁶⁰ Der Betriebsaufwand des Landesspiitals beträgt gemäss Erfolgsrechnung 2016 CHF 29 Mio., davon sind CHF 20 Mio. Personal- und 9 Mio. Sachaufwand.

⁶¹ Quelle: Geschäftsbericht des Liechtensteinischen Landesspiitals 2016.

4.4 Ziele und Strategiebereiche

Als Grundlage der Beurteilung von konkreten Organisationsformen bzw. geplanten Massnahmen stellt Tabelle 6 die wichtigsten gesundheitspolitischen Ziele zusammen. Die im Regierungsprogramm enthaltenen Vorgaben wurden hierzu ergänzt um die Inhalte der zuvor erwähnten Studien zu den volkswirtschaftlichen Effekten.⁶²

Bereich/ Ziel
Versorgungspolitische Ziele
Sicherstellung der ambulanten und stationären Grundversorgung
Gewährleistung des Zugangs zu (hoch-)spezialisierte Medizin
Sicherstellung einer 24-Stunden-Notfallversorgung
Gewährleistung der Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen
Sicherstellung der Versorgung mit Fachkräften
Qualitätsziele
Sicherstellung eines qualitativ hochstehenden Angebotes
Bezugnahme auf anerkannte Qualitätssicherungssysteme
Ökonomische Ziele
Eindämmung des Kostenwachstums auf ein tragbares Mass
langfristige Sicherung der Sozialwerke
effektiver und effizienter Einsatz staatlicher Mittel
Maximierung des volkswirtschaftlichen Gesamtnutzens (mikro- und makroökonomische Aspekte)
Souveränitätsziele
Selbstversorgung in der Grundversorgung sowie in besonderen bzw. ausserordentlichen Lagen
Gestaltungsfreiheit und Planungshoheit in der medizinischen Grundversorgung
Steuerungsmöglichkeit in Bezug auf Tarifgestaltung, Leistungsangebote und Kapazitäten

Tabelle 6: Gesundheitspolitische Ziele und Bewertungskriterien für gesundheitspolitische Massnahmen

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Für einen konkreten Massnahmenbereich sind die genannten Ziele im Einzelnen zu konkretisieren bzw. operationalisieren und nach der Bedeutung für diesen Bereich zu gewichten. Sie können sodann als Bewertungsraster für geplante gesundheitspolitische Massnahmen herangezogen werden.

Ausgehend von den übergeordneten Zielsetzungen der Versorgungssicherung, Finanzierbarkeit, Qualität und Souveränität werden im Folgenden Strategien für verschiedene Themenbereiche und Querschnittsmaterien entwickelt.

⁶² Gantner, Eibl (1999) sowie Slembeck (2011).

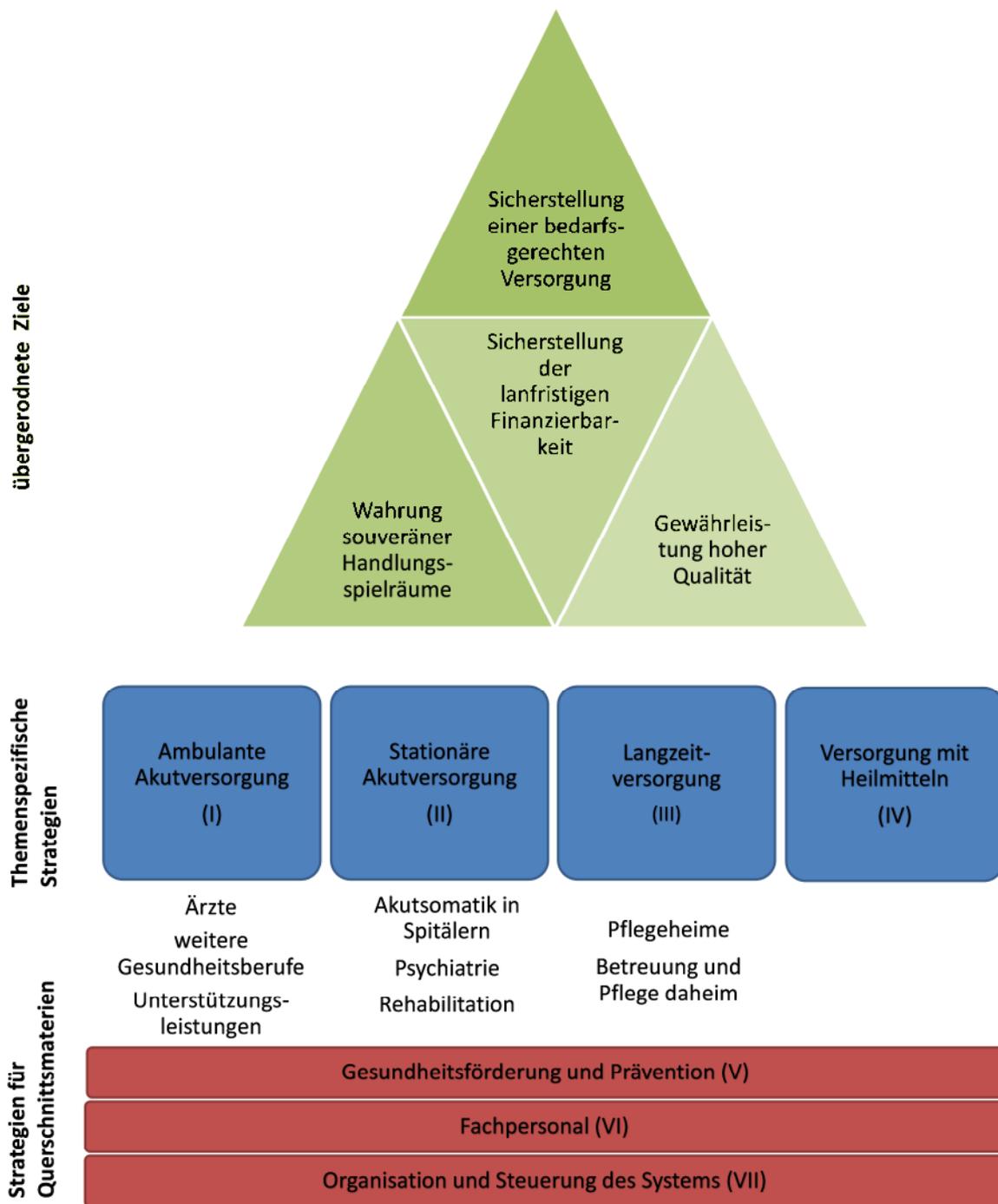


Abbildung 5: Ziele und Strategiebereiche der gesundheitspolitischen Gesamtplanung
 Quelle: eigene Zusammenstellung⁶³

⁶³

In einer etwas anderen Form vgl. Department Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (2015), Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2025, Anhörungsbericht, S. 27.

Die Strategien und die daraus abgeleiteten Massnahmen lassen sich in vier themenspezifische Geschäftsfelder und drei Querschnittsthemen einteilen.⁶⁴ Die vier themenspezifischen Strategiebereiche sind die ambulante Akutversorgung (I), die stationäre Akutversorgung (II), die Langzeitversorgung (III) sowie die Versorgung mit Heilmitteln (IV). Die vorgelagerten bzw. Querschnittsthemen betreffen die Gesundheitsförderung und Prävention (V), die Ausstattung mit Fachpersonal (VI) sowie die Organisation und Steuerung des Systems (VII).

⁶⁴

Eine Reihe möglicher Massnahmen wurden im Rahmen einer von der Regierung in Auftrag gegebenen Studie geprüft, vgl. PwC (2015), Fürstentum Liechtenstein, Ansätze zur Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens.

5 Strategiebereich I: Ambulante Akutversorgung

5.1 Ausgangslage

Die ambulante Akutversorgung wird durch **Ärzte** und Angehörige von **Berufen nach dem Gesundheitsgesetz** durchgeführt. Die angegebene Anzahl an Bewilligungen enthält auch Personen mit Bewilligung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung in einem Anstellungsverhältnis, also beispielsweise angestellte Ärzte im Landesspital.

	Bewilligungen	Gesellschaften
Total	478	101
Apotheker	16	5
Augenoptiker	15	5
Ärzte	118	39
Chiropraktoren	6	4
Drogisten	6	2
Ergotherapeuten	18	-
Ernährungsberater	5	-
Hebammen	12	-
Labormedizinische Diagnostiker	8	-
Logopäden	4	-
Medizinische Masseure	22	1
Naturheilpraktiker	32	4
Osteopathen	6	4
Pflegefachpersonal	30	-
Physiotherapeuten	96	18
Psychologen/Psychotherapeuten	26	-
Zahnärzte	58	19

Tabelle 7: Personen mit einer Bewilligung in Gesundheitsberufen und Gesundheitsberufesellschaften per 31.12.2016

Quelle: Amt für Statistik, Gesundheitsversorgungsstatistik 2016, Tab. 1.1 auf S. 14.

Zur Grundversorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind neben den Ärzten die Apotheker, Chiropraktoren, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Hebammen, Logopäden, medizinischen Masseure, Naturheilpraktiker, Pflegefachfrauen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten und Zahnärzte für ihren jeweils abgegrenzten Leistungsbereich zugelassen. Ärzte und Chiropraktoren dürfen von den Versicherten direkt aufgesucht werden. Die weiteren Berufsgruppen werden in der OKP auf ärztliche Anordnung hin tätig.

In Liechtenstein gibt es insgesamt fünf **Apotheken**, zwei in Schaan und jeweils eine in Balzers, Eschen und Vaduz. Ärzte können für die Abgabe von Arzneimitteln eine Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke erhalten. Diese so genannte „Selbstdispensation“ durch Ärzte ist aufgrund der damit verbundenen Interessenskonflikte politisch immer wieder umstritten, hat aber mengenmässig eine grosse Bedeutung. Von den insgesamt über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechneten

Medikamenten wurden 2017 gemessen am Umsatz knapp 1/3 über Apotheken und gut 2/3 durch Ärzte abgegeben. Dieses Verhältnis hat sich in den letzten Jahren etwas zu den Apotheken hin verschoben. Bis vor kurzem gab es nur drei Apotheken im Land. Nach der Eröffnung von zwei zusätzlichen Apotheken (Eschen, Balzers) werden Ende 2017 rund 7'600 Einwohner pro Apotheke versorgt. Die Kennzahl Apotheken pro 10'000 Einwohner liegt damit Ende 2017 bei 1.3 (zuvor bei 0.8). Im EU-Durchschnitt liegt diese Kennzahl bei 3.1, in Deutschland bei 2.4 und in Österreich bei 1.6.⁶⁵ In der Schweiz beträgt der Mittelwert über alle Kantone 2.2. Es gibt jedoch grosse kantonale Unterschiede, je nachdem ob die Selbstdispensation zugelassen ist oder nicht. Liechtenstein liegt mittlerweile bei der Apothekendichte im Bereich anderer Schweizer Kantone mit ärztlicher Selbstdispensation (z.B. St. Gallen 1.1, Zürich 1.6, Basel-Landschaft 1.7).⁶⁶

Wichtige Vor- bzw. Unterstützungsleistungen werden durch **Laboratorien** sowie **Transport- und Rettungsdienste** erbracht. Liechtenstein verfügt über ein grosses privates Fachlabor in Vaduz. Die meisten Arztpraxen verfügen über ein Praxislabor, in welchem einfachere Analysen direkt durchgeführt werden können, wobei durch den technischen Fortschritt die Leistungsfähigkeit der Praxislabore stetig erweitert wird. Der Rettungsdienst wird durch das Liechtensteinische Rote Kreuz erbracht. Für den Bereich der nicht notfallmässigen Krankentransporte können private Unternehmen zur OKP zugelassen werden.

Hinsichtlich der Versorgung mit **Grossgeräten** für bildgebende Verfahren gibt es im Land kein privates Institut. Das Landesspital verfügt über einen Computertomographen und einen Magnetresonanztomographen. Die radiologische Versorgung wird vom Landesspital in Zusammenarbeit mit der Radiologie Südostschweiz sichergestellt. Medizinische Röntgenanlagen sind nach dem Strahlenschutzgesetz bewilligungspflichtig, sie finden sich auch in Praxen, auch bei Zahnärzten.

Die 24-Stunden-Versorgung im **Notfall** wird durch das Liechtensteinische Landesspital gewährleistet. Darüber hinaus organisiert die Liechtensteinische Ärztekammer einen ärztlichen Notfalldienst. Ausserhalb der Praxisöffnungszeiten steht wochentags ab 18:00 Uhr bis 8:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen ganztags ein Arzt im Bereitschaftsdienst zur Verfügung.

5.2 Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Die demografische Entwicklung führt zu einer Zunahme multimorbider und/oder chronisch kranker Patienten. Der technische Fortschritt ermöglicht neue Behandlungen. Die Ansprüche der Patienten steigen. Ein Trend „ambulant statt stationär“ zeichnet sich ab. Individualisierte Patienten wollen möglichst zu jeder Zeit alle Services.⁶⁷ Insgesamt ist daher von einem steigenden Bedarf an ambulanten Gesundheitsleistungen auszugehen.

Zur Deckung dieses steigenden Bedarfs ist die Versorgung mit entsprechend qualifizierten personellen Ressourcen sicherzustellen. In allen umliegenden Ländern ist die drohende

⁶⁵ Quelle: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Die Apotheke- Zahlen, Daten, Fakten 2017.

⁶⁶ Quelle: PharmaSuisse, Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2017.

⁶⁷ Vgl. auch PwC (2017a), Fürstentum Liechtenstein, Zukunft Gesundheitsberufe, Diskussionspapier.

Unterversorgung in verschiedenen Fachbereichen ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema.

In den letzten Jahren wurden in Liechtenstein vor allem auf der Seite der Preise Massnahmen gesetzt. Die ambulanten Tarife sind daher heute weitgehend auf dem Niveau angrenzender Schweizer Kantone. Verstärkt zu beachten gilt es nunmehr mögliche Fehlanreize, die eine unerwünschte Mengenausweitung bei ambulanten Leistungen begünstigen. Eine ganz wesentliche Massnahme wurde mit der Erhöhung der Kostenbeteiligung im Rahmen der letzten grossen Revision des Krankenversicherungsgesetzes gesetzt.⁶⁸ Da bekanntermassen die Versorgungsdichte einen wesentlichen Einfluss auf den Anreiz hat, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, war die Verbesserung der Bedarfsplanung ein weiteres Element.

Der Trend zur Patientenzentrierung hat gerade im ambulanten Bereich grosse Bedeutung. Neben der Notwendigkeit der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle ist wie bereits erwähnt auch die Befähigung der Versicherten und Patienten zum gesundheitsbewussten Verhalten und zum bedarfsgerechten Konsum der verfügbaren Angebote angesprochen.⁶⁹

Die Behandlung multimorbider Patienten führt oft zu einer Inanspruchnahme von Leistungen verschiedenster Leistungserbringer, insbesondere verschiedener ärztlicher Spezialisten, die in immer grösserer Zahl praktizieren. Es erweist sich dabei immer wieder, dass die Zusammenarbeit unter diesen Spezialisten mangelhaft ist und dass der Hausarzt seine Funktion als ordnendes und koordinierendes Element nicht wahrnehmen kann. Durch eine elektronische Patientenakte kann eine bessere Koordination der Leistungen und auch der Medikation erreicht werden. Entsprechende gesetzliche Grundlagen sind in Erarbeitung.

Die ambulante Struktur stösst bei der Behandlung von Bewohnern der Pflegeheime an ihre Grenzen. Mittlerweile verfügen die Pflegeheime insgesamt über fast 300 Bewohner, das entspricht einem grösseren Spital. Die grosse Zahl der Patienten und das Bedürfnis, eine einheitliche Qualität auch in der medizinischen Versorgung bieten zu können, könnten zu Überlegungen führen, medizinisches Fachpersonal anzustellen und damit insbesondere hohe geriatrische Fachkompetenz stets vor Ort zur Verfügung zu haben.

5.3 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

Im Mittelpunkt der Strategien im Bereich der ambulanten Akutversorgung steht die Sicherstellung der bedarfsgerechten und qualitativ hochstehenden Versorgung. Im Hinblick auf die langfristige Finanzierbarkeit gilt es, Versorgungsmodelle so auszugestalten, dass sie sich mittel- und langfristig günstig auf die Behandlungskosten auswirken. Die Regierung setzt in diesem Bereich die folgenden drei Schwerpunkte:

- Mit der **Bedarfsplanung** soll ein Instrument zur Steuerung des Marktzugangs weiter verbessert werden.

⁶⁸ Krankenversicherungsgesetz (KVG) i.d.F. LGBl. 2016 Nr. 2.

⁶⁹ Vgl. auch Department Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (2015), S. 41.

- Die Sicherstellung der **24-Stunden-Notfallverordnung** wird weiterhin durch das Landesspital in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten organisiert.
- Im Fachbereich der **psychiatrischen Grundversorgung** sollen die Grundlagen der mittel- und langfristigen Versorgungssicherung aufgearbeitet werden („Psychiatriekonzept“).
- **Neue** integrierte und patientenzentrierte **Versorgungsmodelle** sollen geprüft werden.

Dem Thema Fachpersonal ist weiter unten ein eigener Abschnitt gewidmet (Abschnitt 10.3.1), ebenso den Möglichkeiten der verstärkten Digitalisierung (Abschnitt 11.3.1).

5.4 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

5.4.1 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen wird seit dem Jahr 2004 durch eine Bedarfsplanung gesteuert.⁷⁰ Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird die Grundversorgung durch jene zugelassenen Ärzte sichergestellt, welche im Rahmen der Bedarfsplanung dem zwischen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband und der Ärztekammer abgeschlossenen Tarifvertrag beitreten konnten. Möchten Versicherte Ärzte ausserhalb der Bedarfsplanung konsultieren, so können Sie dies im Rahmen der erweiterten OKP tun.⁷¹

Die Bedarfsplanung wird von den Verbänden gemeinsam erstellt und von der Regierung genehmigt. Kommt keine gemeinsame Bedarfsplanung zustande, so kann die Regierung diese ersatzweise festlegen. Die Regierung kann auch für andere Berufsgruppen eine Bedarfsplanung einführen. Aktuell gibt es eine solche für die nichtärztlichen Psychotherapeuten. Eine Bedarfsplanung für die Berufsgruppe der Chiropraktoren ist in Ausarbeitung. Die konkrete Stellenbesetzung nach Massgabe von festgelegten Reihungskriterien obliegt den Verbänden.

Das Regierungsprogramm benennt als eine konkrete Massnahme die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung. Die Rahmenbedingungen auf Gesetzesstufe wurden mit der KVG-Revision von 2015 geschaffen.⁷² Die Rolle der Regierung wurde dabei insofern gestärkt, als dass sie Vorgaben zum Inhalt der Bedarfsplanung machen und die Verbände zu einer Anpassung auffordern kann, wenn sich eine bestehende Bedarfsplanung als nicht mehr sachgerecht erweist. Auch im Fall der Nichteinigung bei der Besetzung einer freien Stelle entscheidet die Regierung nach ungenutztem Ablauf der vorgegebenen Fristen. Aus Gründen der Transparenz wurde die Veröffentlichung der Bedarfsplanung im Amtsblatt vorgesehen.

Zur ärztlichen Bedarfsplanung wurden in der Krankenversicherungsverordnung Ausführungsbestimmungen per Anfang 2017 erlassen.⁷³ Die neuen Regelungen sehen vor,

⁷⁰ Vgl. Bericht und Antrag Nr. 44/2003 und Nr. 72/2003

⁷¹ Siehe dazu Abschnitt 2.2.6.

⁷² Krankenversicherungsgesetz (KVG) i.d.F. LGBl. 2016 Nr. 2.

⁷³ Vgl. LGBl. 2016 Nr. 519 und 2017 Nr. 16.

dass die Zahl der zugelassenen Leistungserbringer, aufgeteilt in Grundversorger und Spezialärzte, in einem Stellenplan zu erfassen ist. In Stellenbeschreibungen ist die Art der Leistungserbringung festzuhalten. Zur Etablierung von Teilzeitstellen ist der Umfang der Leistungserbringung als Mindestarbeitszeit für Teilzeitstellen festzulegen. Art und Umfang der Leistungserbringung sind schliesslich in die individuellen OKP-Verträge aufzunehmen.

Die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung auf Basis der neuen rechtlichen Vorgaben wurde von der Regierung im Oktober 2017 genehmigt.⁷⁴ Vorgesehen sind 79 Stellen, davon 32 in der Grundversorgung und 47 für Spezialärzte der verschiedenen Fachrichtungen. Drei Stellen sind als Übergangsstellen klassifiziert, welche nach Ausscheiden des Stelleninhabers durch Pensionierung nicht mehr nachbesetzt werden. Bis Ende 2017 waren die Verträge mit den Leistungserbringern an das neue Recht anzupassen. Die Bedarfsplanung als Ganzes wurde somit im Laufe von 2017 erneuert.

Der Kassenverband hat der Regierung künftig regelmässig einen Bericht über die Stellenbesetzung vorzulegen. Mindestens alle zwei Jahre hat er darüber hinaus über die vereinbarte Art und den Umfang der Leistungserbringung durch die Inhaber von Bedarfsplanungsstellen zu berichten. Der Fokus liegt nunmehr auf der Kontrolle der Umsetzung sowie der Pflege und erforderlichenfalls Anpassung an aktuelle Entwicklungen.

Im Bereich der Bedarfsplanung wurden die rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen erneuert. Der Fokus liegt nunmehr auf der Kontrolle der Umsetzung sowie der Pflege und erforderlichenfalls Anpassung an aktuelle Entwicklungen. Gegebenenfalls sind Bedarfsplanungen auch für weitere Medizinalberufe einzuführen.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV8: Aufhebung der Bedarfsplanung für praktizierende Ärzte

Angesichts sich abzeichnenden Hausärztemangels und aufgrund der geringeren Arbeitsattraktivität wegen Tarmed-Übernahme mit St. Galler Taxpunktwert werden Angemessenheit und Sinnhaftigkeit der Bedarfsplanung in Frage gestellt; im Interesse der (langfristigen) Versorgungssicherheit wird eine gänzliche oder teilweise (Hausärzte) Abschaffung vorgeschlagen; Rahmenbedingungen für geordnete Praxisübergabe würden dadurch vereinfacht und die Hausarztmedizin verbessert; falls keine Abschaffung, wird jedenfalls eine Verfeinerung gefordert, um Teilzeitarbeit bei (weiblichen) Ärzten besser gerecht zu werden.

Weiteres Vorgehen:

Die Regierung hält an ihrer Strategie fest. Der Lead für weitere Verfeinerungen der Bedarfsplanung liegt bei den Verbänden.

⁷⁴ Die amtliche Kundmachung der Bedarfsplanung ist auf <https://apps.llv.li/amtsblatt/kundmachung/displayAct/0> einzusehen (Bekanntmachung 8310/2017 vom 19. Oktober 2017).

5.4.2 Sicherstellung der 24-Stunden-Notfallversorgung

Die Versorgung im Notfall ist für die Grundversorgung der Bevölkerung zentral. Dem Landesspital wurde für diesen Bereich im Rahmen des Leistungsauftrages die folgende Verpflichtung überbunden: „Für alle medizinischen Notfälle besteht eine dringliche Beistandspflicht. Diese umfasst lebensrettende Sofortmassnahmen, Triage, Primärversorgung und Organisation der weiteren Behandlungen. Das Liechtensteinische Landesspital erbringt täglich während 24 Stunden eine Vorhalteleistung, um die Versorgung spitalexterner und -interner Notfälle sicherzustellen.“⁷⁵

Im Jahr 2014 wurde am Landesspital eine erneuerte, interdisziplinäre Notfallabteilung eingerichtet. Die gemäss dem „Zürcher Modell“ geforderte hohe Verfügbarkeit von Fachärzten der Inneren Medizin und der Chirurgie wird sichergestellt.⁷⁶

In der Notfallabteilung steht ein interdisziplinäres Team mit Spitalinfrastruktur zur Verfügung: Ein Schockraum mit High-Tech-Geräten für Patienten in akuter Lebensgefahr, welcher auch für Kleineingriffe und Erstversorgung genutzt werden kann, die Radiologie (Röntgen), zwei Operationssäle sowie weitere Spezialbehandlungsräume. Die Bettenstationen erlauben zudem eine unverzügliche stationäre Unterbringung im Bedarfsfall. Ein Spezialistenteam, das eng mit weiteren Fachärzten wie beispielsweise Kinderärzten, Augenärzten, Hals/Nasen/Ohren-Ärzten, Gynäkologen, Orthopäden, Urologen und den Spezialisten des Kantonsspitals Graubünden zusammenarbeitet, ist jederzeit einsatzbereit. So sind dank schneller und exakter Diagnosen sowie unverzüglich eingeleiteter Massnahmen die Erstversorgung, die stationäre Weiterbehandlung vor Ort oder gegebenenfalls eine rasche Verlegung gewährleistet.⁷⁷ Jedes Jahr werden über 7'000 Notfallpatienten am Landesspital behandelt.⁷⁸ Das Landesspital bildet ausserdem Fachpersonal für den Notfallbereich selbst aus. 2016 wurde erstmals die Ausbildung zur Diplomierten Expertin in Notfallpflege NDS HF angeboten. Die Ausbildung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Bildungsanbieter Aargauische Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege. Die Studierenden absolvieren auch Praktika bei den interdisziplinären Notfallstationen des Partnerspitals Kantonsspital Graubünden sowie des Ostschweizer Kinderspitals.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten wird vom Landesspital als konstruktiv und sehr gut bezeichnet.⁷⁹ Der in der Notfallversorgung eingeschlagene Weg soll weiter beibehalten werden.

Neben der von der Ärztekammer angebotenen hausärztlichen Notfallversorgung durch den niedergelassenen Bereich wurde die 24-Stunden Notfallversorgung durch Einrichtung einer

⁷⁵ Leistungsauftrag des Regierung für das Landesspital vom, 18. März 2008, RA 2008/782-6642, S. 3-

⁷⁶ Die Vorgaben des Modells an eine „Notfallstation 2“ sind: 8-17 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie und Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). 17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung. Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Innere Medizin (in 30 Minuten), Chirurgie (in 30 Minuten), Anästhesie (in 15 Minuten).

⁷⁷ Zitiert nach BuA Nr. 54/2017, S.39.

⁷⁸ Behandlungen auf dem Notfall: 7'486 (2016) 7'048 (2015), vgl. Geschäftsbericht des Liechtensteinischen Landesspitals 2016

⁷⁹ Liechtensteinisches Landesspital, Geschäftsbericht 2016, S. 12.

erneuerten interdisziplinären Notfallabteilung im Landesspital auf tragfähige Beine gestellt. Der eingeschlagene Weg soll weiter beibehalten werden.

Update 2020:
Gilt unverändert.

