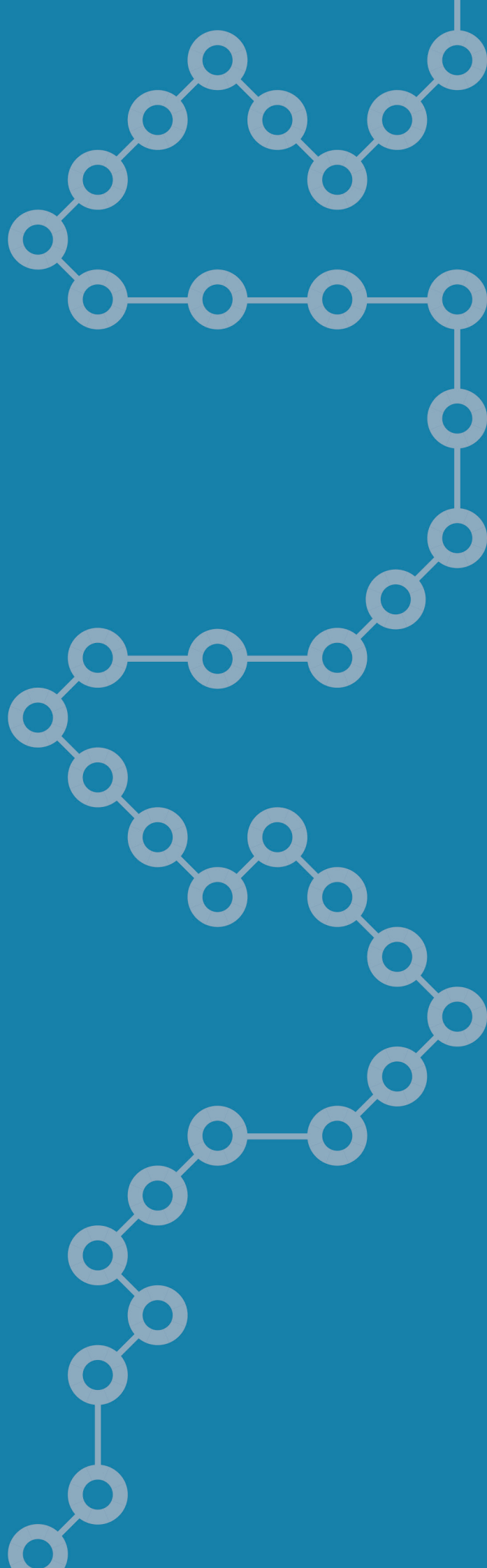




Stiftung Zukunft.li

Gesundheitswesen Liechtenstein

Kosten – Entwicklung – Vergleiche



Gesundheitswesen Liechtenstein

Kosten – Entwicklung – Vergleiche

Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	6
	Das Wichtigste in Kürze	7
	Grundlagen, Methodik und Aufbau	11
	TEIL 1 – EINFÜHRUNG	12
1.	Einleitung	13
2.	Wichtige Gesetzesänderungen	19
	TEIL 2 – KOSTEN – VERGLEICHE – SYSTEME	23
3.	Kosten der Gesundheitsversorgung	24
3.1	Kostenentwicklung in der OKP	24
3.1.1	Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur	25
3.1.2	Die Entwicklung in ausgewählten Leistungsbereichen	29
3.1.3	Effekte von Gesetzesänderungen auf die OKP-Kosten	31
3.1.4	Zwischenfazit	34
4.	Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung	36
4.1	Kostenbeteiligungssysteme aus ökonomischer Sicht	36
4.2	Kostenbeteiligung in Liechtenstein	38
4.3	Vergleich mit der Schweiz	40
4.4	Bedeutung von Prämien und Transferzahlungen	43
4.5	Wirkung von Kostenbeteiligungen	45
4.5.1	Das RAND-HIE-Experiment (RAND HIE)	45
4.5.2	Neuere Forschungsergebnisse	46
4.6	Zwischenfazit	49
5.	Kostenunterschiede zwischen Liechtenstein und den Nachbarkantonen	50
5.1	Unterschiede bei der Kostenbeteiligung	51
5.2	Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur	55
5.3	Gesundheit und Wohlstand	62
5.4	Zwischenfazit	63
6.	Wettbewerb im Gesundheitswesen	65
6.1	Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern	66
6.2	Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten	71
6.3	Wettbewerb zwischen den Spitälern	74
6.4	Zwischenfazit	75
7.	Managed-Care-Modelle	76
7.1	Anreize zur Etablierung von Managed Care	80
7.1.1	Leistungserbringer	80
7.1.2	Krankenversicherer	81