5.4.3 Sicherstellung der psychiatrischen Grundversorgung

Die Grundversorgung im psychiatrischen Bereich wird durch mehrere Berufsgruppen und spezialisierte Institutionen sichergestellt. Für den stationären Bereich wird auf Kapitel 0 verwiesen. Auch die ambulante Versorgung ruht auf mehreren Säulen:⁸⁰

Erste Hilfe bei Erkrankungen und oft auch bei seelischen Problemen leistet oftmals der **Hausarzt**. Falls nötig überweist dieser weiter an eine geeignete Fachperson.

Die **ärztliche Psychotherapie** wird durch Psychiater mit einem abgeschlossenen Medizinstudium und einer Vertiefung im medizinischen Fachgebiet „Psychiatrie“ durchgeführt. Der Psychiater darf Patienten mit anerkannten Methoden wie der Gesprächstherapie und auch medikamentös behandeln. Innerhalb der ärztlichen Bedarfsplanung sind für die Erwachsenenpsychiatrie acht und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zwei Stellen vorgesehen. Damit wurde in der neuen Bedarfsplanung ab 2018 das Kontingent gegenüber früher um vier Stellen erhöht.⁸¹

Neben den Ärzten decken in Liechtenstein auch die niedergelassenen Psychotherapeuten einen wesentlichen Anteil der Grundversorgung ab. **Psychologische Psychotherapeuten** sind Fachpersonen mit einem abgeschlossenen Psychologiestudium und einer psychotherapeutischen Spezialausbildung. Ihr Tätigkeitsbereich ist die Behandlung von Krankheiten, die sich nach anerkannter wissenschaftlicher Lehre mit psychotherapeutischen Methoden behandeln lassen. Auch für diesen Bereich gibt es in Liechtenstein eine Bedarfsplanung. Sie sieht acht Stellen im Bereich Psychotherapie für Erwachsene und weitere drei Stellen in der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche vor.

Für die Aufnahme von Liechtensteiner Patienten in **ambulanten Tageskliniken bzw. Tagesstrukturen** besteht ein Vertrag mit den Psychiatrischen Diensten Süd des Kantons St. Gallen mit Standort in Trübbach. Auch mit den Psychiatrischen Diensten Graubünden sind Pauschalen für die Aufnahme in deren Tagesklinik vereinbart. Mit dem Verein für Betreutes Wohnen in Schaan hat der Kassenverband Verträge über die Abgeltung von psychiatrischen Krankenpflegeleistungen in der Therapeutischen Wohngemeinschaft und durch das mobile sozialpsychiatrische Team abgeschlossen.

Für Menschen mit verschiedenen, überwiegend komplexen psychosozialen Problemstellungen fungiert der **psychiatrisch-psychologische Dienst** beim Amt für Soziale Dienste als Drehscheibe und erste Anlaufstelle. Er organisiert und koordiniert Hilfestellungen nach stationären Aufenthalten in ausländischen psychiatrischen Kliniken

⁸⁰ Vgl. u.a. das Merkblatt des Amtes für Soziale Dienste zum Thema seelische Krise, <https://www.llv.li/files/onlineschalter/Dokument-333.pdf>

⁸¹ Davor musste im Bedarfsfall an nicht zur OKP zugelassenen Leistungserbringer überwiesen werden.

sowie nach internen Zuweisungen und Meldungen verschiedener sozialer Institutionen und Vereine (z.B. Verein für Betreutes Wohnen, Bewährungshilfe), Behörden (z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Frauenhaus, Landgericht, Staatsanwaltschaft) oder der niedergelassenen Ärzteschaft und Therapeuten. Betroffene können sich zudem selbst zur Unterstützung oder Weitervermittlung an den Dienst wenden.⁸²

In **Selbsthilfegruppen** können Menschen mit ähnlichen Problemen einander treffen, Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig beraten.⁸³ **Internetberatung** (www.helpmail.li) durch psychologische Fachpersonen sowie **anonyme Telefonberatung** (Die Dargebotene Hand unter der Nummer 143, Sorgentelefon für Kinder unter der Nummer 147) runden das Angebot ab.

Veränderungen in der Arbeitswelt und im privaten Alltag führen dazu, dass objektive psychische Belastungen zunehmen. Zwar gebe es nicht mehr psychische Erkrankungen als früher, jedoch differenziertere Diagnose- bzw. Einordnungsmöglichkeiten.⁸⁴ Der Themenbereich Alters- bzw. Gerontopsychiatrie (Demenzkrankungen) rückt ebenfalls verstärkt in den Fokus.

In jüngerer Zeit wurde bei einzelnen Gelegenheiten die Frage nach der mittel- und langfristigen Sicherstellung der psychiatrischen Grundversorgung aufgeworfen.⁸⁵ Ebenso entstehen immer wieder Fragen rund um die Verfügbarkeit von Fachpersonen in psychiatrischen Notfällen, auch ausserhalb der regulären Arbeitszeiten. Anfang 2018 sind die Ärztekammer sowie der Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins vom Amt für Gesundheit daher angefragt worden, gemeinsam mit diesem und dem Amt für Soziale Dienste insbesondere für die Erstellung eines Psychiatriekonzepts und für weitere Fragestellungen die Probleme aufzuzeigen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

In der psychiatrischen Grundversorgung hat zunächst eine Grundlagenerhebung der Problemstellungen und Lösungsansätze im Hinblick auf ein zu erstellendes Psychiatriekonzept zu erfolgen. Die beteiligten Akteure werden einbezogen.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV9: Ausarbeitung eines Psychiatriekonzepts für Liechtenstein

Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgt oft unkoordiniert und intransparent mit verschiedenen Akteuren und unterschiedlichen Finanzierungsmodellen; Erarbeitung in breiter Vernetzung mit verschiedenen Akteuren.

Weiteres Vorgehen:

Prozess gestartet.

⁸² <https://www.llv.li/#/12518/psychiatrisch-psychologische-hilfe>

⁸³ Über das Angebot an bestehenden Selbsthilfegruppen in Liechtenstein informiert die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (www.kose.llv.li).

⁸⁴ Vgl. „Psychologen: ‚Digitalisierung nicht menschengerecht‘“, Berichterstattung über das Liechtensteinische Gesundheitsseminar im Liechtensteiner Vaterland vom 3. Februar 2018, S. 3 sowie Volksblatt vom 3. Februar 2018, S. 3.

⁸⁵ Vgl. z.B. Kleine Anfrage des Abgeordneten Johannes Kaiser vom 28. Februar 2018.

5.4.4 Prüfung neuer Versorgungsmodelle

Die ambulante Versorgung in Liechtenstein basiert wie in der Schweiz primär auf einem ärztezentrierten Modell. Klinische, soziale oder administrative Dienstleistungen für die Patienten werden in der Regel von Ärzten organisiert und erbracht. Das Angebot an klinischen Dienstleistungen ist gross. Vorteile des Systems sind die Betreuungskontinuität und die direkte Arzt-Patient-Beziehung. Nachteilig ist der grosse Druck, den dieses stark ärztezentrierte System auf die medizinische Demografie der Hausarztmedizin ausübt, um nur schon die Erneuerung der Arbeitskräfte sicherzustellen. Eine aktuelle Schweizer Studie fasst diese und weitere wesentliche Stärken und Schwächen des Systems zusammen (Tabelle 8).⁸⁶

Bereich	Stärken	Schwächen
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> – Hohe Hausärztedichte – Grosse Unabhängigkeit bei der Berufsausübung – Geografische Nähe 	<ul style="list-style-type: none"> – Rasche Alterung der ärztlichen Population – „Allein arbeitende“ Ärzt/innen – Grosser Druck auf die medizinische Demografie – Wenig verlässliche demografische Daten – Nicht unwesentlicher Verzicht auf ärztliche Dienstleistungen in der Schweiz
HAM-Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> – Grosse Leistungspalette – Tiefe Antibiotikaverschreibungsrate 	<ul style="list-style-type: none"> – Mangel an Daten zur Zweckmässigkeit der Leistungen hinsichtlich Bedürfniserfüllung – Tiefe Grippeimpfungsrate
Patientenorientiertheit	<ul style="list-style-type: none"> – Insgesamt wenig förderlich für Präventionsarbeit – Grosse Zufriedenheit der Patient/innen – Ärzt/innen verfügen über genügend Behandlungszeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Stützt sich mehr auf die Zufriedenheit der Patient/innen als auf Erfahrungen
Koordination der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> – Guter Informationsfluss zwischen Hausarzt/innen und Facharzt/innen 	<ul style="list-style-type: none"> – Sehr wenige Praxen mit elektronischen Dossiers – Interprofessionelle Teamarbeit stark unterentwickelt (insbesondere Case Management)
Kontinuität der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> – Gute Betreuungskontinuität (direkte Arzt-Patienten-Beziehung) 	<ul style="list-style-type: none"> – Defizit betreffend Kontinuität im Bereich Information und Verwaltung (ärztezentriertes Modell)

Tabelle 8: Die wichtigsten Stärken und Schwächen der Hausarztmedizin (HAM) in der Schweiz

Quelle: SPAM-Projekt © Obsan 2016

⁸⁶ Vgl. Senn, N., Ebert, ST., Cohidon, C. (2016). Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring), Obsan Bulletin 11/2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, S. 3.

Zwar ist die Dichte der Allgemeinmediziner in der Schweiz wie in Liechtenstein über die letzten Jahre stabil. Dennoch bleibt die Grundversorgung im öffentlichen Diskurs ein zentrales Thema, zum einen dadurch bestimmt, dass ein grosser Anteil an Hausärzten in den nächsten Jahren in Pension geht, zum andern haben junge Grundversorger heute andere Bedürfnisse bezüglich Arbeitszeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Zusammenarbeit, Work-Life-Balance u.ä. als ihre Kollegen vor einigen Jahren.⁸⁷

Neben der Erneuerung durch junge Hausärzte (Ausbildung, Wertschätzung) wird eine zielführende Stossrichtung in der Entwicklung neuer, interprofessioneller Modelle für die Grundversorgung gesehen. Das aktuelle Programm der Liechtensteinischen Regierung sieht die Prüfung solcher neuen Versorgungsmodelle ausdrücklich vor, genannt werden beispielsweise Ambulatorien oder integrierte Versorgungszentren. Auch findet sich darin der Hinweis auf die Schaffung einer integrierten geriatrischen Versorgung.

An den bereits stattgefundenen Terminen des erwähnten Liechtensteinischen Gesundheitsseminars wurde der Themenbereich ebenfalls von mehreren Seiten als wichtig angesprochen.⁸⁸ So regten etwa die Vertreterinnen der Hebammen die Einrichtung eines Mutter-Kind-Zentrums in Liechtenstein an, wo Schwangerschaftsbetreuung, Hebammensprechstunden, Nachsorge, diverse Kurse sowie ein Stillambulatorium angeboten werden könnten. Auch andere Berufe, wie die Logopädinnen und Ergotherapeutinnen würden ambulante Therapiezentren begrüssen. Vertreter der Pflegeberufe verwiesen auf ein zu erarbeitendes Konzept, wonach Gemeinden als zentrale Ansprechpartner für Fragen der Pflege zur Verfügung stehen sollen. Ein Vertreter beleuchtete besonders den Aspekt der finanziellen Anreizsysteme im Pflegebereich, wo die Kooperation grundsätzlich bereits sehr gut funktioniere. Mehrere Berufe verdeutlichten ihren Willen zur besseren Zusammenarbeit und verwiesen, wie z.B. die Apotheker, auch auf ihre Befähigung, eine stärkere Rolle in der Grundversorgung zu übernehmen. Der Liechtensteinische Krankenkassenverband forderte schliesslich integrative Ansätze zur Versorgung chronisch kranker Patienten und betonte ebenfalls die Bedeutung von eHealth sowie den richtigen finanziellen Anreizsystemen. Der Seminarleiter brachte zudem mehrfach den Aspekt der Selbstsorge ein. Ein ganz wesentlicher Teil der Gesundheitsleistungen wird nicht von OKP-relevanten Institutionen erbracht, sondern beispielsweise in der Familie oder in anderen sozialen Netzen, die es zu stärken gelte.

Es gibt im Bereich der neuen Versorgungsmodelle ganz offensichtlich kein „Patentrezept“ bzw. „Idealmodell“, jedoch einige gemeinsame Elemente, auf die in der Literatur üblicherweise hingewiesen wird.

Weitgehend Einigkeit herrscht darüber, dass es eine Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen und eine **bessere Zusammenarbeit** aller Leistungserbringer braucht. Ziel sind möglichst lückenlose und effiziente Versorgungs- und Betreuungsketten. Ausserdem soll ein flexibler Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

⁸⁷ Vgl. ebenda S. 1.

⁸⁸ Vgl. dazu die Berichterstattung in den Liechtensteinischen Medien, z.B. Liechtensteiner Vaterland vom 17. November 2017, S. 3, vom 12. Januar 2018, S. 3, vom 3. Februar 2018, S. 3 und vom 15. März 2018, S.3, sowie Volksblatt, vom 4. Oktober 2017, S. 5, vom 18. November 2017 S. 1 und vom 3. Februar 2018, S. 3.

(in beiden Richtungen) gewährleistet werden.⁸⁹ Durch eine Verbesserung der integrierten Versorgung bei wichtigen Krankheiten (z.B. Krebs, Demenz) können Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen abgebaut werden. Eine bessere Abstimmung der Leistungen erhöht gleichzeitig auch die Versorgungsqualität und hat günstige Auswirkungen auf der Kostenseite.⁹⁰ Auch wird stets auf die Bedeutung des **eHealth** im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsmodellen hingewiesen (vgl. Abschnitt 11.3.1).⁹¹

Ein wesentlicher Punkt ist ausserdem die erweiterte **Befähigung der Fachpersonen**. Gesundheitsberufe sind zunehmend akademisiert. Ihre Vertreter können so in Zukunft Dienstleistungen erbringen, die heute überwiegend von Ärzten angeboten werden (vgl. Abschnitt 10.3.1).

Nicht zuletzt spielt die **Befähigung der Bevölkerung** eine wichtige Rolle. Diese beinhaltet die Entwicklung von Gesundheitskompetenz, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten und nicht zuletzt Kostensensibilität. Patienten sollen Kosten im Zusammenhang mit dem Nutzen konsumierter Versorgungsleistungen besser einschätzen können und so im Idealfall zu einem bedarfsgerechten Konsum von Versorgungsleistungen beitragen.⁹²

Als Aufgabe der Politik wird es dabei vor allem gesehen, die notwendigen (rechtlichen) **Rahmenbedingungen** zu schaffen. Eine besondere Herausforderung besteht in der Entwicklung neuer **Finanzierungsmodelle**, welche Koordinationsleistungen besser abbilden.

Der Schweizer Bundesrat wird im Herbst 2018 im Rahmen seines Kostendämpfungsprogramms ein erstes Massnahmenpaket in die Vernehmlassung schicken. Darin enthalten ist insbesondere ein Experimentierartikel, der innovative, kostendämpfende Projekte ausserhalb des Rahmens des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ermöglichen soll.⁹³ Das könnte auch für Liechtenstein ein interessanter und prüfenswerter Ansatzpunkt sein.

In neue Modelle der Grundversorgung werden allseits hohe Erwartungen gesetzt. Mögliche Ausgestaltungsvarianten, erforderliche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer Umsetzung in Liechtenstein sind zu erarbeiten.

⁸⁹ Vgl. dazu etwa die gemeinsame Resolution des Schweizerische Gemeindeverbands, des Schweizerischen Städteverbands, des Apothekerverbands pharmaSuisse, der Spitex Schweiz, von CURAVIVA Schweiz sowie von mfe Haus- und Kinderärzte an Bundesrat Alain Berset vom Oktober 2017.

⁹⁰ Vgl. auch Eidgenössisches Departement des Inneren, EDI (2013), S.20.

⁹¹ Zaroni, U., Rozetter, A. (2015), Keine integrierte Versorgung ohne eHealth - und umgekehrt, Schweizerische Ärztezeitung. 2015; 96, S. 1305.

⁹² Vgl. Department Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (2015), S. 30.

⁹³ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Medienmitteilung zu Massnahmen des Bundesrats gegen das Kostenwachstum im Gesundheitswesen vom 29.3.2018 (Bern).

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV5: Schaffung von interdisziplinären "runden Tischen" für die Besprechung komplexer Behandlungs- und Betreuungsstrukturen (Qualitätszirkel)

Fallbesprechungen zur Qualitätssicherung und zur Definition gemeinsamer Behandlungsstandards; ermöglichen Lernprozesse und verbessern die Kommunikation; entweder auf freiwilliger Basis unter neutraler Trägerschaft (z.B. LPO) oder verpflichtend im Rahmen des OKP-Vertrages (ähnlich Managed-Care-Modelle in der Schweiz), dies würde Aufhebung der heutigen Form der Bedarfsplanung nach sich ziehen.

RV6: Disease-Management-Programme für häufige und komplexe Erkrankungen

Bei chronischen Erkrankungen, die Einsatz mehrerer Health Professionals erfordern, z.B. Diabetes, COPD, Asthma, Hypertonie, Osteoporose oder Brustkrebs; Ziel: Verpflichtung auf evidenzbasierten Behandlungspfad, Koordination, Förderung Informationsaustausch und Betreuungsqualität; Anreize für Teilnahme: bei Leistungserbringern an OKP-Vertrag knüpfen, bei Patienten mittels Anreizen, z.B. Verzicht auf Selbstbehalt.

RV7: Entwicklung eines integrierten Versorgungssystems mit interessierten Leistungsanbietern

Entwicklung durch interessierte Versorger (ähnlich MEDIX, Pizol Care, Argomed); Schaffung der gesetzlichen Grundlagen; Anreize für teilnehmende Leistungserbringer und für Patienten (z.B. Wegfall /Reduktion Franchise).

RV18: Bildung von multidisziplinären Versorgungszentren

Eltern-Kind Zentrum mit Gynäkologie, Hebammen, Pädiatrie, Haushaltshilfe, Ernährungsberatung, psychologische Angebote, Erfahrungsmedizin; ambulantes Versorgungs- und Therapiezentrum mit Tagesstruktur inklusive Pflege und Sozialarbeit, mit Physio-, Ergo- und Logotherapie; Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum; Kompetenzzentrum Alter.

Weiteres Vorgehen:

Im Gesundheitsseminar wurde eine Reihe von konkreten Ansatzpunkten für neue Versorgungsmodelle hervorgebracht, die es näher zu analysieren gilt.

Die Themen bieten sich als Untersuchungsauftrag an die neu zu besetzende Landesgesundheitskommission an.

6 Strategiebereich II: Stationäre Akutversorgung, Rehabilitation und Psychiatrie

6.1 Ausgangslage

Akutsomatik bezeichnet in der Gesundheitspolitik der Schweiz die Versorgung der Bevölkerung mit Spitaldienstleistungen in den Bereichen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Der Begriff grenzt Akutspitäler der Grund- und Zentrumsversorgung von spitalähnlichen Einrichtungen ab, die Langzeitpflege, Psychiatrie, Rehabilitation oder Spezialbehandlungen anbieten.⁹⁴ „Ein Akutspital ist ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung zur akutsomatischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patienten. Zu den Akutspitälern gehören: sämtliche allgemeinen Spitäler der Grund- und Zentrumsversorgung, die Spezialkliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie sowie für Pädiatrie. Nicht zu den Akutspitälern zählen die Spezialkliniken der Psychiatrie, Rehabilitation und andere Spezialkliniken.“⁹⁵ In der Akutsomatik ist der Patient aufgrund seiner Erkrankungen auf die Infrastruktur und die personelle Dotation des Krankenhauses angewiesen. Er ist noch nicht stabil und benötigt mehrmals am Tag ärztliche oder pflegerische Handlungen bzw. Überwachung oder weitere regelmässige diagnostische und therapeutische Interventionen (z.B. operative Massnahmen).⁹⁶

Wie weiter oben ausgeführt hat der Gesetzgeber den Grundsatzentscheid zu treffen, wie Liechtensteins Gesundheitswesen ausgestaltet sein soll.⁹⁷ Für die notwendige Versorgung der liechtensteinischen Bevölkerung innerhalb der Grundversorgung wurde per Gesetz das **Liechtensteinische Landesspital** eingerichtet und mit einem entsprechenden Leistungsauftrag ausgestattet.⁹⁸ Für komplexere Eingriffe ist das Liechtensteinische Landesspital, gestützt auf die Eignerstrategie, eine vertikale Kooperation mit dem Kantonsspital Graubünden in Chur eingegangen. Ein Transport-/Rücktransportdienst für Untersuchungen oder Behandlungen bzw. für die Verlegungen auf entsprechend spezialisierte Stationen (z.B. Intensivmedizin, Traumatologie, Gefässchirurgie, Thoraxchirurgie) ist eingerichtet. So können der Bevölkerung mehr Leistungen im eigenen Land ermöglicht werden.⁹⁹

Ökonomische Argumente für den Betrieb eines landeseigenen Spitals im Rahmen der Grundversorgung wurden oben bereits diskutiert (siehe Abschnitt 4.3). Die Regierung hat sich im Zuge der Übernahme des Spitals von der Gemeinde Vaduz im Jahr 2000 auch ganz bewusst für die Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Stiftung entschieden und dies wie folgt begründet. „Der Betrieb eines Krankenhauses, welches im Wesentlichen im öffentlichen Interesse steht und der ganzen Bevölkerung dient, ist eine Landesaufgabe.

⁹⁴ Quelle: <https://marjorie-wiki.de/wiki/Akutsomatik>

⁹⁵ H+, Die Spitäler der Schweiz, http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/begriffe/akutspital/. Für nähere Details wird dort auf die Krankenhaustypologie des Bundesamtes für Statistik (BFS 2006) verwiesen.

⁹⁶ Abgrenzung nach Bachmann, S. (2015), Rehabilitation, in Ogier, W. (Hg.), Das Gesundheitswesen der Schweiz 2015-2017, 5. vollständig überarbeitete Auflage. Bern, S. 375.

⁹⁷ Vgl. die Ausführungen zu Art. 18 LV im Abschnitt 2.2.1.

⁹⁸ Vgl. Gesetz über das liechtensteinische Landesspital (LLSG, LGBl. 1999 Nr. 240), Verordnung über die medizinische Grundversorgung, LGBl. 2000 Nr.184 sowie Eignerstrategie aus dem Jahr 2012 (BuA Nr. 136/2012).

⁹⁹ <http://www.landesspital.li/851/chirurgie/>

Das Spital in Vaduz ist das einzige Krankenhaus im Fürstentum Liechtenstein. Einer Privatklinik würde im Inland keine öffentliche Alternative zur Verfügung stehen. Das Land hat zudem als Defizitträger grosses Interesse, das wirtschaftliche Verhalten des Spitals unmittelbar zu beeinflussen. Der Zutritt zum Spital in Vaduz als Patient oder Belegarzt soll allen im Land wohnhaften Patienten bzw. den im Land tätigen Ärzten im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten offenstehen. Eine Landsträgerschaft garantiert grösstmögliche Gleichbehandlung. Dazu kommt, dass die Gemeinde Vaduz in den Übernahmeverhandlungen grossen Wert darauf gelegt hat, dass das Krankenhaus in eine öffentlich-rechtliche Einrichtung (und nicht in eine kommerziell geführte Privatklinik) eingebracht werden kann.¹⁰⁰

Als zweiten Pfeiler der akutsomatischen Grundversorgung hat der Gesetzgeber im Krankenversicherungsgesetz den Abschluss von **Verträgen** mit Einrichtungen des Gesundheitswesens vorgesehen, welche für die Versorgung der Versicherten nötig sind.¹⁰¹ Verträge mit **Schweizer und österreichischen Spitälern** stellen ein erweitertes Netz an Anbietern der umfassenden Grund- und spezialisierten Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicher. Zu den ökonomischen Vorteilen dieser Lösung in einem Kleinstaat finden sich weiter oben detaillierte Ausführungen (Abschnitt 4.3).

Unter anderem wurde dort auf die Vorteile der Partizipation an etablierten ausländischen Qualitätssicherungsmassnahmen hingewiesen. Für den Spitalbereich konkret zu nennen ist hier zum einen die Mitgliedschaft des Landes und des Landesspitals im Schweizerischen ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken), welcher Qualitätsmessungen in rund 400 Schweizer Spitälern und Kliniken der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation koordiniert und umsetzt. Zum anderen wendet das Land gemäss Regierungsbeschluss vom 12. Juli 2016¹⁰² durchgängig das so genannte „**Zürcher Modell**“ als Basis für die Erteilung von Leistungsaufträgen an. Dieses steht für das Leistungsgruppenmodell, das ursprünglich der Kanton Zürich als Kriterienkatalog für die Vergabe von Leistungsaufträgen an die Spitäler im Kanton entwickelt hat. Im Wesentlichen stützt es sich auf „state-of-the-art“-Anforderungen an die Qualität bezüglich Fachpersonal, Ausstattung und Interventionszeiten.¹⁰³ Das Leistungsgruppenkonzept des Zürcher Modells ist auch in der Eignerstrategie für das Landesspital zu implementieren.

Die Liste der Vertragsspitäler ist in Tabelle 3, auf Seite 12, ersichtlich. Auf der Homepage des Amtes für Gesundheit ist eine detaillierte Spitalliste abrufbar, die für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angibt, über welche konkreten Leistungen sich die jeweiligen Verträge erstrecken.¹⁰⁴

¹⁰⁰ BuA Nr. 46/1999, S. 16.

¹⁰¹ 16d Abs. 7 KVG

¹⁰² LNR 2016-994

¹⁰³ Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2018), Zuteilungen der medizinischen Fälle zu den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG-Grupper) Version 7.0 - Datenjahr 2018, Zitiert nach BuA Nr. 54/2107, S. 10.

¹⁰⁴ Die erwähnten Spitallisten sind auf der Homepage des Amtes für Gesundheit unter <https://www.llv.li/#/11338/stationar> zu beziehen.

6.2 Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Weithin beobachtbare Trends in der akutsomatischen Versorgung („ambulant vor stationär“, zunehmende Patientenzentrierung, Reduktion von Aufenthaltsdauern durch medizinischen Fortschritt und Einführung von Fallpauschalen) stellen auch die liechtensteinische Versorgungslandschaft vor neue Herausforderungen. Experten gehen für die nähere Zukunft von einem eher stagnierenden Bedarf an stationären Angeboten aus.¹⁰⁵

Im Jahr 2017 trat mit der Gründung der Medicnova Privatklinik AG durch ehemalige Belegärzte des Landesspitals ein neuer Mitbewerber in den inländischen Spitalmarkt ein. Es handelt sich dabei nicht um eine Akutklinik im oben definierten Sinn, sondern um eine Privatklinik, deren Leistungsspektrum sich als Summe der Fachgebiete aller darin tätigen Ärzte ergibt. Gleichzeitig sind die Fallzahlen am Landesspital spürbar eingebrochen. Beim Spital in Grabs, welches bekanntlich für die liechtensteinische Grundversorgung neben dem Landesspital eine sehr zentrale Rolle spielt, ist zudem ein Neubau in Umsetzung.