7.1.3	Versicherte	82
7.2	Lösungsansätze zur Förderung von Managed Care	83
7.3	Zwischenfazit	86
	TEIL 3 – WEITERE HERAUSFORDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN	88
8.	Digitalisierung im Gesundheitswesen	89
8.1	E-Health in Liechtenstein	90
8.1.1	Aktueller Stand	90
8.1.2	Chancen und Herausforderungen	92
8.1.3	Weiterentwicklung	92
8.2	Elektronisches Gesundheitsdossier	93
8.2.1	Funktionsweise des eGD	93
8.2.2	Verbreitung und Nutzung	94
8.2.3	Finanzierung	95
8.2.4	Sicherheit	95
8.2.5	Chancen und Herausforderungen des eGD	95
9.	Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung	97
9.1	Ambulantisierung im Gesundheitswesen	97
9.2	Zunehmende Regulierung	98
9.2.1	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen	98
9.2.2	Regionale Bedarfsplanung	99
9.3	Chancen und Herausforderungen für Liechtenstein	100
9.3.1	Chance: Reduktion der ausländischen Abhängigkeit durch Ambulantisierung?	100
9.3.2	Herausforderung: Probleme in der ambulanten Spezialversorgung	101
9.3.3	Chance: Verbesserung der ambulanten Versorgung für Liechtenstein	102
	TEIL 4 – ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN	103
10.	Kosten der Gesundheitsversorgung	104
10.1	Kostenentwicklung in der OKP	104
10.2	Kostenvergleich mit den Nachbarkantonen	104
11.	Kostenbeteiligung: Mit Anreizen Kosten sparen	106
12.	Wettbewerb: Weitgehend inaktiv	110
13.	Managed Care: Modell mit Potenzial	114

14.	Digitalisierung: Auf gutem Weg, aber nicht am Ziel	116
15.	Ambulantisierung: Neue Chance auf grenzüberschreitende Zusammenarbeit	118
	Anhang 1: Kostenbeteiligung Schweiz	121
	Anhang 2: Wettbewerbsindikatoren	122
	Abkürzungsverzeichnis	123
	Literatur	124

Vom ersten Atemzug bis zum letzten Herzschlag wird jede und jeder von uns – sei es häufig oder weniger oft – mit dem Gesundheitswesen konfrontiert. Ob es um die Kosten der medizinischen Versorgung, die finanzielle Selbstbeteiligung, der Wahl des Arztes und der Behandlungsmethode oder andere Fragen geht, das Gesundheitswesen spielt eine zentrale Rolle in unserem Leben.

Es betrifft uns als Patienten, Versicherte, Gesundheitsfachpersonen, Institutionen, Prämien- und Steuerzahler, Arbeitgeber, Versicherungen und politische Entscheidungsträger. Kurzum: In vielerlei Hinsicht ist das Gesundheitswesen ein Spiegelbild unserer Gesellschaft und beeinflusst unser Wohlbefinden massgeblich. Dabei spielt die öffentliche Hand als «Organisator» des Gesundheitswesens eine wesentliche Rolle.

Diese Studie von Zukunft.li fokussiert sich auf die obligatorische Krankenversicherung in Liechtenstein. Ziel ist es, die Entwicklung der Gesundheitskosten zu analysieren und zu zeigen, wie sich diese im Vergleich zur Schweiz und zu den Grenzkantonen darstellen. Da Liechtenstein das schweizerische System weitgehend übernommen hat, ist dieser Vergleich besonders relevant. Zudem werden in der Studie Aspekte der Verhaltensökonomie beleuchtet, um Ansätze für eine effizientere und transparentere Gestaltung des Gesundheitssystems aufzuzeigen.

Wir hoffen, dass diese Publikation nicht nur dazu beiträgt, das System besser zu verstehen, sondern auch politische Aufmerksamkeit für unsere Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens weckt. Darüber hinaus soll dieses Projekt eine Grundlage für weitere Analysen und Vergleiche mit anderen Gesundheitssystemen ausserhalb Liechtensteins und der Schweiz bieten.

Wenn diese einführenden Worte Ihr Interesse an diesem Thema geweckt haben, freuen wir uns und wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Peter Eisenhut, Stiftungsratspräsident

Die Gesundheitskosten und damit verbunden die Krankenkassenprämien sind auch in Liechtenstein politisch intensiv diskutierte Themen. Diese Studie richtet den Blick auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und analysiert die Gesundheitskosten in ihrer Entwicklung und im Vergleich zu den Schweizer Nachbarkantonen. Durch die engen Verflechtungen und die hohe Ähnlichkeit der Gesundheitssysteme in beiden Ländern bietet sich dieser Vergleich an.

Enge Verflechtungen wiederum schränken den Handlungsspielraum ein. Die Studie sucht innerhalb des heutigen Systems nach Steuerungsmöglichkeiten. Auch wirft sie einen Blick auf zwei Themen, die das Gesundheitswesen mittel- bis langfristig wesentlich beeinflussen dürften: die Digitalisierung und verschiedene regulatorische Entwicklungen in der Schweiz.

Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen:

Kostenentwicklung in der OKP

Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen kennt verschiedene Treiber. Dazu gehören das Bevölkerungswachstum, die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, sich verändernde Präferenzen der Bevölkerung, aber auch eine hohe Anspruchshaltung. Zudem spielen verschiedene Anreizmechanismen für Patienten wie für Leistungserbringer eine Rolle. Die Gesundheitskosten pro Versicherten in der OKP sind von 2004 bis 2022 um 62 Prozent oder 2.6 Prozent im Jahresdurchschnitt angestiegen. Einzelne Wachstumstreiber lassen sich isolieren. Etwa ein Drittel des Anstiegs ist auf die Veränderung der demografischen Struktur durch die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen.

Nach Leistungsbereichen gegliedert, entfällt der höchste Kostenanteil mit rund 36 Prozent auf stationäre Spitalaufenthalte, gefolgt von ambulanten Behandlungen (30 Prozent), anderen Leistungen wie beispielsweise Laboranalysen, Physio- und Psychotherapien (20 Prozent) und dem Konsum von Medikamenten (13 Prozent). Die Kosten der einzelnen Leistungsbereiche sind ähnlich angestiegen, sodass nicht ein einzelner Bereich das Wachstum massgeblich beeinflusst hat. Der Blick auf zwei wesentliche regulatorische Änderungen in den Jahren 2013 (Einführung des SwissDRG-Systems) und 2017 (umfassendes Gesetzespaket) zeigt, dass diese die Kostenentwicklung zwar langfristig gedämpft haben, aber die Kosten weiterhin angestiegen sind.

Kostenbeteiligung: Zielgerichtete Unterstützung anstelle flächendeckender Entlastungen

Kostenbeteiligungssysteme mit Franchise und Selbstbehalt reduzieren die Gesundheitskosten nachweislich. Bei ihrer Konzeption muss allerdings darauf geachtet werden, dass keine negativen Effekte entstehen, etwa durch das Aufschieben notwendiger Behandlungen. Zudem sollte die Franchisenhöhe nicht abhängig von planbaren medizinischen Behandlungen strategisch verändert werden.