6.3 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

In der Vergangenheit stand bei den stationären Angeboten das Ziel im Vordergrund, eine qualitativ hochwertige und für die Bevölkerung zugängliche Versorgung überhaupt bereitzustellen. Durch ein eigenes Landesspital und den Aufbau eines Netzes von Verträgen, das den Versicherten eine angemessene Auswahl unter verschiedenen Spitälern gewährleistet, ist heute eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sichergestellt. Das medizinische Versorgungsziel kann somit als erreicht bezeichnet werden.

Erklärtes Ziel der aktuellen Gesundheitspolitik ist die Erhaltung dieser guten Versorgung durch Spitäler, ohne jedoch die tragbare Entwicklung der Gesundheitskosten zu gefährden. Die zugehörige Strategie besteht darin, das Netz der Vertragsspitäler zu pflegen und gegebenenfalls anzupassen. Dabei ist die Qualität der angebotenen Leistungen ein entscheidendes Kriterium. Das erwähnte Konzept des Zürcher Modells wird von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfohlen und ist mittlerweile in fast allen Schweizer Kantonen Voraussetzung für die Aufnahme auf die kantonale Spitalliste. Im Vergleich zur Schweiz kann daher von einem einheitlichen Qualitätsstandard ausgegangen werden.

6.4 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

6.4.1 Sicherstellung der akutsomatischen Grundversorgung im Inland

Die inländische Wettbewerbssituation hat sich durch den Markteintritt der Medicnova Privatklinik AG grundlegend verändert. Das Landesspital hat markant sinkende Fallzahlen zu verzeichnen, ausserdem besteht dort mittelfristig bedeutender Investitionsbedarf in die Infrastruktur.

¹⁰⁵

Für eine genauere Analyse siehe PwC (2018), Fürstentum Liechtenstein, Bericht betreffend Szenarien für die künftige akutsomatische Gesundheitsversorgung.

Verschiedene Zukunftsszenarien und Massnahmen im Bereich der akutsomatischen Gesundheitsversorgung wurden, unterstützt durch das Unternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) als externem Berater, in einem gesonderten Bericht entwickelt.¹⁰⁶ Aufgrund der Erfahrung in zahlreichen ähnlich gelagerten Projekten wird darin eine langfristig kostendeckende Versorgung durch zwei stationäre Spitäler in Liechtenstein als nicht realistisch erachtet. Von den aufgezeigten möglichen Szenarien sind die folgenden drei näher ausgearbeitet:

- Betrieb des Landesspitals in Bendern und Integration eines Belegarztsystems durch die Medicnova,
- Beibehaltung des Status Quo und Umsetzung der bisherigen Strategie,
- Umbau des Landesspitals in ein ambulantes Gesundheitszentrum.

Eine politische Bewertung dieser Szenarien und der Entscheid für die weiter zu verfolgende Strategie sind die nächsten Schritte.

Die Ergebnisse der Studie über die künftige Entwicklung der akutsomatischen Grundversorgung sind aufzugreifen und nach einem entsprechenden politischen Entscheid einer Umsetzung zuzuführen.

Update 2020:

Die Medicnova Privatklinik AG ist aufgrund ihres Konkurses Geschichte. Das Gebäude in Bendern wurde zwischenzeitlich einer anderen Nutzung zugeführt. Die Versorgungsstrategie im Inland ist auf das Liechtensteinische Landesspital fokussiert. Die Vorarbeiten zu einem Neubau sind voll im Gange.

Der Landtag hat den Verpflichtungskredit für den Neubau eines Landesspitals und die Genehmigung der Umwidmung des Vaduzer Grundstücks Nr. 2506 vom Finanzvermögen in das Verwaltungsvermögen am 6. September 2019 verabschiedet (vgl. BuA Nr. 80/2019) und gleichzeitig beschlossen, diesen einer Volksabstimmung zu unterwerfen. Die Abstimmung über den Verpflichtungskredit hat am 24. November 2019 stattgefunden. Dem Neubau wurde zugestimmt.

6.4.2 Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für „ambulant vor stationär“

Fortschritte in der Medizin und die Bedürfnisse der Patienten haben die Möglichkeit zur Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich geschaffen. Im aktuellen Finanzierungssystem bestehen jedoch Fehlanreize, welche die stationäre gegenüber der ambulanten Durchführung von Behandlungen begünstigen. Während bei ambulanten Eingriffen die Kosten zu 100% von den Krankenkassen übernommen werden, gehen bei stationären Eingriffen in Spitälern mit Staatsbeitrag nur 45% der Kosten zu Lasten der Kassen.¹⁰⁷ Zudem werden lukrative Zusatzhonorare für Patienten mit Spitalzusatzversicherungen nur bei stationären Leistungen ausgerichtet. Der Anteil dieser zusatzversicherten Patienten ist in Liechtenstein bedeutend und die Zusatzerträge sind für

¹⁰⁶ PwC (2018).

¹⁰⁷ Siehe dazu den folgenden Abschnitt 6.4.3.

die Spitäler sehr attraktiv. Stationäre Eingriffe sind üblicherweise aber teurer als ambulante. Durch eine Verlagerung in den ambulanten Bereich können Kosteneinsparungen, insbesondere auch aus Sicht der Gesamtkosten, erzielt werden.¹⁰⁸

Der Trend „ambulant zu stationär“ wurde in der Schweiz aufgegriffen und auf Verordnungsebene bereits umgesetzt. Ab dem 1. Januar 2019 werden sechs Gruppen von operativen Eingriffen nur noch bei ambulanter Durchführung von der OKP vergütet. In begründeten Fällen wird die stationäre Behandlung weiterhin übernommen.¹⁰⁹ Die vorrangig ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe sind:¹¹⁰

- Einseitige Krampfaderoperationen der Beine,
- Eingriffe an Hämorrhoiden,
- Einseitige Leistenhernienoperationen,
- Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter,
- Kniearthroskopien inkl. arthroskopische Eingriffe am Meniskus,
- Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden.

Liechtenstein orientiert sich hinsichtlich des OKP-Leistungskataloges sehr stark an jenem der Schweiz. Die Leistungskommission überprüft in regelmässigen Abständen eine Übernahme der Schweizer Bestimmungen in das Liechtensteinische Recht. Die gegenständliche Materie soll der Leistungskommission zur Beurteilung und Ausarbeitung einer Entscheidungsgrundlage für die Regierung zugewiesen werden.

Die von der Schweiz vorgezeichnete Umsetzung der Strategie „ambulant vor stationär“ soll im Hinblick auf eine Übernahme in Liechtenstein geprüft und allenfalls übernommen werden.

Update 2020:

Ist erledigt.

Die Leistungskommission hat der Regierung eine Übernahme der Schweizer Verordnungsbestimmungen betreffend „ambulant vor stationär“ empfohlen. Durch Abänderung der Krankenversicherungsverordnung vom 25. September 2018 (LGBl. 2018 Nr. 188) sind diese am 1.1.2019 in Liechtenstein in Kraft getreten.

6.4.3 Überprüfung und Reform der Spitalfinanzierung

Neben dem Beitrag an die Krankenkassen¹¹¹ beteiligt sich der Staat an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens durch **Beiträge an Spitäler** im Rahmen von Leistungsaufträgen und Tarifvereinbarungen.¹¹² Zu unterscheiden sind zunächst Nicht-

¹⁰⁸ Vgl. PwC (2016), Ambulant vor stationär.

¹⁰⁹ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR. 832.112.31), Änderung vom 12. Februar 2018, AS 2017 2662.

¹¹⁰ Referenzdokument zur KLV „Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe“, Version 1.0 vom 23. November 2017, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/konsultation-ambulant-vor-stationaer.html>

¹¹¹ Art. 24 Abs.1 Bst. a KVG

¹¹² Art. 24 Abs. 1 Bst. c KVG

Vertragsspitaler von Vertragsspitalern. Unter den Vertragsspitalern erhalten die regionalen Grundversorger einen Beitrag des Staates an die stationären Behandlungen, Spezialkliniken hingegen nicht. Die Spitalfinanzierung in Liechtenstein wurde daher schon mehrfach als uneinheitlich und entsprechend unübersichtlich bezeichnet.¹¹³

Bis vor kurzem war zudem die Höhe der Beiträge an die einzelnen Empfänger dazu noch unterschiedlich. Die staatlichen Anteile bei Schweizer Spitalern mit Landesbeitrag betragen 55% der Kosten von stationären Aufenthalten, die restlichen 45% tragen die Kassen.¹¹⁴ Dies entspricht auch dem üblichen Finanzierungsanteil in der Schweiz, wo der Kanton jeweils bis spätestens Ende März den für das nächste Kalenderjahr geltenden kantonalen Anteil festlegt. Seit 2017 muss dieser in allen Kantonen mindestens 55% betragen.¹¹⁵

Von den weiter vorne aufgelisteten insgesamt 28 Vertragspartnern inklusive Landesspital (siehe Tabelle 3 auf Seite 12) erhalten neun einen Staatsbeitrag (Tabelle 9).

	2017 CHF	2016 CHF
Staatsbeitrag an das Liechtensteinische Landesspital	8'278'773	6'153'979
Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland	9'220'869	8'799'694
Kantonsspital Graubünden, Chur	3'997'313	4'090'359
Kantonsspital St. Gallen	3'678'066	4'680'809
Landeskrankenhaus Feldkirch	564'525	619'275
Ostschweizer Kinderspital St. Gallen	379'439	262'160
Landeskrankenhaus Rankweil	85'094	92'516
Stiftung Maria Ebene, Frastanz	18'046	33'033
Rehabilitationszentrum Lutzenberg	12'122	53'481
Beiträge an ausländische Spitäler	17'955'475	18'631'328
Total	26'234'248	24'785'307

Tabelle 9: Staatsbeiträge an Spitäler 2016 und 2017

Quelle: Rechnungsabschlüsse des Landes Liechtenstein 2016 und 2017

Der Gesamtbeitrag an das Liechtensteinische Landesspital enthält im Jahr 2017 Zahlungen zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen und an den Sanierungsaufwand (zusammen CHF 3.5 Mio.) sowie die vom Landtag genehmigte Sonderzahlung zur Überbrückung des Liquiditätsengpasses (CHF 2.5 Mio.). Bis und mit 2017 wurden nur 23% der stationären Kosten vom Staat übernommen, insgesamt wurden hierfür 2017 CHF 2.28 Mio. aufgewendet. Der tiefere staatliche Finanzierungsanteil war historisch bedingt und sachlich nicht begründbar. Dies führte insbesondere zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Spitalern im angrenzenden Schweizer Ausland. Wegen des

¹¹³ Vgl. Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) und weiterer Gesetze vom 8. Juli 2014 (RA 2014-875), S. 63ff sowie Bericht und Antrag Nr. 24/2015 S.49ff.

¹¹⁴ Die österreichische Spitalfinanzierung weicht von jener der Schweiz ab. Die Spitalbeiträge betragen dort 50% der stationären Leistungen.

¹¹⁵ Art. 49a Abs. 2 CH-KVG

höheren OKP-Anteils (77% statt 45%) erschien das Landesspital bei isolierter Betrachtung der Kassendaten vermeintlich teurer. Auch monetäre Fehlanreize des höheren Kassenanteils zugunsten einer Behandlung im angrenzenden Ausland waren nicht gänzlich auszuschliessen, wenngleich ein solcher Effekt nicht systematisch erkennbar war. Aus den genannten Gründen wurde das Verhältnis der Kostentragung beim Landesspital jenem bei den anderen Spitälern, die einen Staatsbeitrag erhalten, angepasst. Im Gegenzug wurde der Staatsbeitrag an die Krankenkassen entsprechend reduziert.¹¹⁶

Die Finanzierung der ambulanten Behandlung ist deckungsgleich mit der stationären Behandlung ohne Spitalbeitrag. Die duale Finanzierung führt also zu einer Kostenverzerrung zugunsten der durch zusätzliche Staatsbeiträge an Spitäler höher subventionierten stationären Leistungserbringung. Dies birgt Anreize, die der gewollten Verschiebung in den ambulanten Bereich entgegenwirken.

Im Hinblick auf Kostentransparenz und Anreizwirkungen wäre grundsätzlich eine Umstellung auf die sogenannte monistische Spitalfinanzierung zu befürworten, bei der die Kosten von stationären Aufenthalten generell aus einer Hand, also zu 100% durch die Kassen, finanziert werden. Die Finanzierung wäre bei ambulanten und stationären Leistungen einheitlich und die Kassen hätten ein verstärktes Interesse an ambulanten Behandlungen.

In der Schweiz scheitert eine Umstellung auf dieses Finanzierungsmodell bislang an unterschiedlichen kantonalen Interessen. Angesichts der starken Verflechtung mit der Schweizer Spitallandschaft wurde ein Alleingang Liechtensteins im Rahmen der letzten grossen KVG-Revision nicht weiter vorangetrieben. Das Bestreben nach einer Vergleichbarkeit der Kosten mit der Schweiz bedingt, dass die Finanzierungsmechanismen möglichst übereinstimmend zu gestalten sind. Eine Vereinheitlichung der Landesbeiträge auf 55%, wie in der Schweiz, wäre eine denkbare Verbesserungsmassnahme im Rahmen des Möglichen. Da heute Staatsbeiträge wie erwähnt gezielt an die wichtigsten regionalen Grundversorger ausgerichtet werden, könnte eine Vereinheitlichung umgekehrt aber Fehlanreize erst schaffen, die bisher nicht bestehen.

Ein wesentliches Element der Spitalfinanzierung sind die **Spitalzusatzversicherungen**. Wie in der Schweiz werden im Spitalzusatz die Versicherungsdeckungen „Allgemein“ „Halbprivat“ und „Privat“ angeboten. Die Variante Allgemein ermöglicht den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Schweizer Nichtvertragsspitals.¹¹⁷ Die beiden anderen gewähren jeweils den Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung eines Schweizer oder Liechtensteinischen Nichtvertragsspitals, die Variante Privat teilweise auch weltweit. Durch Privat und Halbprivat ist ausserdem die freie Arztwahl im Spital abgedeckt.

¹¹⁶ Vgl. BuA Nr. 31/2017, S. 29ff.

¹¹⁷ Da die Privatklinik Medicinova AG über keine allgemeine Abteilung verfügt, müssen Versicherte mit der Spitalversicherung Allgemein sich anteilig an den anfallenden Kosten für die halbprivate Abteilung beteiligen (vgl. <https://www.concordia.li/de/privatpersonen/leistungen/zusatzversicherungen/spital/spitalliste/ohneKostendeckungSpitalversicherung.html>).

In Summe tragen alle privaten Zusatzversicherungen, inklusive solcher für ambulante Leistungen (z.B. bestimmte Behandlungen im Ausland, Zahnmedizin, Impfungen, Nichtpflichtmedikamente, Alternativmedizin usw.), etwa CHF 37 Mio. zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei. Die Leistungen für stationäre Aufenthalte machen davon rund drei Viertel aus, also CHF 27-28 Mio. pro Jahr.

Die Kassen haben bereits mehrfach auf die problematische Zukunftsperspektive der Zusatzversicherungen hingewiesen. Eine wesentliche Ursache hierfür wird in der Alterstarifizierung gesehen. Nach liechtensteinischem Recht ist in den freiwilligen Versicherungen eine Prämiendifferenzierung nur nach dem Eintrittsalter zulässig,¹¹⁸ während in der Schweiz, wie im Privatversicherungsbereich üblich, eine Differenzierung nach dem Lebensalter vorgenommen werden kann.

Beim Eintrittsalterstarif zahlen schon jüngere Versicherte vergleichsweise hohe Prämien, die im weiteren Verlauf nur weniger stark ansteigen als bei einem späteren Eintritt. Der überwiegende Teil der erwachsenen Versicherten bezahlt heute die Prämie für das Eintrittsalter 26-35 Jahre. Die Prämie in dieser Stufe muss zur Deckung der Kosten laufend angehoben werden. Junge, neu eintretende Versicherte sind aufgrund der systembedingt immer höheren Prämien daher immer schwerer zu gewinnen. Bei einem Lebensalterstarif würden jüngere Versicherte weniger bezahlen. Die Prämien steigen altersabhängig etwas stärker.

Die Anzahl der Versicherten in den freiwilligen Versicherungen blieb seit 2007 im Durchschnitt stabil, während die OKP im gleichen Zeitraum einen durchschnittlichen Versichertenzuwachs von rund 1% pro Jahr zu verzeichnen hatte. Der Anteil der obligatorisch Versicherten mit mindestens einer Zusatzversicherung (für den ambulanten oder stationären Bereich) sank demzufolge von 98% in 2007 auf 89% in 2016.¹¹⁹

Zudem ist mit steigenden Kosten aufgrund neuer Privatspitäler zu rechnen. Die Bruttoleistungen in den freiwilligen Versicherungen stiegen zwischen 2007 und 2016 stärker als jene der OKP. Auffallend ist der vergleichsweise stärkere Anstieg im letzten Beobachtungsjahr (2016 + 6%). Die leistungsseitigen Auswirkungen der 2017 eröffneten inländischen Privatklinik ohne OKP-Vertrag sind in der Entwicklung noch nicht enthalten.

Das Betriebsergebnis fällt in den freiwilligen Versicherungen durchwegs positiv aus. Der Versicherungszeitpunkt ist auf den ersten Blick gut mit Rückstellungen und Reserven ausgestattet. Die gesetzlichen Mindestreserven sind in diesem Versicherungszeitpunkt etwas höher als in der OKP.¹²⁰ Die Mindestvorgaben werden in diesem Zeitpunkt von den Kassen klar eingehalten bzw. sogar deutlich überschritten. Rückstellungen wurden im Umfang von gut einem Drittel der Leistungen gebildet. Aktuarielle Überlegungen auf Seiten der Kassen belegen jedoch, dass aufgrund der Tarifierung nach dem Eintrittsalter deutlich höhere Altersrückstellungen notwendig wären. Im Hinblick auf die langfristige Finanzierbarkeit

¹¹⁸ Art. 22 Abs. 5 KVG

¹¹⁹ Zu diesen und den folgenden Daten vgl. Amt für Statistik (2017c), Krankenkassenstatistik 2016 sowie Datenlieferung der Kassen an das Amt für Gesundheit.

¹²⁰ gemäss Art. 4 Abs. 4 KVV und aufgrund bestehender Garantieerklärung oder Rückversicherung gilt für die im Land anerkannten Krankenkassen aktuell ein gesetzliches Minimum von 20% bzw. 30% der Bruttoleistungen.

des Systems wird von den Kassen eine Umstellung auf Lebensalterstarifizierung empfohlen. Geeignete und faire Übergangslösungen für die bestehenden Verträge sind in jedem Fall vorzusehen.

Im Bereich der Tarife, welche letztlich auch einer Genehmigung durch die Behörde bedürfen, orientiert sich Liechtenstein sehr stark an der Schweiz. Für ambulante ärztliche Leistungen erfolgt die Abrechnung nach dem gesamtschweizerischen Tarifsystem TARMED, für stationäre Leistungen kommt seit einigen Jahren das Fallkostenpauschalensystem SwissDRG zum Einsatz. Die Gestaltungsfreiheit Liechtensteins beschränkt sich (bewusst) praktisch nur noch auf den Taxpunktwert im ambulanten Bereich und die Fallkostenpauschale (base rate), welche mit jedem Spital im Rahmen von Vertragsabschlüssen einzeln ausgehandelt werden muss.

Für die Finanzierung der Spitalversorgung sind die tariflichen Komponenten wesentlich. Die Nachführung der Tarife an den medizinischen und technischen Fortschritt ist träge, so dass es immer überbezahlte und unterbezahlte Leistungen gibt. Dies führt zu einer Verzerrung des Angebots, da Private vor allem lukrative Leistungen anbieten wollen. Die Anwendung des Systems der Fallkostenpauschalen ist anfällig für Optimierungen, welche im Grenzfall unlauter sein können.

In der Spitalfinanzierung sollen Möglichkeiten zur Erhöhung der Transparenz sowie in Richtung einer Vereinheitlichung weiterverfolgt werden. Massnahmen zur Sicherstellung der mittel- und langfristigen Finanzierbarkeit von Zusatzversicherungen werden geprüft.

Update 2020:
Gilt unverändert.

7 Strategiebereich III: Langzeitversorgung

7.1 Ausgangslage

Im Fürstentum Liechtenstein bestehen für Menschen in Lebensabschnitten mit Pflege- und Betreuungsbedarf integrierte, qualitativ hochstehende und kostengünstige Versorgungs- und Betreuungsstrukturen. Die Strukturen richten sich nach dem aktuellen Bedarf.

Auch in der Langzeitpflege ist grundsätzlich zwischen dem stationären und dem ambulanten Angebot zu unterscheiden. Die **stationäre Versorgung** wird durch die von der öffentlichen Hand betriebenen Alters- und Pflegeheime der Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK) und dem Verein Lebenshilfe Balzers abgedeckt. Zusätzlich zu den bestehenden sechs Standorten¹²¹ ist derzeit ein weiteres Haus der LAK in Bau, das Haus St. Peter und Paul in Mauren. Im Jahr 2016 waren 281 Pflegebetten verfügbar,¹²² darunter 18 Plätze für die sozialpsychiatrische Pflege.¹²³ Mit dem Neubau sollen ab Ende 2018 60 weitere Plätze hinzukommen.

Neben dem klassischen Heimaufenthalt bieten die Alters- und Pflegeheime spezielle, bedarfsangepasste kurzzeitige Betreuungsformen an der Schnittstelle zur Pflege daheim (Tages-, Ferien- und Übergangspflege). In der Langzeitpflege haben die Anbieter im Jahr 2016 zusammen rund 95'000 Pflagegetage erbracht. Über 5'000 weitere Pflagegetage fielen in der Kurzzeitpflege an.¹²⁴

In Liechtenstein existieren bis zum heutigen Tag keine privaten Alters- und Pflegeheime. Ein wesentlicher Grund dafür ist die gesetzliche Regelung zur Kostentragung durch die öffentliche Hand.¹²⁵ Private Pflegeheime erhalten keine Unterstützung des Staates, so lange die von der öffentlichen Hand geführten Heime den Bedarf decken können. Das Sozialhilfegesetz sieht vor, dass die private Sozialhilfe zu fördern und zur Mitarbeit heranzuziehen ist, sofern sie notwendig, geeignet und bereit ist.¹²⁶ Es besteht aber keine gesetzliche Verpflichtung, private Alters- und Pflegeheime von Seiten des Staates bzw. der Gemeinden mit Beiträgen zu unterstützen bzw. allfällige Betriebsdefizite zu übernehmen, so lange kein nachgewiesener Bedarf an diesen Leistungen besteht.¹²⁷

¹²¹ Neben dem APH Balzers sind dies bei der LAK aktuell die vier Heime St. Florin in Vaduz, St. Laurentius in Schaan, St. Mamertus in Triesen und St. Martin in Eschen und die Pflegewohngruppe St. Theodul im Triesenberg.

¹²² Quelle: Amt für Statistik (2017a), Gesundheitsversorgungsstatistik 2016, Tab. 2.1 auf S. 19.

¹²³ Die insgesamt 18 Pflegeplätze sind bei der LAK angesiedelt (vgl. <https://www.lak.li/pflegen-und-betreuen/sozialpsychiatrische-pflege/>)

¹²⁴ Quelle: Jahresberichte der LAK und der Lebenshilfe Balzers für 2016.

¹²⁵ Vgl. Art. 5 Bst. a LAKG; Art. 24 und 27 SHG.

¹²⁶ Art. 24 SHG; Art. 30 ff. SHV.

¹²⁷ In den Erläuterungen zur gesetzlichen Bestimmung heisst es: „Die Kosten der Förderung der unter Artikel 24 SHG fallenden privaten Sozialhilfeträger werden gemäss Artikel 27 Absatz 2 SHG zu 100% vom Land getragen. An dieser Finanzierungsregelung soll nichts geändert werden. Jedoch soll in Artikel 24 Absatz 1 SHG neu das Kriterium der Notwendigkeit eingeführt werden, damit eine gezielte Förderung stattfinden kann und zwar in jenen Bereichen, in denen die Notwendigkeit für die Inanspruchnahme für von Privaten angebotenen Dienstleistungen auch tatsächlich besteht. Artikel 32 lit. a Sozialhilfeverordnung (SHV) legt als eine der Voraussetzungen für die Gewährung einer Förderung im Sinne von Artikel 24 Absatz 1 des Gesetzes den Nachweis des Bedarfs für die vom privaten Träger beabsichtigte oder bereits getätigte Sozialhilfe fest. Es ist somit konsistent, wenn im entsprechenden Gesetz das Kriterium der Notwendigkeit explizit neben den beiden anderen bereits vorgesehenen Kriterien genannt wird.“ (BuA Nr. 78/2011, S.9f).

Der explizite Nachweis des Bedarfs an Pflegeplätzen wird durch regelmässig aktualisierte Studien erbracht.¹²⁸ Wird ein Bedarf festgestellt, so reagiert die öffentliche Hand mit einem entsprechenden Ausbau des Angebots. Durch diese strikte Bedarfsplanung kann eine Überversorgung mit der sehr teuren Heiminfrastruktur verhindert werden.

Liechtenstein hat verglichen mit der Schweiz einen tiefen Wert bei der Kennzahl „Langzeitplätze pro 1'000 Personen über 64 Jahren“. Laut den Berechnungen der Stiftung Zukunft.li sind es aktuell 44 Plätze pro 1'000 Einwohner über 64 Jahre, mit Fertigstellung des Neubaus wird der Wert auf 47.6 ansteigen. Im schweizerischen Durchschnitt liegt die Kennzahl bei 63.1, in den benachbarten Kantonen St. Gallen bei 69.4 und Graubünden bei 63.9.¹²⁹

Dafür wird in Liechtenstein das Angebot in der **ambulanten Versorgung**, welche die Pflege und Betreuung in den eigenen vier Wänden ermöglicht und unterstützt, entsprechend gut in Anspruch genommen. Neben der Familienhilfe Liechtenstein e.V. und der Lebenshilfe Balzers e.V. sind hier eine private Organisation sowie einzelne freiberufliche Pflegefachkräfte tätig. Auch das Modell der 24-Stunden-Betreuung durch so genannte Care-Migrantinnen kommt zum Einsatz.¹³⁰

Die OKP übernimmt Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen. Voraussetzung der Kostenübernahme ist, dass diese von einer zugelassenen Pflegefachfrau oder Familienhilfe-Organisation auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden. Unter **Pflegeleistungen** fallen notwendige Abklärungen und Beratung, die Grundpflege (z.B. Patientenüberwachung, Waschen, Baden, Nagelpflege, Mundpflege, Lagerung, Mobilisation) und die Behandlungspflege (z.B. Vornahme von Injektionen oder Infusionen, Anbringung von Verbänden inkl. Wundspülung, diagnostische Massnahmen, wie Blutdruckmessung, Urin- und Blutproben).¹³¹ Keine OKP-Leistungen sind hingegen **Betreuungsleistungen**, die vor allem die Hilfestellung bei der allgemeinen Haushalts- und Lebensführung beinhalten.