In Liechtenstein bestehen verschiedene Ausnahmeregelungen, durch die Sparpotenzial in der OKP verloren geht. So sind Kinder und Jugendliche, Personen im Rentenalter und Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Haushalte ganz oder teilweise von der Kostenbeteiligung befreit. Um die Wirkung von Beteiligungssystemen zu nutzen, sollten diese Ausnahmen durch gezielte Unterstützung im Prämienverbilligungssystem abgelöst werden. Dadurch wird das System keineswegs unsolidarischer. Im Gegenteil: Die heute flächendeckende Entlastung durch die Ausnahmeregelungen wird durch eine zielgenaue Unterstützung ersetzt. Davon profitiert die ganze Versichertengemeinschaft, da sie bei richtiger Konzeption Personen mit geringeren Einkommen insgesamt nicht schlechter stellt.

Auch sollte der Anteil Versicherter im erwerbsfähigen Alter mit Wahlfranchise gesteigert werden. Höhere Franchisen haben das Potenzial, die übermässige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu verringern. Eine Anpassung der heutigen Franchisestufen kann ein Mittel dazu sein. Schliesslich sollte der heute jährlich mögliche Franchisenwechsel abgeschafft und durch eine Wechselmöglichkeit, beispielsweise alle drei Jahre, ersetzt werden. Ein Franchisenwechsel aufgrund geplanter Eingriffe unterläuft das Systemziel, und die daraus resultierenden Konsequenzen dieses Verhaltens trägt letztlich wieder die Versichertengemeinschaft.

Kostenvergleich: Pro Kopf 20 Prozent höher als in Nachbarkantonen

Die OKP-Kosten pro versicherte Person liegen in Liechtenstein um 20 Prozent über dem Niveau von St. Gallen und Graubünden. Die Differenz zeigt sich in praktisch allen Leistungsbereichen und nimmt bei Versicherten ab Alter 55 deutlich zu. In der Langzeitpflege dürfte das Betreuungs- und Pflegegeld in Liechtenstein der Grund für den durchschnittlich höheren Pflegegrad und damit verbunden für die deutlich höheren OKP-Kosten in den Pflege-

heimen sein, da Heimeintritte durch diese Unterstützung oft zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Ein markanter Unterschied zu den Schweizer Kantonen zeigt sich im Versicherungsverhalten. Ein deutlich höherer Anteil der Versicherten wählt in Liechtenstein das Modell mit Grundfranchise und verzichtet damit auf Prämienrabatte, die bei der Wahl von höheren Franchisen gewährt werden. Die Pro-Kopf-Kosten von Versicherten mit Grundfranchise liegen deutlich über denjenigen mit den höheren Wahlfranchisen und sind damit zu einem wesentlichen Teil für den Kostenunterschied verantwortlich. Eine stärkere Inanspruchnahme von Leistungen und der hohe Wohlstand in Liechtenstein dürften die höheren Kosten zusätzlich erklären. Ein internationaler Vergleich bestätigt die Korrelation zwischen Wohlstand und Gesundheitsausgaben.

Wettbewerb: Im Gesundheitswesen (fast) inexistent

Strenge Regulierung reduziert den Wettbewerb im Gesundheitswesen auf allen Ebenen auf ein Minimum. Wo Spielräume vorhanden sind, beispielsweise durch die Schaffung von Versicherungsmodellen mit Versorgungsnetzen, werden sie nicht genutzt. In der ambulanten Versorgung verhindert die Bedarfsplanung den Wettbewerb innerhalb der OKP, vielmehr bieten verschiedene Systemelemente Anreize zur Mengenausweitung.

Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen, die Möglichkeit von Tarifverhandlungen mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten respektive Facharztgruppen oder auch eine periodische Neuausschreibung der OKP-Stellen in der Bedarfsplanung sind mögliche Massnahmen, um den Wettbewerb innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen zu fördern. Ein weiteres wettbewerbsbelebendes Instrument ist die Verbesserung der öffentlich zugänglichen Informationen zur Qualität von Ärztinnen und Ärzten. Es ist undenkbar, dass Liechtenstein ein eigenes Qualitätsindikatorensystem entwickelt und betreibt. Die Qualitätsmessung und -information könnte dennoch mit einigen wenigen, aber gut erforschten Indikatoren starten. Ein erster einfacher Schritt zu höherer Transparenz wäre die Veröffentlichung des jährlich von der Liechtensteinischen Ärztekammer erstellten Berichts zur Prüfung von Qualitätskriterien ihrer Mitglieder.

Managed Care: Vielversprechender Ansatz

Dieser Begriff bezeichnet einen Ansatz, mit dem dank verbesserter Organisation und optimierter Strukturen und Prozesse Gesundheitsleis-

tungen kosteneffizienter bei gleichzeitig hoher Qualität erbracht werden. Wer sich als versicherte Person für ein solches System entscheidet, schränkt ihre Freiheit bei der Arztwahl zwar ein, profitiert im Gegenzug aber von geringeren Prämien.

Mit der aktuellen Regulierung bestehen für Versicherungen und Leistungserbringer kaum Anreize, in solche Modelle zu investieren. Heute können Versorgungsverträge nur mit Leistungserbringern innerhalb der Bedarfsplanung abgeschlossen werden. Die Erweiterung dieses Kreises auf Leistungserbringer ausserhalb der Bedarfsplanung könnte neue Möglichkeiten in diesem Bereich eröffnen und ein Konkurrenzangebot zu Ärzten mit Bedarfsplanung bieten. Da die öffentliche Hand ein grosses Interesse an einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung hat, sollte sie die Etablierung solcher Strukturen durch eine teilweise Umschichtung des heutigen OKP-Staatsbeitrags zeitlich begrenzt unterstützen.

Digitalisierung: Gut unterwegs – Potenzial besser ausschöpfen

Liechtenstein hat mit dem elektronischen Gesundheitsdossier (eGD) die Voraussetzungen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen geschaffen. Das eGD kann seine Vorteile allerdings erst mit einer breiten Nutzung durch Patienten und Leistungserbringer entfalten. Das ist heute noch nicht der Fall. Massnahmen wie die Einführung mobiler Apps oder ein vereinfachtes Freigabeverfahren für die Nutzung der Patientendaten würden diese Verbreitung unterstützen und sollten dringend vorangetrieben werden.

Ambulantisierung: Chance auf grenzübergreifende Zusammenarbeit

Seit einigen Jahren entwickelt sich auch in der Schweiz der Trend, verschiedene Eingriffe ambulant statt stationär und damit kostengünstiger vorzunehmen. Dies erfordert eine Neuregelung der Finanzierung, die ab spätestens 2028 für ambulante und stationäre Leistungen einheitlich erfolgen soll. Neu finanzieren die Kantone nach dem stationären auch den ambulanten Bereich mit und dadurch erhalten sie zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten. Dazu gehört die Festlegung von Limiten für die Anzahl der zur OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte. Damit nähert sich die Regulierung in der Schweiz der Bedarfsplanung in Liechtenstein an. Dies erhöht die Chance auf eine regionale Bedarfsplanung zwischen Liechtenstein und den Schweizer Nachbarkantonen.

Grundlagen

Die wissenschaftlichen Grundlagen dieser Publikation wurden im Auftrag der Stiftung Zukunft.li von Polynomics in Olten erarbeitet (Mäder et al., 2024). Die Grundlagenstudie «Das Gesundheitswesen in Liechtenstein – heute und morgen» ist unter www.stiftungzukunft.li abrufbar.

Methodik und Aufbau

Die Vielzahl der Anpassungen auf gesetzlicher Ebene machen die Dynamik und Aktualität des Gesundheitswesens auf politischer Ebene deutlich. Kapitel 2 listet die zentralen (Gesetzes-)Änderungen auf, die zur heute geltenden Systematik geführt haben. Kapitel 3 widmet sich der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und identifiziert deren Haupttreiber.