Durch die Einführung des **Betreuungs- und Pflegegeldes** ab dem Jahr 2010 besteht in Liechtenstein eine grosse Freiheit bezüglich der Organisation der häuslichen Betreuung.¹³² Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Liechtenstein, die dauernd betreuungs- oder pflegebedürftig sind, haben ungeachtet ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse einen Anspruch auf diesen Beitrag an die Ausgaben für die häusliche Betreuung. Dauernde Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit im diesem Sinne liegt vor, wenn ein ärztlicher Bericht eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit von mehr als drei Monaten

¹²⁸ Köppel, R. (2016), Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege, orgavisit (http://www.regierung.li/media/attachments/151216RK1_Ueberpruefung_Bedarfsplanung_636256057279348955.pdf?t=636595741566041298).

¹²⁹ Stiftung Zukunft.li (2017), Finanzierung der Alterspflege, Handlungsbedarf und Lösungsansätze, S.23f; für den Schweizer Vergleichswert ist die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2015 des Bundesamtes für -Statistik als Quelle angegeben.

¹³⁰ Eine Bestandsaufnahme dazu findet sich in Stiftung Zukunft.li, S. 29f.

¹³¹ Art. 13 KVG, Art. 61 und Anhang 4 KVV, letzterer enthält eine genaue Auflistung der von der OKP getragenen Pflegemassnahmen.

¹³² Zur gesetzlichen Grundlage für das Betreuungs- und Pflegegeld vgl. Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), Abschnitt D (eingeführt mit LGBl. 2009 Nr. 9) sowie die Betreuungs- und Pflegegeldverordnung (BPGV), LGBl. 2009 Nr. 313.

bestätigt und für die alltäglichen Lebensverrichtungen in erheblichem Ausmass die Hilfe Dritter benötigt wird.¹³³

Die Höhe des Betreuungs- und Pflegegeldes wird in Abhängigkeit von der Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit der anspruchsberechtigten Person festgesetzt und beträgt zwischen CHF 10 (Leistungsstufe 1) und CHF 180 pro Tag (Leistungsstufe 6)¹³⁴. Übernommen wird die entgeltliche Erbringung von Betreuungs- und Pflegeleistungen durch Dritte. Es bestehen keine Vorschriften über Qualifikationen der Pflegenden, so wird insbesondere auch die Betreuung durch Familienmitglieder gefördert.

Auch die Einführung des Betreuungs- und Pflegegeldes führte zu einer gewissen Steuerung der Nachfrage. Zusammen mit der Hilflosenentschädigung¹³⁵ (welche bei einem Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim diesem abzutreten ist¹³⁶) stehen schon bei mittleren Leistungsstufen bzw. Hilflosigkeit finanzielle Mittel zur Verfügung, die eine Pflege zu Hause finanziell wesentlich attraktiver machen als den Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim, obwohl die Tarife in den liechtensteinischen Alters- und Pflegeheimen vergleichsweise günstig sind.¹³⁷

7.2 Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Im Jahr 2015 wurde die „Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege“, ursprünglich erstellt im Jahr 2012, einer Aktualisierung unterzogen. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass die Bevölkerungsprognose (Fortschreibung der Entwicklung 2000 bis 2010) gut eingetroffen ist. Aufgrund einer Fortschreibung der Prognose bis ins Jahr 2075 ist gemäss der Studie damit zu rechnen, dass die Zahl der 80-Jährigen und Älteren (2014: 1'269) bis ins Jahr 2050 auf 3'500 Personen ansteigen und danach wieder auf 3'200 wieder wird.¹³⁸

¹³³ Art. 3octies Abs. 3 ELG.

¹³⁴ Art. 5 BPGV.

¹³⁵ Gemäss Art. 3bis ELG haben Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Liechtenstein im Falle einer Hilflosigkeit grundsätzlich Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Als hilflos im Sinne des ELG gilt, wer für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd und in erheblichem Ausmass der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Bei Betagten, welche das 65. Altersjahr vollendet haben, gilt die Hilflosigkeit als dauernd, wenn sie während drei Monaten ohne wesentlichen Unterbruch bestanden hat. Die Höhe der Hilflosenentschädigung ist nicht von Einkommen oder vom Vermögen der hilflosen Person abhängig. Derzeit werden folgende monatliche Pauschalbeträge ausgerichtet: bei schwerer Hilflosigkeit CHF 928, bei mittlerer Hilflosigkeit CHF 696 und bei leichter Hilflosigkeit CHF 464.

¹³⁶ Vgl. BuA Nr. 77/2015, S. 57.

¹³⁷ Vgl. auch Stiftung Zukunft.li (2017), S. 30.

¹³⁸ Vgl. Köppel, (2016), S. 6.

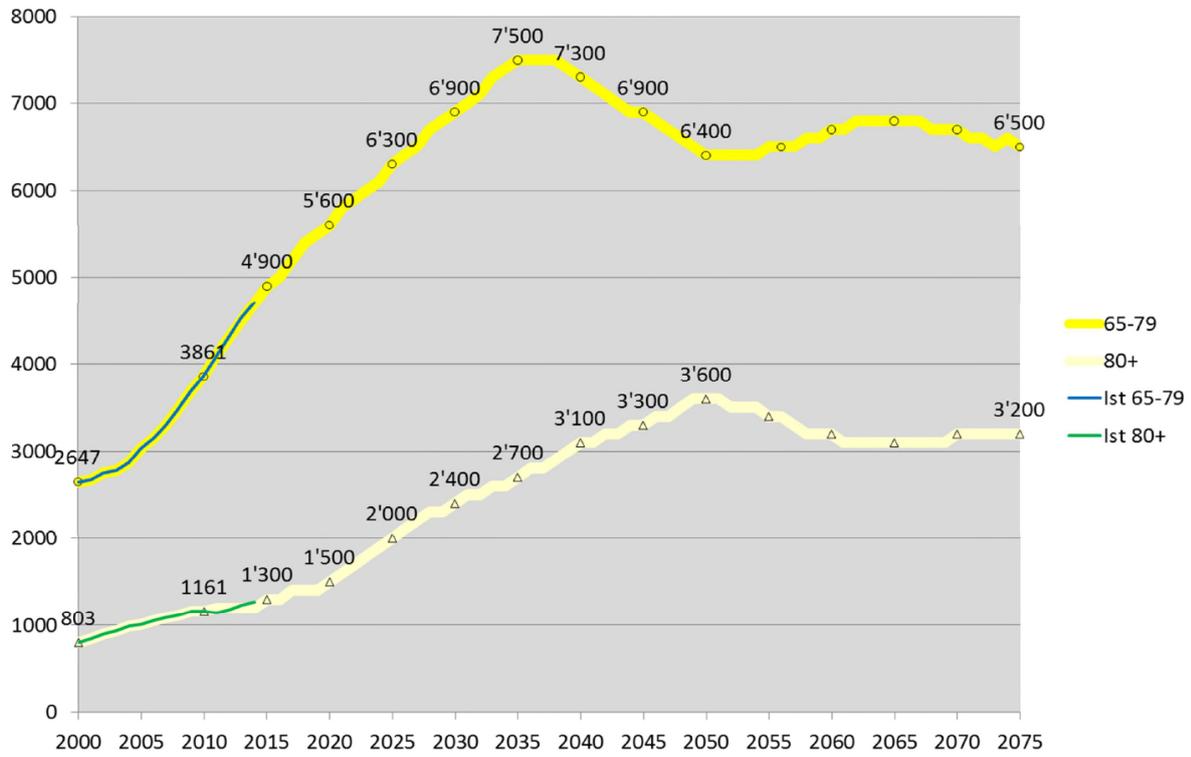


Abbildung 6: Prognose der 65-79-Jährigen und 80-Jährigen und Älteren bis ins Jahr 2075 (Fortreibungsmethode)¹³⁹

Quelle: Köppel, R. (2016), *Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege, orgavisit*, S. 7.

Als eine wesentliche Ursache dieser Entwicklung zeigt die Studie auf, wie sich die „Babyboomer“ des Jahrgangs 1968 in der Bevölkerungspyramide nach oben schieben.¹⁴⁰

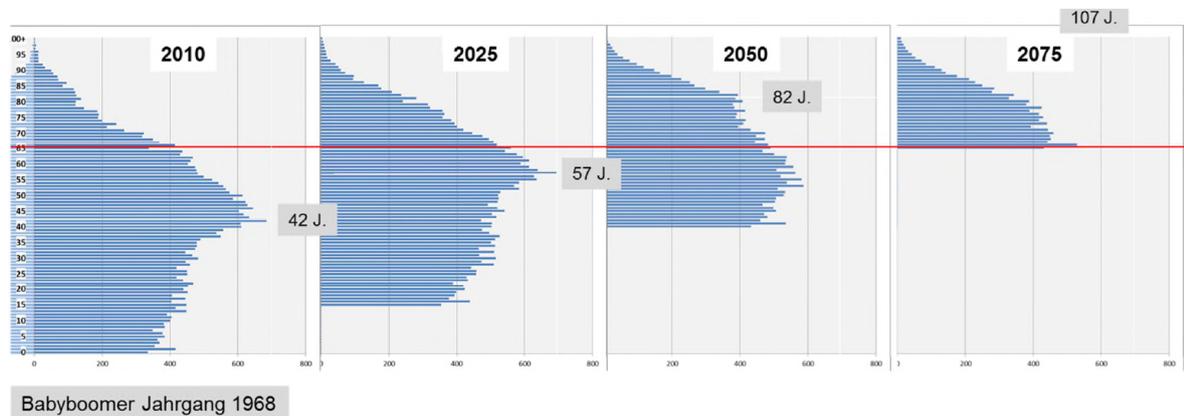


Abbildung 7: Die Babyboomer werden älter

Quelle: Köppel, R. (2016), *Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege, orgavisit*, S. 8.

¹³⁹
¹⁴⁰

Nicht berücksichtigt sind mit dieser Methode Veränderungen der Lebenserwartung und der Zu-/ Wegzüge
Vgl. Köppel, (2016), S. 15.

Im Zuge der Aktualisierung der Planung wurde weiter festgestellt, dass die Zahl der Heimbewohner pro hundert 80-Jähriger und Älterer im Vergleich zur ersten Bedarfsplanung nennenswert gestiegen ist und daher die Prognose der Pflegeplätze zu aktualisieren war. Die Kennzahl liegt 2014 näher am Schweizer Durchschnitt, ist aber immer noch relativ tief.¹⁴¹

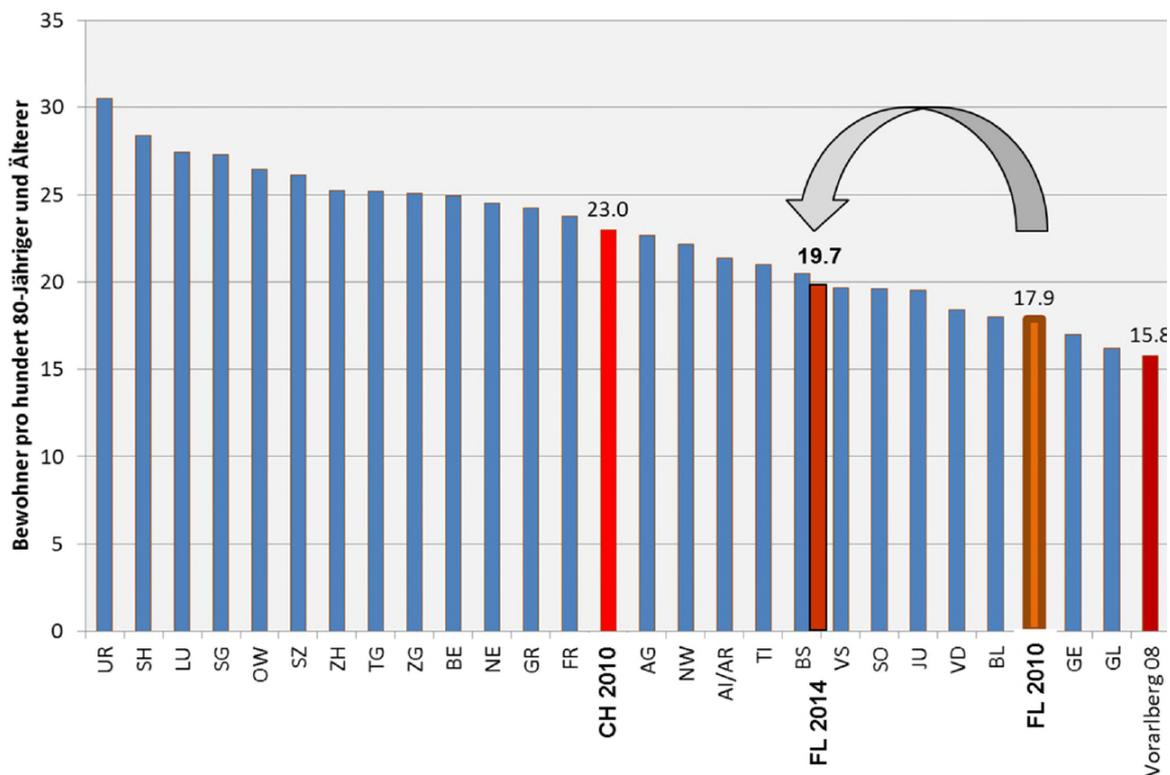


Abbildung 8: Anzahl Heimbewohner auf hundert 80-Jährige und Ältere 31.12.14 im Vergleich zu 2010 (inkl. Schweizer Kantone)

Quelle: Köppel, R. (2016), Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege, orgavisit, S. 15.

Die Studie betrachtet zwei Szenarien (proportionale und unterproportionale Veränderung des Bedarfs im Verhältnis zur Anzahl 65-79-Jähriger und 80-Jähriger und Älterer) und kommt, bei aller gebotenen Vorsicht aufgrund des langen Prognosezeitraums, zu zwei zentralen Aussagen: „1. Anstrengungen lohnen sich, um Alternativen zu finden, mit denen ein Heimaufenthalt vermieden werden kann; 2. Die Eröffnung des St. Peter & Paul wird den künftigen Bedarf an Pflegeplätzen nicht decken.“¹⁴²

Im ambulanten Sektor hatte sich zum Zeitpunkt der Aktualisierung der Bedarfsplanung viel geändert. Neben der bereits erwähnten Einführung des Pflegegeldes im Jahr 2010 kam es im Bereich der Familienhilfen zu einem Restrukturierungsprozess. Die örtlichen Familienhilfen schlossen sich 2013 zum Verein Familienhilfe Liechtenstein e.V. zusammen

¹⁴¹ Vgl. Köppel, (2016), S. 14.

¹⁴² Ebenda, S.18.

und die Familienhilfe Balzers wurde 2016 mit dem Alters- und Pflegeheim Schlossgarten zur Lebenshilfe Balzers e.V. zusammengeführt.

Die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen (ohne Betreuungsleistungen) der Familienhilfen bzw. SPITEX-Organisationen durch 80 jährige und Ältere in Liechtenstein im Vergleich mit den Schweizer Kantonen zeigt die folgende Abbildung 9.

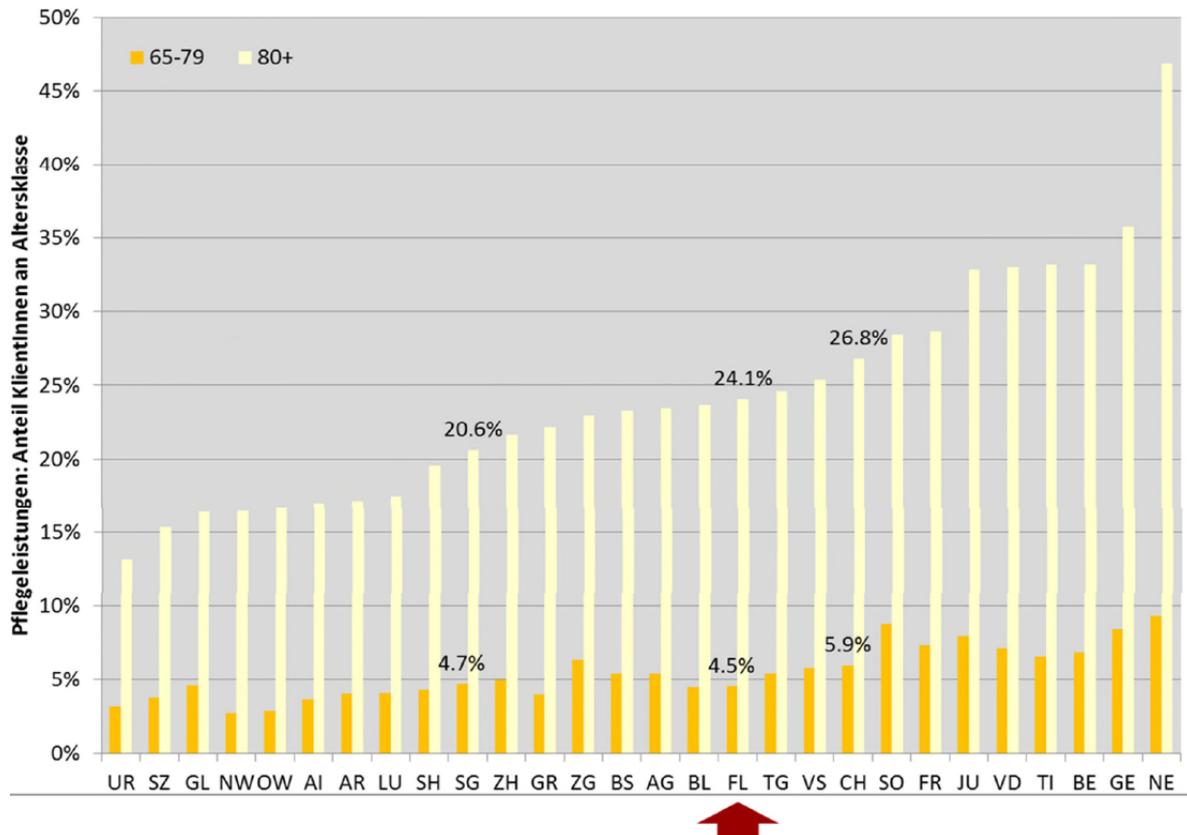


Abbildung 9: 2014 - Anteil der 65-79-Jährigen und 80-Jährigen und Älteren mit ambulanter Pflege in Liechtenstein und der Schweiz (Quelle: Schweizerisches Bundesamt für Statistik: Spitex-Statistik)

Quelle: Köppel, R. (2016), Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege, orgavisit, S.22.

Auch für den ambulanten Bereich, hier stellvertretend dargestellt durch die Entwicklung des Pflegegeldes, prognostiziert die Bedarfsplanung in den nächsten Jahren eine Phase deutlichen Anstiegs (Abbildung 10).

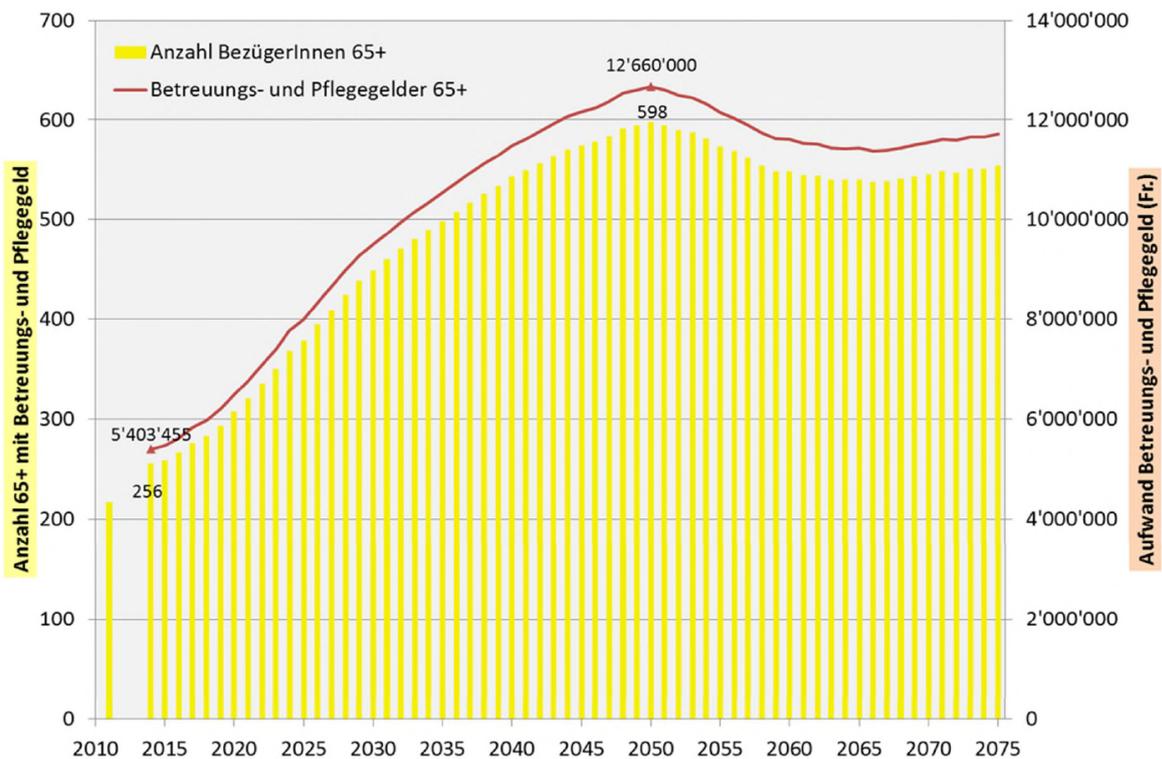


Abbildung 10: Betreuungs- und Pflegegelder für Senioren – aktualisierte Prognose

Quelle: Köppel, R. (2016), *Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege*, orgavisit, S.22.

Die demografischen Veränderungen bergen im Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege der älteren Menschen noch eine weitere grosse Herausforderung: Nicht nur der steigende Bedarf und dessen Finanzierung sind durch die zu erwartende Entwicklung beeinflusst, auch die personellen Ressourcen, welche in der Betreuung und Pflege eingesetzt werden können, nehmen im Verhältnis ab. Es ist daher wesentlich, die Attraktivität dieser Tätigkeiten, ob freiwillig oder professionell, mindestens zu erhalten bzw. zu erhöhen.¹⁴³

7.3 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

Die Alterspolitik des Landes verpflichtet sich dem Grundsatz „Betreuungsbedürftige Menschen sollen so selbst bestimmt und unabhängig leben können, wie es ihre Lebensumstände möglich machen.“¹⁴⁴

Das aktuelle Regierungsprogramm für den Bereich der Langzeitpflege steht unter dem Titel „demografische Herausforderungen meistern“ (vgl. Abschnitt 4.1). Als Ziel formuliert ist die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von betreuungs- und

¹⁴³ Auf diesen Aspekt weist beispielsweise die Stiftung Zukunft.li (2017, S. 5) ausdrücklich hin.

¹⁴⁴ BuA Nr. 51/2010, S. 341; Informations- und Beratungsstelle Alter (IBA, 2015), *Liechtensteiner Senioren Handbuch*, 3. Überarbeitung Herbst 2015, Register 1.1 ([http://www.altersfragen.li/Portals/0/Dokumente/Senioren-Handbuch%20November 2015.pdf](http://www.altersfragen.li/Portals/0/Dokumente/Senioren-Handbuch%20November%202015.pdf)).

pflegebedürftigen Menschen. Ausserdem ist die langfristige Sicherung der Sozialwerke zu gewährleisten.¹⁴⁵

„Im Bereich der Alterspflege und -betreuung gilt es, die Systeme auf das absehbare Wachstum an Anspruchsberechtigten vorzubereiten und entsprechend auszubauen. Aus diesem Grund ist ein laufendes Monitoring des Bedarfs und des Angebots an ambulanter sowie stationärer Betreuungs- und Pflegekapazität notwendig. Es ist ferner angezeigt, neue Modelle des Zusammenlebens und Wohnens im Alter zu prüfen und allenfalls bei der Entwicklung zu begleiten.“¹⁴⁶

7.4 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

7.4.1 Weiterhin bedarfsgerechter Ausbau der stationären Pflegeplätze

Die oben erwähnte Studie (Köppel 2016) bezüglich des Bedarfs an Pflegeplätzen, die regelmässig überarbeitet wird sowie die Bereitschaft der öffentlichen Hand, den erwiesenen Bedarf zu decken, stellen einen bedarfsgerechten Ausbau sicher. Die relativ kurzen Intervalle der Überarbeitungen, in der Regel sind es drei Jahre, ermöglichen, dass Entwicklungen wie beispielsweise ein späterer Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim verbunden mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer oder die Wirkungen des Betreuungs- und Pflegegelds rechtzeitig erfasst werden. Dadurch kann einerseits die Bedarfsdeckung sichergestellt und andererseits verhindert werden, dass grosse Überkapazitäten entstehen.

Zudem werden nach Praxis der LAK beim Bezug eines neuen Alters- und Pflegeheims nicht sofort alle Kapazitäten zur Verfügung gestellt. Gemäss der Entwicklung des tatsächlichen Bedarfs werden die Stationen gestaffelt in Betrieb genommen.¹⁴⁷ Da die Personalkosten den grössten Teil der Betriebskosten ausmachen, kann damit sehr gut auf kurzfristige Schwankungen reagiert werden.

Ebenso ist eine (temporäre) Platzierung in einem anderen Heim als dem vom Bewohner oder seinen Angehörigen gewünschten, leicht möglich, da Verlegungen innerhalb der LAK leicht möglich sind und die Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe Balzers sehr gut ist.

Die Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege wird regelmässig aktualisiert. Durch den eingeschlagenen Weg ist ein bedarfsgerechter Ausbau sichergestellt. Diesen Weg gilt es konsequent weiterzuführen.

Weiteres Vorgehen:

Gilt unverändert.

¹⁴⁵ Vgl. Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Regierungsprogramm 2017-2021, S.14.

¹⁴⁶ Ebenda S.13.

¹⁴⁷ Dies ist gerade wieder bei der Inbetriebnahme des neuen LAK-Hauses St. Peter und Paul in Mauren der Fall. Im November 2018 wird planmässig vorerst der Betrieb mit einer ersten Station und 18 Betten aufgenommen (vgl. Volksblatt vom 18. April 2018, „LAK liebäugelt mit Ruggell als Standort für weiteres Heim“, S.1).