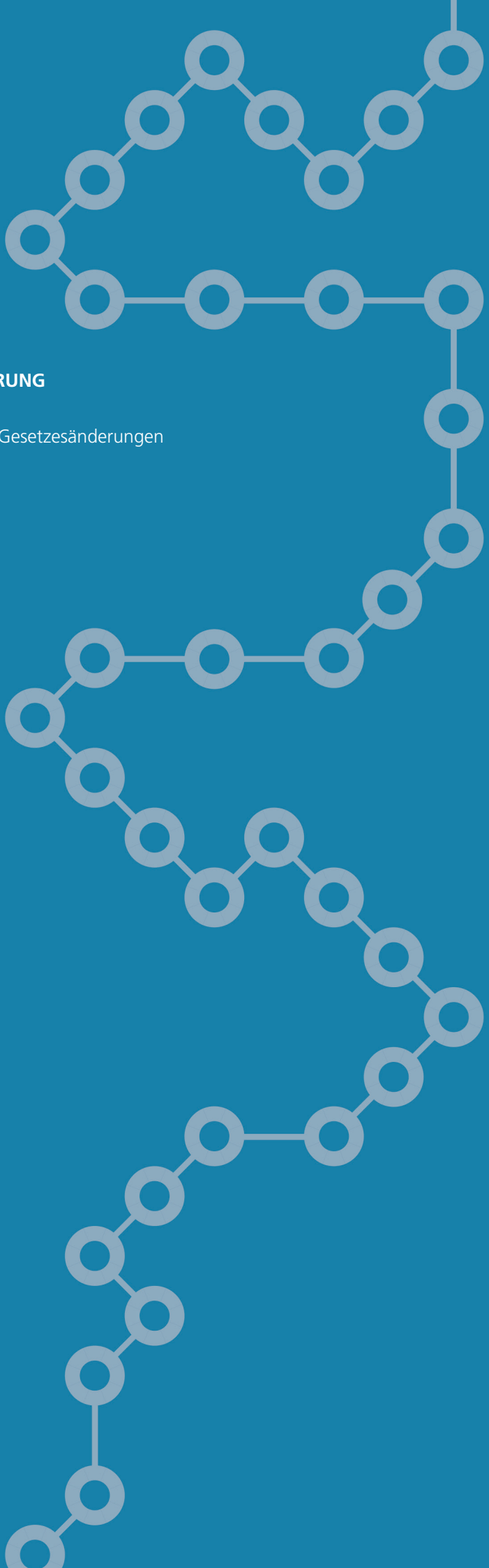
Kostenbeteiligungssysteme sollen Versicherte anregen, medizinische Leistungen mit Bedacht in Anspruch zu nehmen, und ein gesundheitsbewusstes Verhalten fördern. Kapitel 4 beschreibt eine ökonomische Sicht auf Beteiligungssysteme, erläutert die Systematik in Liechtenstein und vergleicht sie mit derjenigen in der Schweiz. Kapitel 5 zeigt auf, wie die Hauptunterschiede zu den Pro-Kopf-Kosten im Vergleich zu den Schweizer Nachbarkantonen zu erklären sind.

Das Gesundheitswesen ist sehr stark reguliert. In Kapitel 6 werden anhand des Konzepts eines wirksamen Wettbewerbs Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis in den Bereichen Krankenversicherungen, Ärzteschaft und Spitäler analysiert.

Managed-Care-Modelle sollen durch eine enge Zusammenarbeit aller Akteure eine effiziente und zielgerichtete Gesundheitsversorgung sicherstellen. In Kapitel 7 werden die Wirkungen dieser integrativen Modelle, die bisherigen Hindernisse für deren Umsetzung in Liechtenstein und ein Lösungsansatz zur Förderung solcher Modelle thematisiert.

Mit der Digitalisierung und dem Trend zur ambulanten Behandlung beschreiben die Kapitel 8 und 9 zwei wesentliche Trends und skizzieren Chancen und Herausforderungen für Liechtenstein in diesen Bereichen.

Abschliessend werden die wesentlichen Erkenntnisse in den Kapiteln 10 bis 15 zusammengefasst und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet.