7.4.2 Ausbau des Angebots und der Qualität der ambulanten Alterspflege

Im Bereich der ambulanten Pflege ist wie einleitend ausgeführt (Abschnitt 7.1) genau zu unterscheiden zwischen medizinischen (Pflege-)Leistungen, welche von den Krankenkassen finanziert werden und (Betreuungs-)Leistungen, die über das Betreuungs- und Pflegegeld, die Hilflosenentschädigung bzw. eigene Mittel der Gepflegten getragen werden.

Während die stationäre Pflege in einem streng reglementierten Umfeld erbracht wird, in dem nur zwei professionelle Anbieter am Markt sind, ist die Angebotsstruktur in der ambulanten Alterspflege und –betreuung dispers. Die ambulanten Leistungen werden erbracht durch die Familienhilfe bzw. die Lebenshilfe Balzers, von privaten Pflegeorganisationen, von frei praktizierenden Pflegekräften, von Pendelmigrantinnen, von sonstigen angestellten Betreuungs- und Pflegekräften und nicht zuletzt auch durch Familienmitglieder und Verwandte, welche auch die Möglichkeit haben, für ihre Dienste mit Mitteln des Betreuungs- und Pflegegelds sowie der Hilflosenentschädigung bezahlt zu werden.

Dieses sehr heterogene Angebot wurde wesentlich beeinflusst durch die Einführung des Betreuungs- und Pflegegelds im Jahr 2010. Anzahl Bezüger und Ausgaben sind seit der Einführung deutlich gewachsen (Tabelle 10).

Betreuungs- und Pflegegeld	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anzahl Bezüger*	244	300	326	366	390	381	408
Veränderung z.Vorjahr in %	-	23%	9%	12%	7%	-2%	7%
Ausgaben in Mio. CHF	7.01	7.64	7.63	7.52	7.79	7.87	8.51

*) Kunden auf der Leistungsseite (Dezemberzahlungen)

Tabelle 10: Entwicklung des Betreuungs- und Pflegegelds 2010 bis 2016

Quelle: AHV-IV-FAK Geschäftsbericht 2016, S. 17 und S.18 ,sowie 2014, S.15 und 16

Die Wirkung dieser relativ neuen Finanzierungsquelle entfaltet sich zunehmend auch auf der Angebotsseite. Einige Angebote sind schon gut organisiert und ausgebaut, während andere Angebote, welche auch dank dieser neuen Finanzierungsquelle erst entstehen könnten, auch nach vielen Diskussionen darüber nur rudimentär vorhanden sind. Beispielsweise haben Angebote unter dem Stichwort „Servicewohnen“, bei denen Personen mit geringerem Unterstützungsbedarf Leistungen im Bereich der Verpflegung oder der Haushaltsführung angeboten werden, noch Entwicklungspotenzial.

Konkret gibt es heute in den Gemeinden Vaduz und Schaan gemeindeeigene Seniorenwohnungen (in Vaduz: St. Florin, in Schaan: Nähe Haus St. Laurentius). Dienstleistungen wie Wäscheservice oder Mahlzeitendienst können hier von den jeweils angrenzenden LAK-Häusern bezogen werden. Auch in anderen Gemeinden sind Angebote für Seniorenwohnungen bereits vorhanden oder in Planung, beispielsweise das Projekt

RUGAS, ein Kooperationsprojekt der Gemeinden Ruggell, Gamprin und Schellenberg, und das Projekt der Lebenshilfe Balzers.¹⁴⁸

Bezüglich der Preise und Konditionen entstehen immer wieder Diskussionen, weil stark subventionierte Angebote am Markt sind. Private Anbieter sind in der Regel ausser Stande, mit den durch die Beiträge der öffentlichen Hand sehr niedrigen Preisen der Familienhilfen überleben zu können.

Die beiden Familienhilfen werden von Land und Gemeinden mitfinanziert, so dass auch in diesem Bereich der Einfluss der öffentlichen Hand auf das Angebot stark ist. Im Gegenzug zu den Subventionen haben die Familienhilfen aufgrund der abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen eine Versorgungspflicht für alle Einwohner, müssen Auflagen einhalten, beispielsweise bezüglich Erreichbarkeit, Beratung und Unterstützung von Angehörigen, Mitarbeit in fachspezifischen Projekten und Arbeitsgruppen sowie dem Angebot von Ausbildungsplätzen. Diese gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind in den mengenabhängigen Beiträgen von Land und Gemeinden mit abgedeckt.¹⁴⁹

Das Betreuungs- und Pflegegeld besteht erst seit einigen Jahren. Der Markt für ambulante Leistungen ist in Entwicklung. Dieser Markt ist im Kontext der Bedarfsplanung aufmerksam zu beobachten.

Weiteres Vorgehen:

Gilt unverändert.

7.4.3 Schaffung einer integrierten geriatrischen Versorgung

Die Versorgung von älteren Personen erfolgt durch verschiedenste Angebote, welche eines erhöhten Koordinationsaufwands bedürfen, sobald eine Person nicht mehr in der Lage ist, ihre medizinische und betreuende Versorgung selbst zu organisieren. Daher müssen in den entsprechenden Organisationen Stellen vorhanden sein, welche die Übergabe von einer Organisation an eine andere koordinieren. Beispielsweise müssen der Spitalaustritt und der Eintritt in die Übergangspflege oder Rehabilitation koordiniert werden.

Die Behandlung älterer Personen stellt eine besondere Herausforderung dar. Heilungsprozesse verlaufen wesentlich langsamer und Medikamente können anders wirken als bei jüngeren Patienten. Auch stellen demenzielle Prozesse eine besondere Herausforderung dar, insbesondere für die Diagnose von anderen gesundheitlichen Störungen und die Medikamentierung.

Bisher fehlt ein genügendes und qualitativ hochwertiges Angebot von Fachpersonen im Bereich der Geriatrie. Angesichts der demographischen Herausforderungen wird der Bedarf noch zunehmen.

¹⁴⁸ Siehe dazu <http://altersfragen.li/FragenAntworten.aspx>, <http://www.rugas.li/> sowie Volksblatt vom 13. Mai 2017, „Balzers soll Alterswohnungen erhalten“, S. 3.

¹⁴⁹ Vgl. dazu Stiftung Zukunft.li (2017), S.26f und S.63.

Als eine der wichtigsten Massnahmen ist der Aufbau einer akutgeriatrischen Abteilung am Landesspital verbunden mit entsprechenden ambulanten Leistungen zu nennen. Dies ist gegenwärtig geplant.¹⁵⁰ Unklar ist derzeit die Finanzierung der nötigen baulichen Anpassungen, da über die Ausrichtung der Spitalplanung noch Entscheide zu fällen sind.

Die Versorgung der Patienten der Pflegeheime durch Fachexperten in der geriatrischen Medizin ist ebenfalls ungenügend. Angesichts der hohen Anzahl von derzeit fast 300 Bewohnern wäre die Anstellung eines entsprechenden Facharztes bzw. die gemeinsame Nutzung des Fachwissens einer beim Landesspital angestellten Fachperson ratsam. Diesbezüglich bestehen Überlegungen, die aber ebenfalls von Entscheiden bezüglich der Spitalplanung abhängig sind.

Durch Anstellung oder Ansiedlung von Fachärzten im Bereich der Geriatrie sollte das zur qualitativ hochwertigen Behandlung älterer Personen stets neu entstehende Fachwissen in Liechtenstein zur Verfügung gestellt werden. Eine zentrale Rolle werden das Landesspital und die LAK spielen. Allerdings sind noch einige grundsätzliche Entscheide ausständig.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV1: Aufbau eines Kompetenzzentrums für das Alter

Expertenwissen aus Medizin, Pflege, Pharmazie, Therapien und Sozialarbeit sowie zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung verfügbar machen; einerseits für Health Professionals und Institutionen, die ältere Menschen betreuen, andererseits für betreuende Angehörige und Freiwillige; Berücksichtigung von neuen technologischen Entwicklungen; Beobachtung der Situation im formellen und informellen Versorgungssystem, insbesondere auch 24-h-Betreuung und verschiedene Dienstleistungen, sodass ein umfassender Überblick über die Bedarfe gewonnen und eine entsprechende Planung initiiert werden kann.

RV2: Aufbau von altersgerechten Wohnstrukturen mit Serviceleistungen

Strukturen im Grenzbereich zwischen informellem/formellen Gesundheitssystem stärken; insbes. Alterswohnungen mit Serviceangeboten; Strukturen zur Stärkung der Ressourcen pflegender Angehöriger schaffen (Tagesbetreuung, Ferienbetten); bestehende Angebote werden nicht wie erwartet genutzt; Nutzen dieser Angebote für die langfristige Tragfähigkeit der betreuenden sozialen Netze bekannt machen und in deren Finanzierung abbilden.

Weiteres Vorgehen:

Gilt unverändert.

¹⁵⁰

Vgl. die Ausführungen im BuA Nr. 54/2017, S. 31f.

7.4.4 Prüfung alternativer Methoden zur Finanzierung der Pflege

Die Finanzierung der Pflege wird eine der grossen finanziellen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte sein, da die Demographie sich rasch hin zu einer Überalterung der Gesellschaft verändert und die heutigen Umlageverfahren an ihre Grenzen stossen bzw. eine hohe Belastung für künftige Generationen erzeugen werden.¹⁵¹

Gemäss einer Zusammenstellung der Stiftung Zukunft.li¹⁵² belaufen sich die Kosten für die Pflege und Betreuung der über 64-Jährigen auf rund CHF 43 Mio. im Jahr (Basis 2015/16). Davon stammen knapp zwei Drittel oder CHF 27 Mio. aus allgemeinen Steuermitteln, 17% von den Krankenkassen, 21% von den Klienten und weitere CHF 2 Mio. aus sonstigen Quellen (Leistungen für Dritte, Spenden, Vermögensabbau).

Land und Gemeinden leisten einerseits direkt Beiträge an Institutionen, welche Pflegeleistungen erbringen. Im stationären Bereich finanziert der Staat einen Pensionsbeitrag für Kost und Logis und einen pflegestufenabhängigen Beitrag pro Tag. Ausserdem trägt die öffentliche Hand Investitionen in den Bau von Pflegeheimen sowie allenfalls verbleibende Restdefizite. Im ambulanten Bereich zahlen Land und Gemeinden einen von den erbrachten Leistungsstunden abhängigen Beitrag an die Familienhilfen.

Die **Krankenkassen** übernehmen sowohl in stationären als auch in der ambulanten Pflege vertraglich vereinbarte Beiträge, welche die OKP-relevanten Pflegeleistungen abdecken. Betreuungsleistungen fallen, wie weiter oben erläutert, nicht in den Zuständigkeitsbereich der OKP.

Schliesslich haben die zu Pflegenden selbst einen **Eigenanteil** zu tragen, welcher sich wiederum durch Zahlungen der öffentlichen Hand an die pflege- und/oder betreuungsbedürftigen Personen reduziert.

Hilflosenentschädigungen werden in Abhängigkeit vom Pflegegrad (schwer, mittel, leicht) an Personen ausbezahlt, welche Betreuungs- und Pflegeleistungen benötigen. Der Anspruch ist unabhängig von der gewählten Betreuungsform und auch unabhängig davon, ob entgeltliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Ein Nachweis über die Mittelverwendung wird nicht verlangt. Bei einem Heimaufenthalt muss die Hilflosenentschädigung allerdings an das Heim abgetreten werden.

Das **Betreuungs- und Pflegegeld** erhalten, wie weiter oben ausgeführt, Personen, die entgeltliche ambulante Betreuungs- oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Hierbei ist es nicht entscheidend, wer diese Leistungen gegen Entgelt erbringt. Es können also insbesondere auch Familienangehörige angestellt werden. Anspruch besteht in dem Fall nur, wenn der zweckkonforme Mitteleinsatz nachgewiesen werden kann.

Abbildung 11 auf Seite 69 verdeutlicht die Komplexität der Finanzierungsstruktur.

¹⁵¹ Zur Finanzierung der Alterspflege in Liechtenstein vgl. ausführlicher Stiftung Zukunft.li (2017), S. 31 ff.
¹⁵² Vgl. Stiftung Zukunft.li (2017), S. 38.

Steuern und Krankenkassenprämien sind eine Finanzierung nach dem Umlageverfahren, da mit den Einnahmen eines Jahres auch die Ausgaben dieses Jahres gedeckt werden. Es sollte daher geprüft werden, ob die Pflegefinanzierung zu einem Teil auch durch ein individuelles Ansparverfahren mit Solidaritätselementen ergänzt werden muss. Dazu ist eine Postulatsbeantwortung in Vorbereitung, welche gemäss aktuellem Stand der Planung in der zweiten Jahreshälfte 2018 veröffentlicht werden wird.¹⁵³

Das heutige reine Umlageverfahren zur Finanzierung der Alterspflege sollte teilweise durch ein Ansparverfahren mit Solidaritätskomponenten ergänzt werden. Auf Basis der in Vorbereitung befindlichen Postulatsbeantwortung sollte der Landtag die weiteren Schritte vorgeben.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV17: Suche nach Finanzierungsalternativen für die ambulante Pflege und Betreuung

Wegen der ungleichen Verteilung finanzieller Mittel können Pflege und Betreuung sehr unterschiedlich belasten; zur Sicherstellung der sozialen Gerechtigkeit soll eine neue Finanzierungsregel ausgearbeitet werden.

Weiteres Vorgehen:

Eine diesbezügliche Postulatsbeantwortung ist in Arbeit.

¹⁵³

Postulat zur zukünftigen Finanzierung von Pflege und Betreuung im Alter der Abgeordneten Jürgen Beck, Susanne Eberle-Strub, Albert Frick, Erich Hasler, Johannes Hasler, Georg Kaufmann, Manfred Kaufmann, Frank Konrad, Thomas Lageder, Violanda Lanter-Koller, Gunilla Marxer-Kranz, Eugen Nägele, Daniel Oehry, Harry Quaderer, Daniel Seger, Günter Vogt, Thomas Vogt, Christoph Wenaweser und Mario Wohlwend vom 2. Oktober 2017.

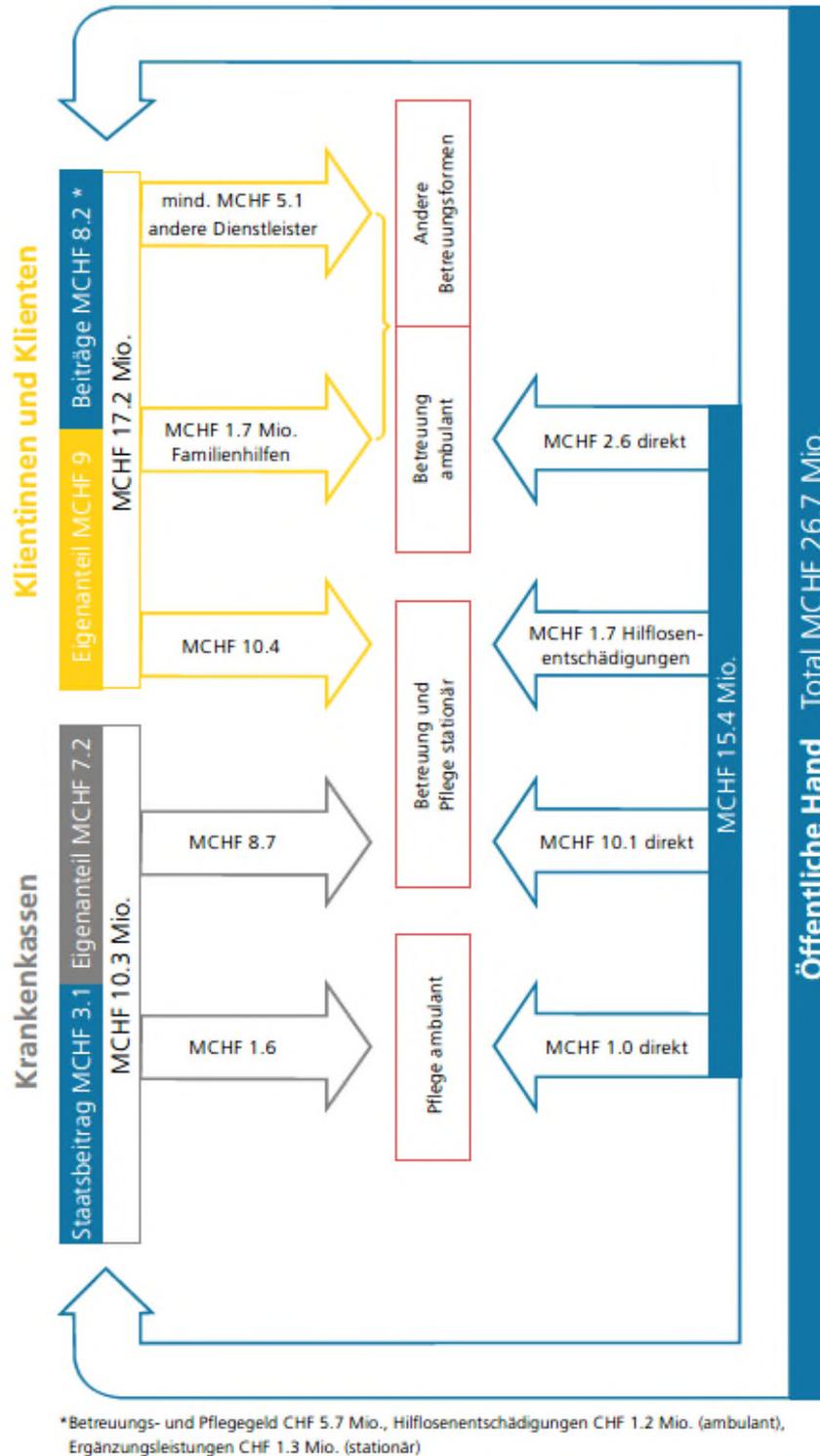


Abbildung 11: Finanzierungsstruktur Alterspflege und –betreuung 2015/2016 (in Mio. CHF)
 Quelle: Stiftung Zukunft.li (2017), Finanzierung der Alterspflege, Handlungsbedarf und Lösungsansätze, S. 39.

8 Strategiebereich IV: Versorgung mit Heilmitteln

8.1 Ausgangslage

Die Gesamtsumme der **Aufwendungen für Arzneimittel** und sonstige medizinische Verbrauchsgüter (ohne therapeutische Hilfsmittel und sonstige langlebige medizinische Güter) wird in der Gesundheitsversorgungsstatistik für 2016 mit CHF 42 Mio. angegeben.¹⁵⁴ Dies entspricht etwas über 10 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Der Anteil entspricht etwa jenem der Schweiz. In einem internationalen Vergleich liegt er eher im unteren Bereich (Abbildung 12).

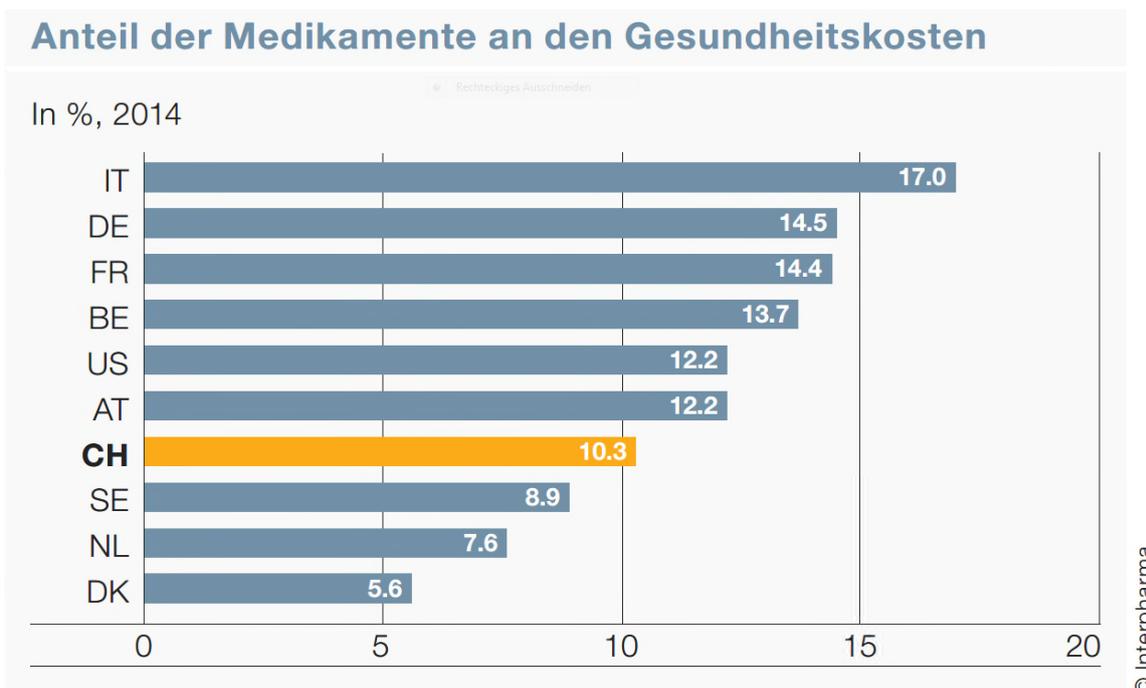


Abbildung 12: Anteil der Medikamente an den Gesundheitskosten im internationalen Vergleich
 Quelle: Interpharma Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Hg., 2017), *Pharma-Markt Schweiz*, 24. Auflage, 2017, S. 9

Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurden 2016 Arzneimittel im Wert von CHF 29.9 Mio. vergütet. Darin nicht enthalten sind die stationär in Spitälern abgegebenen Medikamente, da diese in den Abrechnungspauschalen enthalten sind und somit in den Spitalabrechnungen nicht separat ausgewiesen werden. Gemäss Arzneimittelstatistik werden pro versicherte Person im Durchschnitt 13 Medikamentenpackungen abgegeben. Die umsatzmässig bedeutendste Kategorie (rund 40% des Gesamtumsatzes) sind Stoffwechselformulierungen, die unter anderem einige sehr teure Rheumapräparate, cholesterinsenkende Medikamente und Medikamente zur Krebsbehandlung beinhalten.

¹⁵⁴

Neben den Arzneimitteln fallen darunter wie oben ausgeführt die Medizinprodukte und In-Vitro Diagnostika. Diese werden wie auch die Betäubungsmittel im Folgenden nicht näher behandelt.

Der Heilmittelbereich Liechtensteins ist durch die sehr engen Verflechtungen mit den EU-Ländern und der Schweiz charakterisiert. Die Rechtsgrundlagen werden, wie oben beschrieben, in wesentlichen Bereichen vom Ausland übernommen (siehe Abschnitt 2.2.3). Aufgrund der Kleinheit des Landes wird bei der Erfüllung wichtiger Aufgaben stark auf ausländische Ressourcen zurückgegriffen.

Insbesondere betreibt Liechtenstein keine eigenständige **Zulassung** für Arzneimittel. Diese dürfen nur in Verkehr gebracht werden, wenn ihre Wirksamkeit und Sicherheit belegt und überprüft worden sind. Liechtenstein erlaubt auf seinem Markt automatisch die vom Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic zugelassenen Präparate.¹⁵⁵ Aufgrund des Beitritts zum EWR übernimmt Liechtenstein auch die von der EU im zentralen Verfahren geprüften und genehmigten Arzneimittel und lässt sie für den liechtensteinischen Markt zu. Auf Grundlage eines bilateralen Abkommen werden Zulassungen durch die zuständige österreichische Arzneimittelbehörde automatisch in Liechtenstein anerkannt, falls dies der Antragssteller bei der österreichischen Arzneimittelbehörde beantragt.¹⁵⁶

Wer in Liechtenstein Arzneimittel **herstellen** und/oder damit **handeln** will, benötigt eine Bewilligung des Amtes für Gesundheit. Voraussetzung ist, dass die Betriebe die international anerkannten Regeln der Guten Herstellungspraxis bzw. Guten Vertriebspraxis einhalten. Inspektionen zur Überprüfung der Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen werden im Auftrag des Amtes für Gesundheit von der Regionalen Fachstelle Zürich durchgeführt. Herstellungs- und Grosshandelsbetriebe werden auch im laufenden Betrieb in regelmässigen Abständen inspiziert. Öffentliche Apotheken bzw. Drogerien können Arzneimittel nach eigener Formel in kleinen Mengen herstellen. Die Präparate sind nicht zulassungspflichtig, müssen aber dem Amt für Gesundheit gemeldet werden.

Arzneimittel können die Gesundheit schädigen, z.B. wenn sie nicht richtig angewendet werden, wenn Nebenwirkungen auftreten, aber auch wenn sie Mängel aufweisen. Deshalb ist eine kontinuierliche **Überwachung der Arzneimittel** durch die Behörden von der Herstellung weg bis zu ihrer Entsorgung wichtig. Der liechtensteinische Markt ist im Rahmen des Zollvertrags in das schweizerische Überwachungsnetz von Swissmedic eingebunden. Die im EWR zugelassenen Arzneimittel werden im europäischen Überwachungssystem erfasst. Unerwünschte Wirkungen und Qualitätsmängel der im Geltungsbereich des Abkommens mit Österreich zugelassenen Arzneimittel sind an das Amt für Gesundheit zu melden.

Die zugelassenen Arzneimittel dürfen in Apotheken und Arztpraxen mit Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke **abgegeben** werden. Drogerien und Naturheilpraktiker mit Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke dürfen Arzneimittel in ihrem Kompetenzbereich abgeben. Diese Einrichtungen werden vom Amt für Gesundheit beaufsichtigt, welches sich bei den durchzuführenden Inspektionen nach den Leitlinien

¹⁵⁵ Seit dem 1. Juni 2005 werden Swissmedic-Zulassungen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen allerdings nicht mehr automatisch in Liechtenstein anerkannt. Die Anerkennung erfolgt erst mit einer zeitlichen Verzögerung, in der Regel nach 12 Monaten. Dabei werden diese Arzneimittel in der NCE-Negativliste erfasst (= Liste der schweizerischen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die in Liechtenstein nicht zugelassen sind).

¹⁵⁶ Siehe <https://www.llv.li/#/11591/zugelassene-arzneimittel>

der Kantonsapothekerinnen und Kantonsapotheker der Region Ost- und Zentralschweiz und den Leitlinien der schweizerischen Kantonsapothekervereinigung richtet.

Der **Import** und die Verwendung nicht zugelassener Arzneimittel sind nur unter bestimmten Umständen möglich. Aus Österreich dürfen jene Arzneimittel, für die aufgrund des erwähnten Abkommens eine Zulassung für Liechtenstein beantragt und erteilt wurde, nach Liechtenstein importiert werden. Privatpersonen dürfen ausländische Arzneimittel in kleinen Mengen (in der Regel ein Monatsbedarf) ausschliesslich für den Eigengebrauch einführen. Apotheken und Drogerien können in Einzelfällen für Kunden Arzneimittel aus dem EWR besorgen, wenn sie die gesetzlich definierten Auflagen beachten. Ärzte dürfen Arzneimittel aus dem Ausland für einzelne Patienten importieren, wenn sie dafür eine Sonderbewilligung von Swissmedic haben oder wenn sie im Rahmen der Führung einer Praxisapotheke die definierten Voraussetzungen erfüllen.

Arzneimittel werden auch im Internet angeboten. **Versandhandel** und damit auch Internethandel mit Arzneimitteln ist in Liechtenstein möglich. Gesetzlich ist diese Regelung dahingehend umgesetzt, dass der Versandhandel grundsätzlich verboten ist und Ausnahmen dieses Verbots definiert werden. Ausnahmen sind der Versand im Inland durch liechtensteinische Apotheken mit einer Bewilligung des Amtes für Gesundheit sowie nach Liechtenstein durch Apotheken eines anderen EWR-Mitgliedstaates, die nach den dort geltenden Rechtsvorschriften dazu befugt sind.¹⁵⁷ Privatpersonen dürfen rezeptfreie und rezeptpflichtige Arzneimittel in definierten Mengen per Versandhandel beziehen.

Wie bei der Zulassung stützt sich Liechtenstein auch bei der **Preisbildung** für Arzneimittel grundsätzlich auf die Schweiz. Das Bundesamt für Gesundheit erstellt sowohl die Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste, SL) als auch die Liste der in der Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe mit Tarif (ALT). Die Listen enthalten diejenigen Preise bzw. Tarife, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) höchstens vergütet werden. Diese Preise kommen auch in Liechtenstein zur Anwendung.¹⁵⁸

Das Bundesamt für Gesundheit überprüft routinemässig alle drei Jahre sämtliche Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste aufgeführt sind daraufhin, ob sie die Aufnahmebedingungen noch erfüllen. Geprüft werden die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit. Letztere erfolgt auf Basis eines **Auslandspreisvergleichs** mit den Referenzländern Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, Niederlande, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden sowie eines **therapeutischen Quervergleichs** auf Basis der in der Spezialitätenliste aufgeführten Originalpräparate, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden. Daraus ergibt sich ein zulässiger Höchstpreis. Wird dieser überschritten, verfügt das Bundesamt für Gesundheit eine Preissenkung auf den ermittelten Höchstpreis.

¹⁵⁷ Vgl. Art. 40c und 40d des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arzneimittelgesetz; EWR-AMG), LGBl. Jahrgang 1998 Nr. 45 i.d.F. LGBl. 2016 Nr. 365.

¹⁵⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>

Santésuisse, als führende Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer, anerkennt die Wirksamkeit dieser Massnahme. Über die Zeit hätten die Ausgaben für Medikamente wohl laufend zugenommen. Allerdings konnte das Wachstum durch die Anpassung an den durchschnittlichen Preis der Vergleichsländer gedämpft werden.¹⁵⁹

Als eine spezielle Massnahme hat Liechtenstein darüber hinaus vor einigen Jahren die sogenannte „**Co-Marketing-Regelung**“ eingeführt.¹⁶⁰ Diese bezieht sich auf Produkte eines Herstellers (Autogenerika oder Co-Marketing-Produkte), die bis auf die Verpackung vollständig ident mit dem Originalpräparat sind. Sie werden üblicherweise vom Hersteller kurz vor dem Patentablauf eines umsatzträchtigen Produktes eingeführt, um den Markt nicht zur Gänze günstigeren Generika zu überlassen. Bei den in der Krankenversicherungsverordnung namentlich gelisteten Produkten übernimmt die OKP jeweils nur den Preis des günstigeren Co-Marketing-Präparates.¹⁶¹

8.2 Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Zentrales Thema der Heilmittelversorgung ist und bleibt der Zugang zu bezahlbaren, wirksamen und sicheren Arzneimitteln.

Ein aktueller Trend ist die Verfügbarkeit von immer mehr Medikamenten gegen seltene Krankheiten, das sind Krankheiten, die weniger als einmal pro 2'000 Einwohner pro Jahr auftreten. Insgesamt sind rund 6'000 bis 8'000 solcher „Orphan Diseases“ bekannt. Die Schweiz hat Ende 2014 ein nationales Konzept „Seltene Krankheiten“ verabschiedet, um die Situation von betroffenen Menschen zu verbessern.¹⁶²

Ein häufig artikuliertes Thema betrifft Versorgungsschwierigkeiten bei Arzneimitteln. Eine vom Bundesamt für Gesundheit diesbezüglich in Auftrag gegebenen Studie kam zum Ergebnis: „Obschon sie nur einen kleinen Teil der auf dem Markt verfügbaren Arzneimittel betreffen, bestehen mitunter schwerwiegende Engpässe, wobei das Phänomen zwar nicht neu ist, sich in den letzten Jahren aber zusehends verschärft hat. Diese Entwicklung trifft insbesondere auf die USA zu (...) scheint aber zunehmend auch für Europa und in der Schweiz bedeutsam zu werden. Allerdings gilt es dazu einschränkend zu sagen, dass die Datenlage und damit die empirische Evidenz insgesamt beträchtliche Lücken aufweist. Insbesondere über die Schweiz und Europa finden sich in der Literatur kaum Daten, die die postulierten Versorgungsprobleme empirisch fundiert belegen könnten.“¹⁶³

8.3 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

Prinzipiell knüpft der Staat im Heilmittelbereich an verschiedene Punkte an: Bei der Produktion und Zulassung von Arzneimitteln, bei deren Vertriebskanälen, bei der Preisbildung und bei der Vergütung durch Sozialversicherungsträger.

¹⁵⁹ Vgl. <http://www.santesuisse.ch/de/tarife-leistungen/ambulante-leistungen/medikamente/>

¹⁶⁰ Vgl. Art. 52b der Krankenversicherungsverordnung (KVV), eingeführt mit LGBl. 2012 Nr. 249.

¹⁶¹ Vgl. Anhang 2abis KVV

¹⁶² Vgl. Interpharma (2017), S.32.

¹⁶³ Rielle, Y., Kaufmann, D. (2013), Literaturrecherche zur Versorgungssicherheit von Arzneimitteln in der Schweiz Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Bern, S. 14.

Im Bereich der Herstellung, Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln verlässt sich Liechtenstein grösstenteils auf das Ausland. Der Verzicht auf eine eigenständige Zulassungs-, Marktüberwachungs- und Preisbildungsinstanz für Arzneimittel ist für Liechtenstein mit einem grossen Know-How- und Kostenvorteil verbunden. Die hierfür notwendigen Ressourcen könnten wenn überhaupt nur mit erheblichem Aufwand im Inland bereitgestellt werden. Der (Zusatz-)Nutzen eines eigenständigen Heilmittelinstituts im Land würde diesen kaum aufwiegen.

Im Hinblick auf **Versorgungspolitische und Souveränitätsziele** birgt die enge Abhängigkeit von der Schweiz ein gewisses Risikopotenzial, etwa bei Lieferengpässen. Durch die Zugehörigkeit zum EWR und das bilaterale Abkommen mit Österreich verfügt Liechtenstein - zumindest prinzipiell - über Alternativen. Da die in Liechtenstein benötigten Mengen klein sind, lassen sich meist schnell Lösungen finden.

Bei der **Qualität** kommt der Nutzen ausländischer Qualitätssicherungssysteme voll zum Tragen. Die Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Zulassung und Überwachung von Medikamenten ist faktisch zur Gänze an die Schweiz bzw. ans EWR-Ausland ausgelagert. In jenen Bereichen, wo die inländische Behörde kontrollierend tätig wird (Stichwort Inspektionen), kann sie sich entweder auf den Beizug Schweizer Experten stützen oder nimmt zumindest Bezug auf dortige Best-Practice-Modelle.

Dem unbestrittenen Kostenvorteil des Abstützens auf den grösseren Nachbarn steht als Nachteil gegenüber, dass die Schweiz, sicher nicht zuletzt aufgrund der volkswirtschaftlichen Bedeutung der eigenen Pharmaindustrie, im internationalen Vergleich tendenziell **höhere Medikamentenpreise** aufzuweisen hat. Im September 2016 waren bei einem Wechselkurs von CHF 1.07 pro Euro die rund 250 umsatzstärksten patentgeschützten Originalpräparate laut dem gemeinsamen Auslandpreisvergleich von santésuisse und Interpharma in der Schweiz 14% teurer als im Durchschnitt der neun Vergleichsländer, die bei der Preisfestsetzung durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) herangezogen werden (Abbildung 13 auf Seite 75).

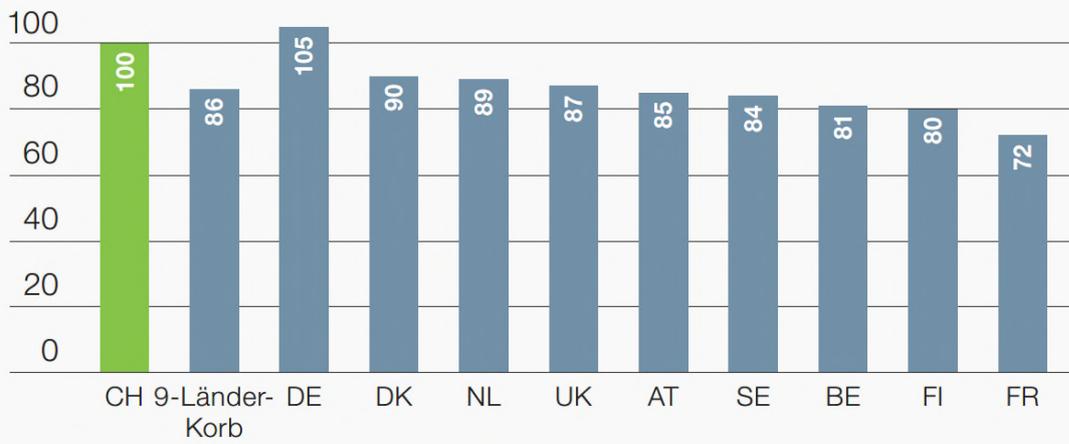
In der Darstellung des Verbandes der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Interpharma) wird der Preisunterschied primär auf die Wechselkursentwicklung zurückgeführt. Der Verband räumt aber selbst ein, dass eine Preissenkung um beispielsweise 10% für die Branche zu einem weltweiten Umsatzrückgang von fast CHF 1'108 Millionen führen würde und warnt davor, dass starke Preissenkungen Unternehmensentscheidungen über die Einführung innovativer Medikamente beeinflussen und zu Verzögerungen der Einführung von Produkten im Schweizer Markt führen könnten.¹⁶⁴

¹⁶⁴

Vgl. Interpharma (2017), S.92.

Medikamentenpreisvergleich Schweiz–Ausland

Top-250-Originalpräparate, 9-Länder-Korb (Wechselkurs CHF/EUR: 1.07), Preise von September 2016



© Interpharma

Quelle: Gemeinsamer Auslandpreisvergleich santésuisse und Interpharma, April 2017.

Abbildung 13: Medikamentenpreisvergleich Schweiz-Ausland

Quelle: Interpharma Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Hg., 2017), *Pharma-Markt Schweiz*, 24. Auflage, 2017, S. 89

Beim dargestellten Medikamentenpreisvergleich ist zu beachten, dass Originalpräparate verglichen wurden. Aufgrund der Regelungen in einigen Ländern (z.B. Festpreisregelung in Deutschland) sind Generika aber erheblich günstiger als in der Schweiz, die Preisunterschiede sind somit bedeutend höher als bei Originalpräparaten. Patentabgelaufene Originalpräparate waren in der Schweiz im Jahr 2017 um 20% teurer als im Durchschnitt der Vergleichsländer. Bei Generika beträgt der Unterschied 53%.¹⁶⁵

Durch die Bindung der inländischen Preise an die Schweizerische Spezialitätenliste profitiert Liechtenstein wiederum automatisch von den regelmässigen Überprüfungen auf Basis von Preisvergleichen und den daraus resultierenden Preissenkungsmassnahmen. Laut Angaben des Bundesamtes für Gesundheit hat dieses im Jahr 2017 die Preise von mehr als 400 Arzneimitteln um durchschnittlich rund 18% gesenkt.¹⁶⁶ Der für die Schweiz festgestellte Beitrag dieser Massnahme zur **Dämpfung der Kostenentwicklung** wirkt sich auch in Liechtenstein aus. Die Ausgaben für Medikamente sind von weiteren Faktoren beeinflusst. In der OKP sind sie jedenfalls zwischen 2007 und

¹⁶⁵ Angaben gemäss dem erwähnten gemeinsamen Auslandpreisvergleich, vgl. Medienkonferenz der santésuisse vom 6.4.2017, http://www.santesuisse.ch/de/details/content/auslandpreisvergleich_medikamente_14_preisdifferenz_bei_patentgeschuetzten_medikamenten_53_preisunterschied_bei_generika/

¹⁶⁶ Vgl. Medienmitteilung des Bundesamtes für Gesundheit betreffend Einsparungen von 190 Millionen Franken bei den Arzneimitteln vom 22.3.2018.

2016 mit durchschnittlich 2.2% p.a. weniger stark gestiegen, als die Bruttoleistungen insgesamt im selben Vergleichszeitraum (3.3%).¹⁶⁷

Liechtenstein kann keinen direkten Einfluss auf die Medikamentenpreise nehmen (Einkaufspreise). Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten bestehen aber hinsichtlich der Vergütung von Medikamenten durch die OKP. Mit der eigenständig eingeführten Co-Marketing-Regelung konnten in diesem Bereich positive Auswirkungen auf die OKP-Kosten erzielt werden. In den Jahren 2015 und 2016 wurden mit Hilfe dieser Massnahme Ersparnisse in Höhe von jährlich CHF 750'000 - 800'000 im Vergleich zu den Preisen der entsprechenden Originalpräparate erzielt. Mit der Aufnahme weiterer Präparate im Laufe von 2017 und 2018, darunter das umsatzstarke Crestor, ein Cholesterinsenker, werden die Kostenvorteile für die Krankenversicherung auf deutlich über CHF 1 Mio. steigen. In diesem Bereich sind weitere Massnahmen denkbar (Abschnitt 8.4.1). Weitgehend souveränen Gestaltungsspielraum gibt es ausserdem im Bereich der Bezugs- und Vertriebskanäle (Abschnitt 8.4.2).

Im Bereich der Spitalversorgung sind die Medikamentenkosten bei stationärer Behandlung in der Fallkostenpauschale inbegriffen. Die Spitäler kaufen die Medikamente zu wesentlich günstigeren Konditionen ein als die oben genannten Preise der Spezialitätenliste. Zudem setzen sie in der Regel wo immer möglich Generika ein.

8.4 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

8.4.1 Referenzpreissystem für Generika

Der **Generikaanteil** beträgt auf Basis der Werkspreise in Liechtenstein 13.4% (2016). Er ist in den letzten Jahren steigend und entspricht aktuell dem für die Schweiz gemessenen Anteil. Der effektive Generikaanteil beträgt dabei nur etwa ein Drittel der maximal möglichen Quote (39.4%, Basis: all jene Medikamente, für die ein Generikum existiert). Zwei Drittel des Sparpotenzials durch Generika bleiben hierzulande also ungenutzt.¹⁶⁸

In Ländern, die zum Teil gezielt Regeln für den bevorzugten Einsatz von Generika eingeführt haben, ist dieser Anteil bedeutend höher. In Deutschland haben Generika, gemessen an den abgegebenen Tagestherapiedosen, einen Anteil von 77% an der gesamten Arzneimittelversorgung.¹⁶⁹

Es gibt verschiedene Massnahmen zur Erhöhung des Generikaanteils. Die stärkste Massnahme wäre eine generelle Substitutionspflicht bei Vorhandensein eines Generikums, wie sie etwa skandinavische Länder kennen. Einen Vorstoss in diese Richtung gab und gibt es bisher in Liechtenstein nicht. Die oben beschriebene Co-Marketing-Regelung war ein erster Schritt in diese Richtung.

¹⁶⁷ Quelle: Amt für Statistik (2017c), Krankenkassenstatistik 2016, Tab. 8.15. Die Arzneimittelkosten sind in dieser Darstellung wie üblich ohne die bei stationären Spitalbehandlungen abgegebenen Medikamente. Nimmt man als Vergleichswert auch die Gesamtkosten ohne Spital stationär so ergibt sich ein durchschnittlicher Zuwachs von 2007-2016 von 2.7%. Die Aussage trifft also weiterhin zu, wenngleich in etwas abgeschwächter Form.

¹⁶⁸ Vgl. Amt für Statistik (2017c), Krankenkassenstatistik 2016, S. 11f.

¹⁶⁹ Quelle: Pro Generika (2016), Generika in Zahlen, Marktdaten.

In Liechtenstein gab es zwischen 2007 und 2016 einen höheren Selbstbehalt für Originalpräparate gegenüber Generika.¹⁷⁰ Bei Originalarzneimitteln waren statt 10% Selbstbehalts 20% zu entrichten. Der Generikaanteil auf Basis des Umsatzes zu Werkpreisen ist von 8.8% in 2010 auf 13.4% in 2016 angestiegen.¹⁷¹ Inwieweit dies ursächlich auf die Selbstbehaltsregelung zurückzuführen ist, kann nicht beurteilt werden, vor allem da keine Daten über die Zeit vor der Einführung verfügbar sind. Im Zuge der Erhöhung der allgemeinen Selbstbeteiligung ab Anfang 2017 wurde die Bestimmung abgeschafft bzw. ist in dieser aufgegangen. In der Schweiz gelangt ebenfalls ein erhöhter Selbstbehalt (20% statt 10%) zur Anwendung, wenn das Patent eines Wirkstoffes abgelaufen ist und deswegen Generika erhältlich und in der Spezialitätenliste enthalten sind und ausserdem der Fabrikabgabepreis einen festgelegten Grenzwert überschreitet.¹⁷² Interpharma führt die dortige Erhöhung des Generikaanteils seit 2005 auf den differenzierten Selbstbehalt zurück.¹⁷³

Ein wirksames Instrument ist die beschriebene Co-Marketing-Regelung, welche sich in analoger oder leicht modifizierter Form auch auf Generika im Allgemeinen anwenden lässt. Um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen und damit den Anstieg der Krankenkassenprämien zu verlangsamen, hat der Schweizerische Bundesrat im März 2018 ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet, welches im Herbst 2018 in die Vernehmlassung geschickt werden soll. Ein Teil dieses Pakets soll ein solches **Referenzpreissystem** bei patentabgelaufenen Arzneimitteln sein. Bei wirkstoffgleichen Medikamenten soll künftig nur noch ein kostengünstiger Referenzpreis von der Grundversicherung vergütet werden. Der Referenzpreis soll im Vergleich mit dem Ausland festgelegt werden. Patienten, die ein teureres Arzneimittel beziehen möchten, müssten die Preisdifferenz selbst bezahlen.¹⁷⁴

Liechtenstein nützt bislang die möglichen preislichen Vorteile eines verstärkten Einsatzes von Generika nur in geringem Umfang. Die Schweiz will die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Originalarzneimittel im Herbst 2018 in die Vernehmlassung schicken. Die Entwicklung ist zu verfolgen und die Übernahme einer allenfalls resultierenden Regelung zu prüfen.

Update 2020:
Gilt unverändert.

8.4.2 Bezugsquellen und Vertriebskanäle für Arzneimittel

In der politischen Diskussion werden für die Medikamentenabgabe immer wieder Reformanstösse eingebracht, die an unterschiedlichen Stellen der Vertriebskette von Arzneimitteln ansetzen.

¹⁷⁰ Art. 81a KVV

¹⁷¹ Vgl. Amt für Statistik (2017c), Krankenkassenstatistik 2016, Tab.12.

¹⁷² <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel/Differenzierter-Selbstbehalt-bei-Arzneimitteln.html>

¹⁷³ Vgl. Interpharma (2017), S.28.

¹⁷⁴ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Medienmitteilung zu Massnahmen des Bundesrats gegen das Kostenwachstum im Gesundheitswesen, Bern 29.03.2018.

Auf der Seite des Einkaufs von Arzneimitteln ist der EWR-Import ein öfter gehörtes Stichwort. Den erwarteten preislichen Einsparungen stehen administrative und damit kostenrelevante Hindernisse, insbesondere im Bereich der Marktüberwachung und der Zollabwicklung bei Import durch Privatpersonen, gegenüber.

Hinsichtlich der Vertriebskanäle ist neben der viel diskutierten Selbstdispensation die Möglichkeit des Direktversandes durch die Krankenkassen, welche zu wesentlich günstigeren Konditionen einkaufen könnten, z.B. von Medikamenten für Langzeittherapien, angesprochen. Insbesondere würde auch die Marge des Endpunkts des Vertriebskanals entfallen. Zusammen mit den günstigeren Einkaufskonditionen wären Einsparungen von über 30% möglich¹⁷⁵. Allerdings würde den Ärzten und Apothekern diese Marge entgehen, zumindest für diejenigen Medikamente, die regelmässig über längere Zeit eingenommen werden müssen und bei denen ein Versand sinnvoll ist.

Alternative Vergütungsmodelle für die Abgabe von Arzneimitteln sind ein weiterer Ansatzpunkt. Anders als bei einer margenabhängigen Entlohnung sollen diese keinen Anreiz in Richtung der Abgabe von möglichst vielen und möglichst teuren Medikamenten beinhalten.

Das Thema Selbstdispensation wurde im Vernehmlassungsbericht zur KVG-Revision aus dem Jahr 2014¹⁷⁶ zur Diskussion gestellt, fand dann aber keine Aufnahme in den Gesetzesentwurf. Im Zuge der Revision des Heilmittelgesetzes im Jahr 2015 wurden, wie weiter oben ausgeführt, für Liechtenstein insbesondere jene Regelungen getroffen, bei denen in der Schweiz kantonaler Gestaltungsspielraum besteht. Einige Schweizer Kantone nützten diesen Spielraum, um ein Selbstdispensationsverbot für Ärzte bzw. Zahnärzte zu erlassen. Liechtenstein hat kein solches Verbot eingeführt.¹⁷⁷

Darüber hinaus wurden die Potenziale und Grenzen der Gestaltung der Lieferkette für Arzneimittel bislang für Liechtenstein nicht systematisch untersucht.

Die Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten inklusive alternativer Vergütungsmodelle im Bereich der Bezugsquellen und Vertriebskanäle von Arzneimitteln sind vertieft zu analysieren. Verbesserungen, die in der Schweiz eingeführt werden, sind zu übernehmen.

Update 2020:
Gilt unverändert.

¹⁷⁵ Gemäss Amt für Statistik (2017c), Krankenkassenstatistik 2016 (S. 62) liegen die Werkpreise aller in Liechtenstein verkauften Medikamente 31% unter den Marktpreisen.

¹⁷⁶ Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) und weiterer Gesetze vom 8. Juli 2014 (RA 2014-875), S. 81 ff.

¹⁷⁷ Vgl. dazu die Ausführungen im BuA Nr. 51/2014 und BuA 110/2014.

9 Strategiebereich V: Gesundheitsförderung und Prävention

9.1 Ausgangslage

Nichtübertragbare Krankheiten (engl. noncommunicable diseases, kurz NCDs) wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- sowie chronische Atemwegserkrankungen sind auch in Liechtenstein die häufigsten Todesursachen. Mit Massnahmen, die eigentlich zum Allgemeinwissen gehören, könnten die Erkrankungsraten wesentlich gesenkt werden. Es geht im Wesentlichen darum, die Risikofaktoren Alkohol- und Tabakkonsum zu vermindern und die Schutzfaktoren Ernährung und Bewegung zu stärken.

Die Bemühungen des Landes fokussieren auf genau diese Bereiche. Mit Aktionen und Projekten macht das Amt für Soziale Dienste im Rahmen seiner Suchtprävention auf die Gefahren von übermässigem Alkohol- und Tabakkonsum insbesondere bei Jugendlichen aufmerksam und vermittelt Möglichkeiten, diese Risikofaktoren zu beseitigen bzw. zu vermindern. Das Amt für Gesundheit macht ebendies in Bezug auf die Schutzfaktoren Ernährung und Bewegung. Mit einer gesunden Ernährung und ausreichender regelmässiger Bewegung soll der individuelle Schutz vor einer Erkrankung gesteigert werden. Auch dabei stehen einerseits die Information, vor allem aber auch die konkreten und bereits vorhandenen Möglichkeiten und Angebote im Land im Vordergrund. Sowohl bei der Prävention im Rahmen der Risikofaktoren wie auch bei der Förderung der Schutzfaktoren treten die Ämter als Vermittler von bereits vielfältig bestehenden Möglichkeiten auf. Es werden z.B. nicht vom Amt für Gesundheit neben den vielen in Liechtenstein zur Verfügung stehenden Bewegungsangeboten nochmals neue Angebote geschaffen. In einem eigens dafür aufgebauten Internet-Auftritt können „Anbieter“ von Bewegungsmöglichkeiten ihre Angebote bekannt machen und „Bewegungssuchende“ können mit diversen Suchmöglichkeiten unter den abwechslungsreichen Angeboten auswählen.

Daneben ist das Amt für Gesundheit jeweils in Zusammenarbeit mit den benachbarten Ostschweizer Kantonen in den Bereichen Betriebliches Gesundheitsmanagement und Psychische Gesundheit tätig.

9.2 Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Aufgrund der demographischen Entwicklung werden die NCDs zunehmen. Diesbezüglich werden die Bemühungen in Bezug auf die Risikofaktoren und auf die Schutzfaktoren verstärkt werden müssen. Ebenso wird wohl der Fokus auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement und die Prävention psychischer Erkrankungen ausgebaut werden müssen.

Die erkannten grössten Herausforderungen:

- Massnahmen erreichen nicht in ausreichendem Masse diejenigen Menschen, die am dringendsten erreicht werden sollen.
- Die Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht in ausreichendem Masse in den Versorgungsbereich integriert.
- Das Arbeitsumfeld könnte einen noch grösseren Beitrag leisten.

9.3 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“¹⁷⁸ Ein gesundheitsförderliches Umfeld, bewegungsförderliche Strukturen und ein gesunder Lebensstil sollen dabei helfen, das Auftreten nicht übertragbarer Krankheiten zu verhindern.

Die Gesundheitsförderung bezweckt die Erhaltung und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Die Prävention dient der Früherkennung von Risikofaktoren sowie der Verhütung von Krankheiten und Unfällen.¹⁷⁹ Durch gezielte Aktivitäten sollen gesundheitliche Schädigungen verhindert, weniger wahrscheinlich gemacht oder verzögert werden.