TEIL 1 – EINFÜHRUNG

1. Einleitung
2. Wichtige Gesetzesänderungen

Kaum ein anderes Thema ist ein so beständiger politischer Dauerbrenner wie das Gesundheitswesen. Angesichts der Vielzahl und der Vielfalt an involvierten Akteuren ist dies jedoch wenig überraschend. Von der Geburt bis zum Tod ist jede Person bei einer Krankenkasse versichert. Je nach Lebensphase und Gesundheitszustand nutzt sie essenzielle Gesundheitsdienstleistungen, die sie sowohl bewusst durch Prämien, Franchisen und Selbstbehalte als auch weniger bewusst durch Steuern finanziert. Arbeitgeber haben ein starkes Interesse an der Gesundheit ihrer Angestellten. In Liechtenstein finanzieren sie zudem einen signifikanten Teil der Krankenkassenprämien ihrer Mitarbeitenden.

Im Jahr 2022 arbeiteten von den rund 42'500 Beschäftigten in Liechtenstein 1'200 Personen oder 2.9 Prozent im Gesundheitswesen (AS, 2024b). Auch aussenpolitisch ist der Bereich vor allem durch die engen regulatorischen Verflechtungen mit der Schweiz sowie durch den hohen Anteil an im Ausland konsumierten Gesundheitsleistungen relevant. 393 Millionen Franken oder 10'020 Franken pro Kopf betrugen die gesamten Gesundheitsausgaben der liechtensteinischen Bevölkerung im Jahr 2021.¹ Mehr als ein Drittel davon wurde im Ausland konsumiert. Im Spitalbereich waren es sogar 75 Prozent, da Liechtenstein nur ein kleines Spital mit eingegrenztem Leistungsauftrag betreibt (AS, 2024c).

Reflektieren diese hohen Ausgaben auch den Gesundheitszustand der Bevölkerung? Dazu gibt es für Liechtenstein keine aktuellen Daten, denn die letzte verfügbare Gesundheitsbefragung ist schon etwas in die Jahre gekommen. 2017 bezeichneten 87 Prozent ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut, 10 Prozent als mittelmässig und nur 3 Prozent als schlecht (AS, 2017). Wenn man aufgrund der hohen Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme beider Länder unterstellt, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Liechtenstein nicht wesentlich von derjenigen in der Schweiz abweicht, dann liegt sie auch im internationalen Vergleich auf einem hohen Niveau. Eine Umfrage unter OECD-Staaten im Jahr 2022 ergab, dass 92 Prozent der Befragten in der Schweiz mit ihrem Gesundheitswesen zufrieden waren – ein Spitzenwert im internationalen Vergleich.²

1 Die Gesundheitsausgaben umfassen nicht nur die von der OKP finanzierten Kosten. Sie beinhalten insbesondere auch die Kosten, welche die Haushalte durch freiwillige Versicherungen oder durch Selbstzahlung tragen, sowie die Aufwendungen für die Administration des Gesundheitswesens.

2 Es wurde nach der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit bezüglich der Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in der Stadt oder Region gefragt.

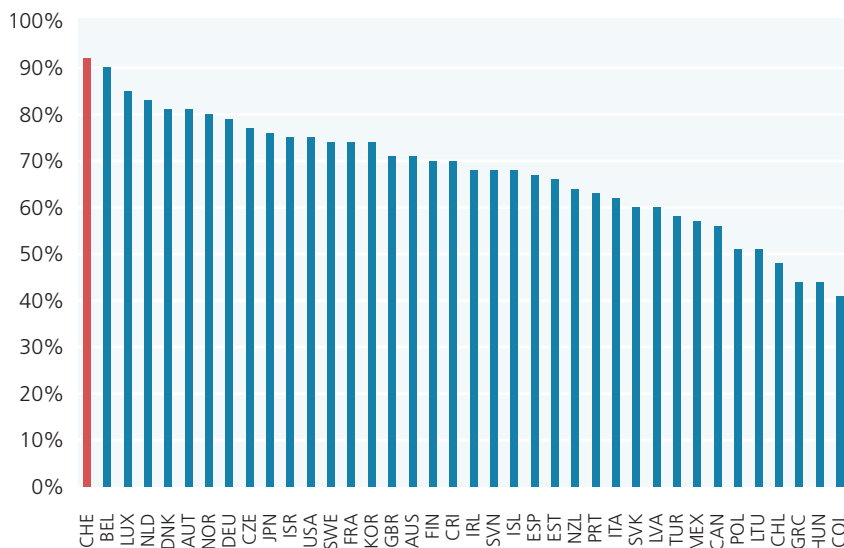


Abbildung 1:
Zufriedenheit mit dem
Gesundheitssystem in OECD-
Staaten, 2022

Quelle: OECD (2023)