Gesundheitsförderung und Prävention tragen dazu bei, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen zur Behandlung von Krankheiten gar nicht entsteht bzw. geringer wird. Die Förderung des eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens sowie der individuellen Gesundheitskompetenz und Kostensensibilität hat langfristig positive Auswirkungen auf die Kosten des Systems.¹⁸⁰

9.4 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

Um für die Herausforderungen der Zukunft gewappnet zu sein, wird es nicht genügen, einfach mehr vom Gleichen zu machen. Die oben genannten Herausforderungen für Liechtenstein sind im internationalen Umfeld nicht einzigartig. Die Schweiz hat genau dazu Massnahmen in drei Massnahmenbereichen definiert:¹⁸¹

1. Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention spricht Menschen in ihrem Alltag (Setting) an und zielt darauf ab, die Risikofaktoren in Bevölkerungsgruppen konzentriert anzugehen. Die Programme werden in erster Linie auf kantonaler Ebene geplant und durch NGOs, Städte und Gemeinden umgesetzt (Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“).

2. Prävention in der Gesundheitsversorgung richtet sich an Menschen, die in Kontakt stehen mit dem Gesundheitssystem, weil sie erhöhte Erkrankungsrisiken aufweisen oder bereits erkrankt sind. Die Massnahmen in diesem Bereich verankern die Prävention in der medizinischen Versorgungskette. Eine besondere Rolle kommt dabei den Multiplikatoren, also der Ärzteschaft, dem Pflegepersonal und weiteren Fachpersonen zu (Handlungsfeld „Prävention in der Gesundheitsversorgung“).

3. Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt betont die Rolle der Wirtschaft für die Gesundheit der Bevölkerung sowohl als Arbeitgebende als auch als Produzierende von Dienstleistungen und Produkten. Die Massnahmen in diesem Bereich sind freiwillig und

¹⁷⁸ Quelle: WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

¹⁷⁹ Gemäss Zweckbestimmung in Art. 4 des Gesundheitsgesetzes (GesG), LGBl. 2008, Nr. 30.

¹⁸⁰ Vgl. auch Department Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (2015), S. 61.

¹⁸¹ Zitiert aus: Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016), Massnahmenplan in Kürze zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie 2017-2024).

können dank des Engagements der Wirtschaft umgesetzt werden (Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“).

Liechtenstein wird in ähnlicher Art strategische Schwerpunkte und Massnahmen formulieren müssen.

Um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen, ist die Formulierung von strategischen Schwerpunkten und Massnahmen für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention notwendig. Die bestehenden Anstrengungen im Bereich der Schutzfaktoren sind fortzusetzen und regelmässig kritisch auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV15: Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung

Grundsatzentscheid, ob staatliche oder private Aufgabe; Wahl der Organisationsform; Definition des Leistungsauftrages; Sicherstellung der langfristigen Finanzierung; Aktionsplan.

RV14a: Schaffung einer zentralen Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention

Dezentrale Verantwortung in verschiedenen Ministerien und Abteilungen aufgeben und eine zentrale, mit den notwendigen Ressourcen ausgestattete Abteilung schaffen, oder:

RV14b: Schaffung einer privaten Stiftung für Gesundheitsförderung und Prävention

Alternativ Schaffung einer schlagkräftigen Stiftung unter Beteiligung von Staat, Krankenversicherern, Gesundheitseinrichtungen und privaten Unternehmen.

Weiteres Vorgehen:

Der Themenkomplex bietet sich als Untersuchungsauftrag an die neu zu besetzende Landesgesundheitskommission an.

10 Strategiebereich VI: Fachpersonal

10.1 Ausgangslage, Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Die etablierten Berufe des Gesundheitswesens sind oben in Abschnitt 2.2.2 kurz beschrieben. In den letzten Jahren wird vermehrt über die künftige Rolle der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in der medizinischen Grundversorgung diskutiert. Dem steigenden Versorgungsbedarf aufgrund demografischer und epidemiologischer Entwicklungen steht ein drohender Mangel an Hausärzten, Pflegefachpersonen und weiteren Gesundheitsberufen gegenüber. Ein Hauptfokus der politischen Diskussion ist die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle, welche auf einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachpersonen beruhen. Massnahmen auf der Ebene der Ausbildung (Tertiärisierung) und die Weiterentwicklung der Berufsbilder sollen dazu beitragen, die prognostizierten Lücken zwischen Bedarf und Angebot an Gesundheitspersonal zu schliessen.¹⁸²

Aufgrund anspruchsvoller neuer Technologien kommt es zu einem Anstieg des Spezialisierungsgrades der Fachpersonen. Aufgaben werden zunehmend „nach unten“ delegiert, z.B. vom Arzt zur Pflege, von der Pflege zur Hilfspflege, vom öffentlichen Spital zur Privatpraxis usw. Wirtschaftliche Gründe beschleunigen diese Tendenz. Die „Lücke“ zwischen den wenigen hochspezialisierten und zunehmenden niedrigrspezialisierten Fachkräften muss neu besetzt werden. Hierzu sind Fachpersonen erforderlich, die interdisziplinär denken, handeln und koordinieren können um die Spezialisten zu entlasten.

„Der Begriff Advanced Practice (AP) beschreibt – auch wenn sich die Definitionen von Beruf zu Beruf z.T. unterscheiden – eine erweiterte Berufspraxis von erfahrenen Fachleuten, welche dank vertieften (wissenschaftlichen) Kenntnissen in ihrem Fach- oder Spezialgebiet in der Lage sind, Aufgaben zu übernehmen, die über den klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen. Advanced Practitioners haben Fähigkeiten zur komplexen klinischen Entscheidungsfindung und tragen dazu bei, die Berufspraxis evidenzbasiert weiterzuentwickeln. In vielen Ländern ist die Ausbildung auf Masterniveau Voraussetzung für eine Berufsausübung auf der Stufe Advanced Practice.“¹⁸³

10.2 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

Das Ministerium für Gesellschaft hat eine Diskussionsgrundlage zur Zukunft der Gesundheitsberufe im Fürstentum Liechtenstein erstellen lassen.¹⁸⁴ Diese hat vor allem zwei vielversprechende neue Berufsbilder aufgezeigt. Das erste ist das neue Profil der so genannten Advanced Practice Nurse, das zweite ist das Aufgabengebiet der Apotheker,

¹⁸² Vgl. Künzi, K., Jäggi, J., Dutoit, L. (2013), Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung, Aktualisierung des Obsan Arbeitsdokuments 27 Schlussbericht, Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abteilung Gesundheitsberufe. Bern.

¹⁸³ Künzi, K., Jäggi, J., Dutoit, L. (2013), S. III.

¹⁸⁴ PwC (2017a), Fürstentum Liechtenstein, Zukunft Gesundheitsberufe, Diskussionspapier. Diese Studie ist Grundlage der folgenden Ausführungen.

welches eine Ausweitung erfahren könnte. Der Einsatz von Advanced Practice Nurses wurde im Rahmen des Gesundheitsseminars auch vom Liechtensteinischen Krankenkassenverband angeregt. Die Apotheker haben in diesem Rahmen ebenfalls auf ihr Potenzial hingewiesen und die Bereitschaft signalisiert, neue Aufgaben zu übernehmen.¹⁸⁵

Die Entwicklung dieser neuen Berufsbilder bietet als Chancen die Entlastung anderer Gesundheitsdienstleister, vor allem von Spitälern und Hausärzten, ein Abfedern des Fachkräftemangels und qualitative Verbesserungen aufgrund der interdisziplinären Kompetenz. Das niederschwellige Angebot der Apotheken ermöglicht einen besseren Zugang zu medizinischer Beratung und Betreuung für Patienten sowie eine Reduktion von Wartezeiten. Die Studie empfiehlt aufgrund der gesehenen Chancen ein proaktives Schaffen von günstigen Rahmenbedingungen und die Ausarbeitung eines Aktionsplanes.

10.3 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

10.3.1 Etablieren des Berufsbildes „Advanced Practice Nurse“

Bei der **Advanced Practice Nurse (APN)** handelt es sich um eine Pflegefachperson, welche sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen und Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten angeeignet hat. Advanced Practice Nurses führen innerhalb ihres Tätigkeitsbereichs eigenverantwortlich pflegerische Tätigkeiten durch, ergänzt durch eine zutreffende Diagnostik und gezielte therapeutische Massnahmen. Sie ermöglichen sowohl die Koordination der verschiedenen involvierten medizinischen Gebiete (Case Management) als auch die Koordination und Kommunikation zwischen hoch- und niedrigrspezialisierten Fachkräften. In der Pflege können sie die Ausbildung der Pflegemitarbeiter fördern und koordinieren.

Advanced Practice Nurses können in Zukunft vermehrt eine Entlastung in Spitälern unterstützen, indem sie gewisse Aufgaben übernehmen, die heute durch Ärzte durchgeführt werden. Beispiele sind Routinekontrollen bei Patienten und die Patiententriage. Dadurch kann ausserdem dem Trend entgegengewirkt werden, bei Bagatellfällen direkt die Notfallstation oder den Spezialisten zu konsultieren.

Der Begriff der Advanced Practice Nurse ist derzeit in der Schweiz weder ein geschützter noch ein klar definierter Begriff. Masterstudiengänge in der Fachrichtung „Sciences of Nursing“ können z.B. an den Universitäten Basel und Lausanne sowie in der Schweiz an den Fachhochschulen Bern, St. Gallen, Zürich und Kalaidos (Zürich), bzw. in Österreich in Linz und Wien absolviert werden. Zusätzlich ist eine mindestens zweijährige weiterführende Berufsvertiefung erforderlich. Berufliche Einsatzfelder finden sich im Spital, in Gruppenpraxen, in Apotheken, bei Krankenkassen im Case Management oder in der Politik (Beratung mit Erfahrung aus der Praxis).

¹⁸⁵

Vgl. „Wir wollen enger zusammenarbeiten!“, Liechtensteiner Vaterland vom 23. Februar 2018, S.3

Advanced Practice Nurses sind vielversprechende Schlüsselpersonen einer künftigen Grundversorgung. Die (rechtlichen) Voraussetzungen zur Etablierung dieses Berufsbildes sind zu schaffen.

10.3.2 Erweiterung des Aufgabenbereiches der Apotheker

Bei leichten Gesundheitsstörungen geht ein grosser Anteil der Bevölkerung zunächst in die Apotheke. Laut Angaben von PharmaSuisse erfahren von 1'000 Menschen 750 innerhalb von drei Monaten eine gesundheitliche Beschwerde. Davon entscheiden sich 250 Menschen, direkt einen Arzt aufzusuchen. 500 Menschen könnten ihr Problem in der Apotheke lösen. Der Apotheker übernimmt die Erstberatung und die Triage. Zahlreiche Gesundheitsprobleme lassen sich direkt in der Apotheke abklären und mit rezeptfreien Medikamenten behandeln. Ärzte und Notfalleinrichtungen werden so von Bagatellfällen entlastet und können sich vermehrt auf Patienten mit schwerwiegenden Problemen konzentrieren. Dies vermeidet unnötige Behandlungskosten und minimiert Wartezeiten. Umgekehrt erkennen Apotheker Patienten, die eine ärztliche Behandlung benötigen, was wiederum Folgekosten einer Nichtbehandlung verhindert.¹⁸⁶

Zur Entlastung des Gesundheitssystems könnten auch **Apotheken** in Zukunft in vielen Aufgabenbereichen einfache Dienstleistungen anbieten, die heute überwiegend von der Pflege oder von Ärzten übernommen werden, dies über alle Prozessstufen (Prävention, Diagnostik und Therapie). So könnten beispielsweise Kontrollen, einfache Diagnosen sowie spezifische Therapien (u.a. Impfen gegen Grippe, Zeckenbisse und Hepatitis) in der Apotheke gemacht werden. Das Berufsbild des Apothekers wird hierdurch aufgewertet.

Mit der Revision des Medizinalberufegesetzes wurde 2015 in der Schweiz der Grundstein für die neue Rolle der Apotheker in der medizinischen Grundversorgung gelegt. Der Ausweitung der Kompetenzen stehen neue Anforderungen gegenüber. Bereits im Studium erwerben Apotheker heute die Kompetenzen zum Impfen sowie zur Diagnose und Behandlung häufiger gesundheitlicher Störungen und Krankheiten. Zudem gibt es wie bei den Ärzten eine Weiterbildungspflicht für die eigenverantwortliche Berufsausübung.¹⁸⁷

Apotheker mit einem erweiterten Kompetenzbereich könnten in Zukunft eine noch wichtigere Rolle in der Grundversorgung übernehmen. Die rechtlichen und tariflichen Voraussetzungen hierfür sind zu schaffen.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV10: Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten zur Pflege

Modell definieren (z.B. One Point of Care Modell auf Gemeindeebene); Finanzierung klären.

¹⁸⁶

Vgl. PharmaSuisse, Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2016, S. 6.

¹⁸⁷

Vgl. PharmaSuisse, Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2017, S. 52.

RV11: Entlastung der Hausärzte durch gut ausgebildete Medizinische Praxisassistentinnen (MPA)

Gezielte Entlastung auf Stufe der Hausarzt-/ Gruppenpraxen; Ausbildungsangebote in der Schweiz vorhanden; Qualitätssicherung und Finanzierung (TARMED) klären.

RV12: Apotheken als Kompetenzzentren

Neupositionierung als Gate-Keeper (Triagestelle), Gateway to care (niederschwelliger Zugang z.B. zu Impfungen und Präventionsleistungen, Behandlung einfache Erkrankungen und Bagatellfälle); Chronic care (Unterstützung Chronischkranker).

Weiteres Vorgehen:

Der Themenkomplex bietet sich als Untersuchungsauftrag an die neu zu besetzende Landesgesundheitskommission an.

11 Strategiebereich VII: Organisation und Steuerung des Systems

11.1 Ausgangslage, Umfeldentwicklung und Herausforderungen

Die Digitalisierung schreitet in allen Bereichen und Ländern stetig voran, so auch im Gesundheitswesen, wo sie im Allgemeinen unter dem Begriff **eHealth** zusammengefasst wird. Länder wie Dänemark, Schweden oder Estland sind bei diesem Thema bereits weit fortgeschritten. Auch Österreich und die Schweiz arbeiten daran, eHealth in ihren Ländern umzusetzen.

In Österreich wird im Zusammenhang mit eHealth bzw. dem elektronischen Gesundheitsdossier von ELGA gesprochen, der ELEktronischen GesundheitsAkte. Die Einführung von ELGA wurde bereits im Jahr 2012 beschlossen. Derzeit setzen der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer im Rahmen von ELGA eine Reihe von e-Services gemeinsam um, insbesondere wird die e-Medikation schrittweise flächendeckend eingeführt. In Vorarlberg ist diese bereits seit Februar 2018 im Einsatz. Nach Einlesen der e-Card in der Apotheke werden sowohl die von verschiedenen Ärzten verordneten als auch die wechselwirkungsrelevanten rezeptfreien Arzneimittel zusammengeführt, was einen wichtigen Beitrag zur Arzneimittelsicherheit leistet. Weitere geplante Anwendungen sind die Ausweitung der e-card-Services auf das elektronische Kommunikationsservice eKOS (e-Zuweisung, e-Überweisung, e-Verordnung). Zusätzlich werden Rahmenbedingungen für Services wie e-Rezept und e-Transportschein ausgearbeitet.¹⁸⁸

2007 hat der Schweizer Bundesrat die eHealth-Strategie verabschiedet. Das elektronische Patientendossier sowie die im April 2017 in Kraft getretene gesetzliche Grundlage sind das Ergebnis dieser Strategie. Vision ist das zur Verfügung stellen von Gesundheitsdokumenten unabhängig von Ort und Zeit sowie eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürger. Mittlerweile wird bereits eine Nachfolgestrategie eHealth Schweiz 2.0 erarbeitet.

Ein zweites informations- steuerungsrelevantes Thema ist die weitere **Verbesserung der Datenlage im Gesundheitswesen**. Über die Angaben aus den Jahresrechnungen der Kassen, sowie den Daten- und Tarifpool hinaus, welche die von der OKP bezahlten Leistungen ausweisen, liegen nur unzureichende systematischen Grundlagen vor, die den Entscheidungsträgern eine fundierte, datenbasierte Planung und Steuerung ermöglichen würden.

11.2 Bezug zu gesundheitspolitischen Zielen

eHealth ist ein Mittel zur Erhöhung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit, indem sämtliche Behandelnden stets Zugriff auf alle relevanten Informationen und Unterlagen haben. Damit werden Doppelspurigkeiten vermieden, die Koordination verbessert und somit Effizienz und Qualität positiv beeinflusst.¹⁸⁹ Besonders auch bei

¹⁸⁸

<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.791495&viewmode=content>

¹⁸⁹

Vgl. auch Eidgenössisches Departement des Inneren (2013), EDI, S. 11.

älteren Personen, die bei mehreren Ärzten in Behandlung sind und auch ab und zu Spitalleistungen in Anspruch nehmen müssen, können sich nicht alle an ihnen erbrachten Therapien oder die ihnen verabreichten Medikamente merken, um bei einer ärztlichen Behandlung adäquat Auskunft darüber zu geben. Gerade bei der Behandlung derartiger Patienten aber ist die Kenntnis der genauen und lückenlosen Vorgeschichte wichtig für die Qualität der Behandlung.

Bessere Datengrundlagen erhöhen die Steuerbarkeit und Kontrolle des Gesundheitssystems. Sie dienen dazu, die Entwicklung des Gesundheitssystems zu beobachten und Grundlagen für die Versorgungsplanung, die epidemiologische Überwachung der Bevölkerung, die Wissenschaft sowie die Information der Öffentlichkeit bereitzustellen. Verbesserungen, wie neue Versorgungsmodelle, können nur dann zielgerichtet umgesetzt werden, wenn Transparenz über die erbrachten Leistungen, sowie deren Nutzen und Kosten besteht.¹⁹⁰

11.3 Strategische Schwerpunkte und Massnahmen

11.3.1 Einführung eines elektronischen Gesundheitsdossiers (eHealth)

Unter eHealth versteht man den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmer im Gesundheitswesen. Ein Projektteam beschäftigt sich bereits seit über 10 Jahren mit der Ausgestaltung und Entwicklung eines digitalen Gesundheitssystems (insbesondere der elektronischen Kommunikation) in Liechtenstein und hat während dieser Zeit verschiedene Massnahmen erproben können (z.B. die elektronische Leistungsverrechnung oder die Einführung einer Versichertenkarte mit Online-Abfrage von Administrativdaten). Im Rahmen der im Jahre 2012 von der Regierung genehmigten eHealth-Strategie beschäftigt sich das Projektteam aktuell mit dem Aufbau einer eHealth-Plattform in Liechtenstein und der angrenzenden Region. Die Regierung hat im Jahr 2016 eine Leistungsvereinbarung mit dem Verein eHealth Liechtenstein abgeschlossen.

Das Endziel des Projektes eHealth stellt ein elektronisches Gesundheitsdossier (eGD) für alle in Liechtenstein Versicherten dar. Für den Aufbau eines eGDs bedarf es jedoch einer gesetzlichen Verankerung, welche die langfristige Speicherung und Bearbeitung von Gesundheitsdaten sowie auch die Zuständigkeit für den Betrieb des gesamten Systems reglementiert. Ein Vernehmlassungsbericht dazu ist in Arbeit.¹⁹¹

eHealth ist ein zentrales Element moderner medizinischer Versorgungssysteme. Das Projekt eHealth soll entschlossen weitergeführt werden. Als nächster Schritt sind die gesetzlichen Grundlagen für das elektronische Gesundheitsdossier zu schaffen.

¹⁹⁰ Vgl. ebenda, S. 13.

¹⁹¹ Vgl. auch „Qualität rückt nun vermehrt in den Fokus“, Liechtensteiner Vaterland vom 4. Oktober 2017, S. 3.

Update 2020: Empfehlung aus dem Gesundheitsseminar

RV4: Konsequente Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen / e-Health

Schaffung elektronisches Patientendossier bzw. elektronische Gesundheitsakte erleichtern und fördern Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern; Vorschlag: Anknüpfung an "Strategie e-Health Schweiz"; konkrete Ausarbeitung gemeinsam mit Ärzten und anderen Leistungserbringern, jedoch mit übergeordneter Projektsteuerung; Modellprojekt in einer Langzeiteinrichtung; grösstmögliche Beachtung des Datenschutzes.

Weiteres Vorgehen:

Ist in Arbeit (siehe Vernehmlassungsbericht betreffend die Schaffung eines Gesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG)).

11.3.2 Verbesserung der aufsichtsrechtlichen und statistischen Datengrundlagen

Die Verbesserung der Datengrundlagen war bereits im Rahmen der letzten grossen KVG-Revision ein wichtiges Thema. Damals waren die bei den Kassen vorhandenen Abrechnungsdaten im Fokus.¹⁹² Die geplante Teilnahme am Schweizer Tarifpool, der für die Kassen von der SASIS AG geführt wird, ist mittlerweile erfolgt.

Mit der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 hat die EU die Mitgliedstaaten verpflichtet, jährlich Informationen über die öffentliche Gesundheit, den Gesundheitsschutz und die Sicherheit am Arbeitsplatz zu erheben. Diese Verordnung wurde in Anhang XXI des EWR-Abkommens übernommen, wobei Liechtenstein unter anderem verpflichtet ist, Daten zum Bereich der Gesundheitsversorgung zu liefern. Neben nichtmonetären Indikatoren gehört dazu die Gesundheitsausgabenrechnung.

Die heutige Datenlage hat Lücken, insbesondere im ambulanten Bereich. Dieser macht wie weiter vorne ausgeführt immerhin fast 1/3 der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Für die Gesundheitsausgabenrechnung müssen daher vielfach behelfsmässig Schätzwerte - oft in Anlehnung an Schweizer Verhältnisse - angesetzt werden, etwa wenn es um private Out-of-Pocket Umsätze oder jene der privaten Zusatzversicherungen geht.

Um die Datenlage im Gesundheitswesen zu verbessern, wurde in der Schweiz das Statistikprojekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) betreffend die ambulante Gesundheitsversorgung lanciert. In diesem Rahmen werden Informationen zu den Strukturen der Leistungserbringer (Betriebsstrukturen, Infrastruktur, Personal), zu Finanzdaten (Aufwand und Ertrag KVG sowie gesamt, Betriebsergebnis) sowie zu den erbrachten Leistungen (Diagnosen, Inanspruchnahme bestimmter Leistungen, Behandlungspfade der Patienten) erhoben.¹⁹³ Erhoben werden einerseits (aggregierte) Daten zu Statistikzwecken und zukünftig andererseits Daten zu Aufsichtszwecken. Der Datenschutz hat dabei einen hohen Stellenwert.

¹⁹² Art. 4 Abs. 1 Bst. c^{bis} KVG sowie Art. 4a Abs. 3a KVG i.d.F. LGBl. 2016 Nr. 2.

¹⁹³ Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheitsversorgung (2017), Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS, Version 6.2.

Das System baut auf verschiedenen Teilprojekten auf. Bereits abgeschlossen sind die beiden Teilprojekte zur Erhebung von Struktur- und Patientendaten im ambulanten Spitalbereich. Im dritten Teilprojekt zur Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren wurde die erste statistische Erhebung durchgeführt. Die Publikation der Ergebnisse ist für den April 2018 angekündigt.

Nach Abschluss der ersten Projektetappe mit Ende 2017 soll das Projekt MARS in der Schweiz einer Evaluation unterzogen werden. Die Erkenntnisse daraus sollen im Hinblick auf eine Nutzbarmachung in Liechtenstein geprüft werden. Inhalt und Umfang der Datenerhebung wären zu konkretisieren, die erforderlichen Rahmenbedingungen aufzuarbeiten und organisatorische Aspekte zu klären.

Die Transparenz über den Mitteleinsatz im Gesundheitswesen soll weiter erhöht werden. Das Schweizer Statistikprojekt zur Datenerfassung über den ambulanten Bereich soll im Hinblick auf eine adaptierte Einführung in Liechtenstein geprüft werden. Gleichzeitig soll die Datenqualität und die Qualität der Analysen bestehender Datenbanken gesteigert werden.

Update 2020:

Aufsichtsdaten betreffend die Kassen wurden im Jahr 2018 (für das Rechnungsjahr 2017) erstmals durch das Amt für Gesundheit publiziert.¹⁹⁴

Gilt im Übrigen unverändert.

¹⁹⁴

Die Aufsichtsdaten für 2017 und 2018 sind zu beziehen unter <https://www.llv.li/inhalt/12034/amtstellen/krankenkassen>.

12 Ergebnisse für die einzelnen Strategiebereiche und weiteres Vorgehen

12.1 Empfehlungen gemäss Fassung vom April 2018 - Update 2020

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
Strategiebereich I: Ambulante Akutversorgung			
5.4.1	Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	Im Bereich der Bedarfsplanung wurden die rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen erneuert. Der Fokus liegt nunmehr auf der Kontrolle der Umsetzung sowie der Pflege und erforderlichenfalls Anpassung an aktuelle Entwicklungen. Gegebenenfalls sind Bedarfsplanungen auch für weitere Medizinalberufe einzuführen.	gilt unverändert
5.4.2	Sicherstellung der 24-Stunden-Notfallversorgung	Neben der von der Ärztekammer angebotenen hausärztlichen Notfallversorgung durch den niedergelassenen Bereich wurde die 24-Stunden Notfallversorgung durch Einrichtung einer erneuerten interdisziplinären Notfallabteilung im Landesspital auf tragfähige Beine gestellt. Der eingeschlagene Weg soll weiter	gilt unverändert

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
		beibehalten werden.	
5.4.3	Sicherstellung der psychiatrischen Grundversorgung	In der psychiatrischen Grundversorgung hat zunächst eine Grundlagenerhebung der Problemstellungen und Lösungsansätze im Hinblick auf ein zu erstellendes Psychiatriekonzept zu erfolgen. Die beteiligten Akteure werden einbezogen.	Prozess gestartet
5.4.4	Prüfung neuer Versorgungsmodelle	In neue Modelle der Grundversorgung werden allseits hohe Erwartungen gesetzt. Mögliche Ausgestaltungsvarianten, erforderliche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer Umsetzung in Liechtenstein sind zu erarbeiten.	möglicher Auftrag an die neue Landesgesundheitskommission
Strategiebereich II: Stationäre Akutversorgung, Rehabilitation und Psychiatrie			
6.4.1	Sicherstellung der akutsomatischen	Die Ergebnisse der Studie über die	Neubau Landesspital; Prozess im Gange

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
	Grundversorgung im Inland	künftige Entwicklung der akutsomatischen Grundversorgung sind aufzugreifen und nach einem entsprechenden politischen Entscheid einer Umsetzung zuzuführen.	
6.4.2	Sicherstellung der akutsomatischen Grundversorgung im Inland	Die von der Schweiz vorgezeichnete Umsetzung der Strategie „ambulant vor stationär“ soll im Hinblick auf eine Übernahme in Liechtenstein geprüft und allenfalls übernommen werden.	ist erledigt
6.4.3	Überprüfung und Reform der Spitalfinanzierung	In der Spitalfinanzierung sollen Möglichkeiten zur Erhöhung der Transparenz sowie in Richtung einer Vereinheitlichung weiterverfolgt werden. Massnahmen zur Sicherstellung der mittel- und langfristigen Finanzierbarkeit von Zusatzversicherungen werden geprüft.	gilt unverändert
Strategiebereich III: Langzeitversorgung			
7.4.1	Weiterhin bedarfsgerechter Ausbau der stationären Pflegeplätze	Die Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege wird regelmässig aktualisiert. Durch den eingeschlagenen Weg ist ein bedarfsgerechter Ausbau sichergestellt. Diesen Weg gilt es	gilt unverändert

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
		konsequent weiterzuführen.	
7.4.2	Ausbau des Angebots und der Qualität der ambulanten Alterspflege	Das Betreuungs- und Pflegegeld besteht erst seit einigen Jahren. Der Markt für ambulante Leistungen ist in Entwicklung. Dieser Markt ist im Kontext der Bedarfsplanung aufmerksam zu beobachten.	gilt unverändert
0	Weiteres Vorgehen: Gilt unverändert. Schaffung einer integrierten geriatrischen Versorgung	Durch Anstellung oder Ansiedlung von Fachärzten im Bereich der Geriatrie sollte das zur qualitativ hochwertigen Behandlung älterer Personen stets neu entstehende Fachwissen in Liechtenstein zur Verfügung gestellt werden. Eine zentrale Rolle werden das Landesspital und die LAK spielen. Allerdings sind noch einige grundsätzliche Entscheide ausständig.	gilt unverändert
7.4.4	Prüfung alternativer Methoden zur Finanzierung der Pflege	Das heutige reine Umlageverfahren zur Finanzierung der Alterspflege sollte teilweise durch ein Ansparverfahren mit Solidaritätskomponenten ergänzt werden. Auf Basis der in Vorbereitung befindlichen Postulatsbeantwortung sollte der Landtag	ist in Arbeit

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
		die weiteren Schritte vorgeben.	
Strategiebereich IV: Versorgung mit Heilmitteln			
8.4.1	Referenzpreissystem für Generika	Liechtenstein nützt bislang die möglichen preislichen Vorteile eines verstärkten Einsatzes von Generika nur in geringem Umfang. Die Schweiz will die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Originalarzneimittel im Herbst 2018 in die Vernehmlassung schicken. Die Entwicklung ist zu verfolgen und die Übernahme einer allenfalls resultierenden Regelung zu prüfen.	gilt unverändert
8.4.2	Bezugsquellen und Vertriebskanäle für Arzneimittel	Die Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten inklusive alternativer Vergütungsmodelle im Bereich der Bezugsquellen und Vertriebskanäle von Arzneimitteln sind vertieft zu analysieren. Verbesserungen, die in der Schweiz eingeführt werden, sind zu übernehmen.	gilt unverändert
Strategiebereich V: Gesundheitsförderung und Prävention			
9.4	Gesundheitsförderung und Prävention	Um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen, ist die Formulierung von strategischen	möglicher Auftrag an die neue Landesgesundheitskommission

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
		Schwerpunkten und Massnahmen für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention notwendig. Die bestehenden Anstrengungen im Bereich der Schutzfaktoren sind fortzusetzen und regelmässig kritisch auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.	
Strategiebereich VI: Fachpersonal			
10.3.1	Etablieren des Berufsbildes „Advanced Practice Nurse“	Advanced Practice Nurses sind vielversprechende Schlüsselpersonen einer künftigen Grundversorgung. Die (rechtlichen) Voraussetzungen zur Etablierung dieses Berufsbildes sind zu schaffen.	möglicher Auftrag an die neue Landesgesundheitskommission
10.3.2	Erweiterung des Aufgabenbereiches der Apotheker	Apotheker mit einem erweiterten Kompetenzbereich könnten in Zukunft eine noch wichtigere Rolle in der Grundversorgung übernehmen. Die rechtlichen und tariflichen Voraussetzungen hierfür sind zu schaffen.	möglicher Auftrag an die neue Landesgesundheitskommission
Strategiebereich VII: Organisation und Steuerung des Systems			
11.3.1	Einführung eines elektronischen Gesundheitsdossiers (eHealth)	eHealth ist ein zentrales Element moderner medizinischer Versorgungssysteme.	Prozess läuft (Vernehmlassung abgeschlossen)

Abschnitt	Massnahme	weiteres Vorgehen	Update 2020
		Das Projekt eHealth soll entschlossen weitergeführt werden. Als nächster Schritt sind die gesetzlichen Grundlagen für das elektronische Gesundheitsdossier zu schaffen.	
11.3.2	Verbesserung der aufsichtsrechtlichen und statistischen Datengrundlagen	Die Transparenz über den Mitteleinsatz im Gesundheitswesen soll weiter erhöht werden. Das Schweizer Statistikprojekt zur Datenerfassung über den ambulanten Bereich soll im Hinblick auf eine adaptierte Einführung in Liechtenstein geprüft werden. Gleichzeitig soll die Datenqualität und die Qualität der Analysen bestehender Datenbanken gesteigert werden.	Veröffentlichung Aufsichtsdaten ist erfolgt; gilt im Übrigen unverändert

12.2 Zusätzliche Empfehlungen aus dem Gesundheitsseminar

Nr.	Reformvorschlag	Beschreibung	weiteres Vorgehen
RV3	Förderung der Freiwilligenarbeit	Rekrutierung von Freiwilligen bei „Jung-Rentnern“; systematische Vorbereitung und Schulung der Freiwilligen; Anreize für Freiwilligenarbeit schaffen.	keine prioritäre Weiterverfolgung
RV13	Entscheid zur Weiterführung ärztlich verschriebener Behandlungen	Berufsgruppen mit gestiegenen Ausbildungsanforderungen (z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ökotrophologen, Pflege) sehen nicht mehr ein, dass Indikationsstellung und Behandlung immer über einen Arzt erfolgen müssen; Denkbar wäre ein Modell, das den Entscheid über die Weiterführung von Therapiezyklen den Therapeuten überträgt; Anpassung gesetzlicher Grundlagen; neue Prüfverfahren zur Vermeidung von Mengenausweitungen	Auftrag an die Leistungskommission
RV16	Systematische Nutzendarstellung des Gesundheitswesens	Indikatoren und Messsysteme laufen an verschiedenen Orten an; FL könnte als Partner von ICHOM oder als Modellregion der OECD für das Projekt PaRIS fungieren.	keine prioritäre Weiterverfolgung; allenfalls Abstimmung mit dem AS
RV17	Schaffung einer zentralen Informationsplattform Gesundheit	unabhängig agierende Leistungserbringer mit unterschiedlichen Leistungen/Spezialisierungen; Erhöhung der Transparenz für Patienten und Health Professionals durch Aufbau einer gemeinsamen internetbasierten Informationsplattform	keine prioritäre Weiterverfolgung
RV19	Wiedereinberufung der Landesgesundheitskommission	Zwischen Regierung, LKV und LAEK findet ein regelmässiger Informationsaustausch statt, andere Leistungserbringer und die LIPO fühlen sich aktuell ausgeschlossen	Prozess gestartet
RV20	Grenzüberschreitende Versorgung ermöglichen	Ablehnung des Staatsvertrages mit der Schweiz wirkt sich für mehrere Leistungserbringergruppen negativ aus; Wiederaufnahme der Verhandlungen zur Sicherstellung des freien Grenzverkehrs; aus Sicht LAEK soll dabei die Begrenzung auf Leistungserbringer mit OKP-Vertrag aufgehoben werden	keine prioritäre Weiterverfolgung

Literatur, Materialien

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Die Apotheke- Zahlen, Daten, Fakten 2017, https://www.abda.de/fileadmin/assets/ZDF/ZDF_2017/ABDA_ZDF_2017_Brosch.pdf.

Amt für Statistik (2013), Grobkonzept für die Gesundheitsausgabenrechnung, unveröffentlicht.

Amt für Statistik (2014), Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012.

Amt für Statistik (2016), Bevölkerungsszenarien für Liechtenstein, Zeitraum 2015–2050.

Amt für Statistik (2017), Statistisches Jahrbuch 2017.

Amt für Statistik (2017a) Gesundheitsversorgungsstatistik 2016.

Amt für Statistik (2017b), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2015.

Amt für Statistik (2017c), Krankenkassenstatistik 2016.

Amtliche Kundmachung der Bedarfsplanung Nr. 8310/2017 vom 19. Oktober 2017, www.amtsblatt.li

Bachmann, S. (2015), Rehabilitation, in Ogier, W. (Hg.), Das Gesundheitswesen der Schweiz 2015-2017, 5. vollständig überarbeitete Auflage. Bern, S. 373 ff.

Betreuungs- und Pflegegeldverordnung (BPGV), LGBl. 2009 Nr. 313.

BuA Nr. 46/1999 Bericht und Antrag betreffend die Übergabe der Trägerschaft des Krankenhauses Vaduz von der Gemeinde Vaduz an das Land Liechtenstein sowie die Schaffung eines Gesetzes über das Liechtensteinische Landesspital in Vaduz.

BuA Nr. 44/2003, Bericht und Antrag zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes (einschliesslich Abänderung des Statistikgesetzes, des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung, des Gesetzes über die Invalidenversicherung und des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung).

BuA Nr. 72/2003, Stellungnahme zu den anlässlich der ersten Lesung zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes aufgeworfenen Fragen (einschliesslich Abänderung des Statistikgesetzes, des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung, des Gesetzes über die Invalidenversicherung und des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung).

BuA Nr. 51/2010, Bericht und Antrag betreffend die Gesamtschau und Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Gesundheitswesens.

BuA Nr. 78/2011, Bericht und Antrag betreffend die Abänderung des Sozialhilfegesetzes.

BuA Nr. 136/2012, Eignerstrategie des Liechtensteinischen Landesspitals - LLS.

BuA Nr. 51/2014, Bericht und Antrag betreffend die Totalrevision des Heilmittelgesetzes (HMG) sowie die Abänderung weiterer Gesetze.

BuA Nr. 110/2014, Stellungnahme zu den anlässlich der ersten Lesung betreffend die Totalrevision des Heilmittelgesetzes sowie die Abänderung weiterer Gesetze aufgeworfenen Fragen.

BuA Nr. 24/2015, Bericht und Antrag betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und weiterer Gesetze.

BuA Nr. 77/2015, Postulatsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein. betreffend die Überprüfung der Subventionen und Transferleistungen an Private.

BuA Nr. 91/2015, Stellungnahme zu den anlässlich der ersten Lesung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und weiterer Gesetze aufgeworfenen Fragen.

BuA Nr. 31/2017, Bericht und Antrag betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2018.

BuA Nr. 54/2017, Bericht und Antrag betreffend die Genehmigung eines Nachtragskredits zur Sicherstellung der Grundversorgung im Liechtensteinischen Landesspital.

BuA Nr. 80/2019 betreffend die Genehmigung eines Verpflichtungskredites für den Neubau eines Landesspitals und die Genehmigung der Umwidmung des Vaduzer Grundstücks Nr. 2506 vom Finanzvermögen in das Verwaltungsvermögen.

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Medienmitteilung betreffend Einsparungen von 190 Millionen Franken bei den Arzneimitteln vom 22.3.2018,
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-70192.html>

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Medienmitteilung zu Massnahmen des Bundesrats gegen das Kostenwachstum im Gesundheitswesen vom 29.3.2018,
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-70253.html>

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016), Massnahmenplan in Kürze zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie 2017-2024),
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>

Bundesamt für Statistik (BFS), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2015, Standardtabellen Definitive Daten.

Bundesamt für Statistik (BFS, 2017), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2015: Definitive Resultate.

Bundesamt für Statistik BFS, (2017), Sektion Gesundheitsversorgung, Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS, Version 6.2.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/grundlagen/projekte/statistiken-ambulante-gesundheitsversorgung-mars.html>

Bundesamt für Statistik, BFS (2006), Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhaustypologie, Neuchâtel, Version 5.2 vom November 2006,
http://www.hplus.ch//fileadmin/user_upload/Krankenhaustypologie.pdf

Bundesamt für Statistik, BFS (2017), Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Revision 2017: Perspektiven, Konzepte und Methoden zur Förderung einer modular-dynamisierten Weiterentwicklung der Statistik.

Department Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (2015), Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2025 (Anhörungsbericht),
https://www.ag.ch/media/kanton_aargau/alle_medien/dokumente/aktuell_3/anhoerungen/kanton_2/laufende/ggpl_2025/GGpl_2025_Anhoerungsbericht_VERSION_ZUR_ANHOERUNG.pdf

Eidgenössisches Departement des Inneren (2013), EDI, Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats (Gesundheit 2020),
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020.html>.

European Observatory on Health Care Systems (2000), Switzerland 2000: Health Systems in Transition, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/96411/E68670.pdf.

European Observatory on Health Care Systems (2015), Switzerland 2015: Health system review, Health Systems in Transition Vol. 17 Nr. 4,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1

Gantner, M., Eibl, J (1999), Öffentliche Aufgabenerfüllung im Kleinstaat, DAs Beispiel Fürstentum Liechtenstein, Liechtensteinische politische Schriften, Band 28, Verlag der Liechtensteinischen Akademischen Gesellschaft, Vaduz

Gemeinsame Resolution des Schweizerische Gemeindeverbands, des Schweizerischen Städteverbands, des Apothekerverbands pharmaSuisse, der Spitex Schweiz, von CURAVIVA Schweiz sowie von mfe Haus- und Kinderärzte an Bundesrat Alain Berset vom Oktober 2017,
http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/hausarzteschweiz/Dokumente/Medienmitteilungen/Resolution_Medizinische_Grundversorgung_d.pdf.

Gesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz; HMG), LGBl. 2015 Nr. 23.

Gesetz über das Liechtensteinische Landesspital (LLSG), LGBl. 1999 Nr. 240.

Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Arzneimittelgesetz; EWR-AMG), LGBl. 1998 Nr. 45.

Gesetz über die Krankenversicherung (KVG), LGBl. 1971 Nr. 50.

Gesetz über die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAKG), LGBl. 2010 Nr. 243.

Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), LGBl. 1965 Nr. 64.

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2018), Zuteilungen der medizinischen Fälle zu den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG-Grouper) Version 7.0 - Datenjahr 2018,
http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html

Gesundheitsgesetz (GesG), LGBl. 2008 Nr. 30.

Gesundheitsverordnung (GesV), LGBl. 2008 Nr. 39.

Gurría, A. (2017), Our health systems must put people at the centre, Editorial, OECD Observer No 309 Q1 2017.

Güntert, B., Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens, Schlussbericht der Seminarreihe von Oktober 2017 bis Juni 2018.

Homepage der Familienhilfe Balzers, <https://www.lebenshilfe-balzers.li/familienhilfespitex>

Homepage der Familienhilfe Liechtenstein, <https://www.familienhilfe.li/>

Homepage der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen www.kose.llv.li

Homepage der Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK), <https://www.lak.li/>

Homepage des Amtes für Gesundheit www.ag.llv.li

Homepage des Amtes für Soziale Dienste www.ag.llv.li

Homepage des Branchenverbandes Schweizerischer Krankenversicherer santésuisse, <http://www.santesuisse.ch/de/tarife-leistungen/ambulante-leistungen/medikamente/>

Homepage des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.791495&viewmode=content>

Homepage des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes <https://lkv.li/fuer-versicherte/tarifvertraege>

Homepage des Liechtensteinischen Landesspitals <https://lkv.li/fuer-versicherte/tarifvertraegehttp://www.landesspital.li/>

Homepage von H+, Die Spitäler der Schweiz, http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/begriffe/akutspital/

Homepages der liechtensteinischen Krankenkassen <https://www.concordia.li/de.html>, <https://www.fkb.li/>, <https://www.swica.ch/>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Akutklinik>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Konsumentenrente>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Marktversagen>

<https://de.wikipedia.org/wiki/Produzentenrente>

<https://marjorie-wiki.de/wiki/Akutsomatik>

Informations- und Beratungsstelle Alter (IBA) des Liechtensteiner Seniorenbundes im Auftrag der Fürstlichen Regierung (Ministerium für Gesellschaft). Liechtensteiner Senioren Handbuch, 3. Überarbeitung Herbst 2015, <http://www.altersfragen.li/Start.aspx>

Interpharma Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Hg., 2017), Pharma-Markt Schweiz, 24. Auflage, 2017, <http://www.interpharma.ch/1525-pharma-markt-schweiz-2017>

Köppel, R. (2016), Liechtenstein: Überprüfung Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege, orgavisit, http://www.regierung.li/media/attachments/151216RK1_Ueberpruefung_Bedarfsplanung_636256057279348955.pdf?t=636595741566041298

Künzi, K., Jäggi, J., Dutoit, L. (2013), Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung, Aktualisierung des Obsan Arbeitsdokuments 27 Schlussbericht, Im

Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abteilung Gesundheitsberufe. Bern.

Landesverfassung, LGBl. 1921 Nr. 15.

Langewitz, W. (2012), Was bedeutet eigentlich „patientenzentrierte Medizin“?, Seminar an der 80. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM), 25. Mai 2012 in Basel, in: ArsMedici Congress Selection, Beilage zur Zeitschrift ArsMedici, Rosenfluh Publikationen AG (Hg.), Neuhausen a/Rhf., Nr. 11/2012 https://www.rosenfluh.ch/media/congressselection/2012/11/Was_bedeutet_eigentlich_patientenzentrierte_Medizin.pdf.

Lebenshilfe Balzers e.V., Jahresbericht 2016.

Leistungsauftrag der Regierung für das Landesspital vom, 18. März 2008, RA 2008/782-6642.

Liechtensteiner Vaterland vom 13. Mai 2017, „Balzers soll Alterswohnungen erhalten“, S. 3.

Liechtensteiner Vaterland vom 4. Oktober 2017, Qualität rückt nun vermehrt in den Fokus“, S.3.

Liechtensteiner Vaterland vom 17. November 2017, S. 3, vom 12. Januar 2018, S. 3, vom 3. Februar 2018, S. 3 und vom 15. März 2018, S.3, Berichterstattung über das Gesundheitsseminar.

Liechtensteinische AHV-IV-FAK, Geschäftsberichte 2016 und 2014.

Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK), Jahresbericht 2016.

Liechtensteinisches Landesspital, Geschäftsbericht 2016.

Merkblatt des Amtes für Soziale Dienste zum Thema seelische Krise, <https://www.llv.li/files/onlineschalter/Dokument-333.pdf>

Notenaustausch vom 11. Dezember 2001 zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz betreffend die Geltung der schweizerischen Heilmittelgesetzgebung in Liechtenstein (LGBl. 2001 Nr. 190).

OECD (2011), Systems of Health Accounts (SHA).

OECD-WHO (2011), Schweiz, OECD-Bericht über Gesundheitssysteme.

Ogier, W. (Hg., 2015), Das Gesundheitswesen der Schweiz 2015-2017, 5. vollständig überarbeitete Auflage..

Opper, S. (2001), Der Stand der Neuen Institutionenökonomik, in: Wirtschaftsdienst 2001/X, S. 601 ff. <https://archiv.wirtschaftsdienst.eu/downloads/getfile.php?id=736>

PharmaSuisse, Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2016, <http://www.pharmasuisse.org/data/docs/de/6265/Fakten-und-Zahlen-2016.pdf?v=1.0>

PharmaSuisse, Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2017, <http://www.pharmasuisse.org/data/docs/de/9731/Fakten-und-Zahlen-2017.pdf?v=1.1>

Postulat zur zukünftigen Finanzierung von Pflege und Betreuung im Alter der Abgeordneten Jürgen Beck, Susanne Eberle-Strub, Albert Frick, Erich Hasler, Johannes Hasler, Georg Kaufmann, Manfred Kaufmann, Frank Konrad, Thomas Lageder, Violanda Lanter-Koller, Gunilla Marxer-Kranz, Eugen Nägele, Daniel Oehry, Harry Quaderer, Daniel Seger, Günter Vogt, Thomas Vogt, Christoph Wenaweser und Mario Wohlwend vom 2. Oktober 2017.

Private Universität im Fürstentum Liechtenstein – UFL (2017), Impulsprogramm „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“, <http://ufl.li/de/seminar-weiterentwicklung-des-liechtensteinischen-gesundheitswesens/>

Pro Generika (2016), Generika in Zahlen, Marktdaten Pro Generika 2016, Download unter <http://www.progenerika.de/generika/infopoint-generika/>

PwC (2015), Fürstentum Liechtenstein, Ansätze zur Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens, http://www.regierung.li/media/attachments/20150828_Fuerstentum_Liechtenstein_Health_final_V2_oeffentlich.pdf?t=636590299238057005

PwC (2016) Ambulant vor stationär, https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf

PwC (2017), CEO Survey – Spitalmarkt Schweiz 2017, <https://www.pwc.ch/de/publications/2017/ceo-survey-spitalmarkt-schweiz-2017-de-web.pdf>

PwC (2017a), Fürstentum Liechtenstein, Zukunft Gesundheitsberufe, Diskussionspapier, http://www.regierung.li/media/attachments/201701525_Fuerstentum_Liechtenstein_Studie_Gesundheitsberufe.pdf?t=636590299238057005

PwC (2018), Fürstentum Liechtenstein, Bericht betreffend Szenarien für die künftige akutsomatische Gesundheitsversorgung.

Referenzdokument zur KLV „Liste ambulant durchzuführender elektiver Eingriffe“, Version 1.0 vom 23. November 2017, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/konsultation-ambulant-vor-stationaer.html>

Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Regierungsprogramm 2017-2021.

Rielle, Y., Kaufmann, D. (2013), Literaturrecherche zur Versorgungssicherheit von Arzneimitteln in der Schweiz Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Bern,

Schiess Rütimann, P. M., Art. 18 LV, in: Liechtenstein-Institut (Hrsg.): Kommentar zur liechtensteinischen Verfassung. Online-Kommentar, BERN 2016, www.verfassung.li, (Stand: 18. April 2017, zuletzt abgerufen am: 28.3.2018).

Senn, N., Ebert, ST., Cohidon, C. (2016). Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) (Obsan Bulletin 11/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, S. 3.

Slembeck, T. (2011), Volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitalversorgung im Fürstentum Liechtenstein, Studie im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein.

Sozialhilfegesetz (SHG), LGBl. 1985 Nr. 17.

Spitallisten des Amtes für Gesundheit, <https://www.llv.li/#/11338/stationar>

Stiftung Zukunft.li (2017), Finanzierung der Alterspflege, Handlungsbedarf und Lösungsansätze.

Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) und weiterer Gesetze vom 8. Juli 2014 (RA 2014-875).

Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Schaffung eines Gesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) vom 7. Mai 2019 (RA 2019-614).

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR. 832.112.31), Änderung vom 12. Februar 2018, AS 2017 2662.

Verordnung über die medizinische Grundversorgung, LGBl. 2000 Nr.184.

Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV), LGBl. 2000 Nr. 74

Verordnung zum Sozialhilfegesetz (SHV), LGBl. 1987 Nr. 18.

Volksblatt vom 13. Mai 2017, „Balzers soll Alterswohnungen erhalten“, S. 3

Volksblatt, vom 4. Oktober 2017, S. 5, vom 18. November 2017 S. 1 und vom 3. Februar 2018, S. 3, Berichterstattung über das Gesundheitsseminar.

Volksblatt vom 18. April 2018, „LAK liebäugelt mit Ruggell als Standort für weiteres Heim“, S 1

WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, zitiert nach http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Zanoni, U., Rozetter, A. (2015), Keine integrierte Versorgung ohne eHealth - und umgekehrt, Schweizerische Ärztezeitung. 2015; 96, S. 1305.

Zill, J. M., Härter, M. (2017), Patientenzentrierte Versorgung, in Pfaff, H. et.al (Hg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1:	Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 in Tausend CHF nach Leistungserbringern.....	9
Tabelle 2:	Spitäler, Pflegeheime und Familienhilfen im Berichtsjahr 2016.....	10
Tabelle 3:	Liste der Vertragsspitäler des Fürstentums Liechtenstein.....	12
Tabelle 4:	Gesetzsystematik des Landes Liechtenstein (Auszug): Rechtsgrundlagen mit gesundheitspolitischer Relevanz.....	17
Tabelle 5:	Ausgangslage, Zielsetzung und Massnahmen für den Bereich Gesellschaft	26
Tabelle 6:	Gesundheitspolitische Ziele und Bewertungskriterien für gesundheitspolitische Massnahmen.....	32
Tabelle 7:	Personen mit einer Bewilligung in Gesundheitsberufen und Gesundheitsberufesellschaften per 31.12.2016.....	35
Tabelle 8:	Die wichtigsten Stärken und Schwächen der Hausarztmedizin (HAM) in der Schweiz.....	43
Tabelle 9:	Staatsbeiträge an Spitäler 2016 und 2017.....	52
Tabelle 10:	Entwicklung des Betreuungs- und Pflegegelds 2010 bis 2016.....	64
Abbildung 1:	Gesundheitsausgaben im Rechnungsjahr 2015 nach Leistungsarten.....	8
Abbildung 2:	Gesundheitsausgaben 2015 in TCHF nach Leistungserbringer und Ort der Leistungserbringung.....	10
Abbildung 3:	Finanzströme im Gesundheitswesen in Liechtenstein.....	13
Abbildung 4:	Geldflüsse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2017.....	21
Abbildung 5:	Ziele und Strategiebereiche der gesundheitspolitischen Gesamtplanung ..	33
Abbildung 6:	Prognose der 65-79-Jährigen und 80-Jährigen und Älteren bis ins Jahr 2075 (Fortschreibungs-Methode).....	59
Abbildung 7:	Die Babyboomer werden älter.....	59
Abbildung 8:	Anzahl Heimbewohner auf hundert 80-Jährige und Ältere 31.12.14 im Vergleich zu 2010 (inkl. Schweizer Kantone).....	60
Abbildung 9:	2014 - Anteil der 65-79-Jährigen und 80-Jährigen und Älteren mit ambulanter Pflege in Liechtenstein und der Schweiz (Quelle: Schweizerisches Bundesamt für Statistik: Spitex-Statistik).....	61
Abbildung 10:	Betreuungs- und Pflegegelder für Senioren – aktualisierte Prognose.....	62
Abbildung 11:	Finanzierungsstruktur Alterspflege und –betreuung 2015/2016 (in Mio. CHF).....	69
Abbildung 12:	Anteil der Medikamente an den Gesundheitskosten im internationalen Vergleich.....	70
Abbildung 13:	Medikamentenpreisvergleich Schweiz-Ausland.....	75

Herausgeber: Ministerium für Gesellschaft
Regierungsgebäude
Peter-Kaiser-Platz 1
Postfach 684
9490 Vaduz
www.regierung.li

Auskunft: Amt für Gesundheit
Dr. Eva Maria Mödlagl
Äulestrasse 51
Postfach 684
9490 Vaduz
Telefon: +423 236 7341
info@ag.llv.li
www.ag.llv.li