Eine Erhebung des Liechtenstein-Instituts zu Lebenszufriedenheit und Sorgen der liechtensteinischen Bevölkerung aus dem Jahr 2022 bestätigt dieses Bild (Frommelt & Rochat, 2022). 29 Prozent der Befragten bezeichneten ihre persönliche Gesundheit als sehr gut, weitere 57 Prozent als eher gut.

Des Weiteren kann gefragt werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und den Gesundheitsausgaben besteht. Abbildung 2 zeigt die Gesundheitsausgaben der OECD-Staaten pro Kopf der Bevölkerung.

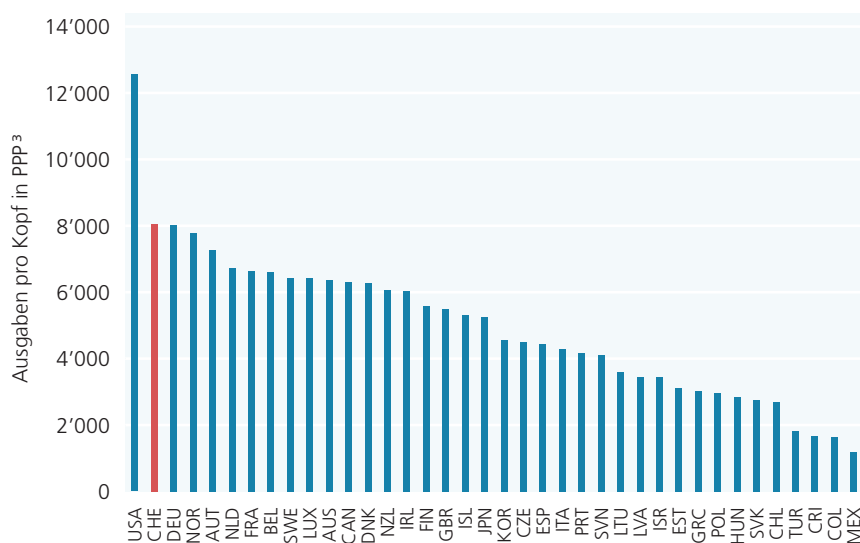


Abbildung 2:
Gesundheitsausgaben pro
Kopf in den OECD-Staaten,
2022

Quelle: OECD (2024)

3 PPP: Purchasing Power Parity. Es handelt sich um eine Korrektur des BIP bzw. BIP pro Kopf aufgrund von Unterschieden in der Kaufkraft des jeweiligen Landes. Die Umrechnung dient der internationalen Vergleichbarkeit.

Die USA mit den mit Abstand höchsten Gesundheitsausgaben belegt bei der Zufriedenheit Rang zwölf, während sich die Schweiz das zweit-teuerste System leistet, damit aber auch zufrieden zu sein scheint. Über alle Staaten betrachtet ist die Korrelation zwischen Pro-Kopf-Kosten und Zufriedenheit recht hoch und ein Zusammenhang darf angenommen werden. Die Analyse soll an dieser Stelle auch nicht weiter vertieft werden. Aber durch die sehr starke Ähnlichkeit des Gesundheitssystems in Liechtenstein mit demjenigen der Schweiz darf zumindest die These aufgestellt werden, dass die Bevölkerung Liechtensteins nicht wesentlich zufriedener oder unzufriedener mit dem Gesundheitssystem ist als diejenige des Nachbarlandes.

Ein politischer Dauerbrenner ist der Gesundheitsbereich vor allem durch die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Prämien und den öffentlichen Haushalt. Die Entwicklung einzelner Grössen im Vergleich:⁴

- Die von der OKP getragenen Kosten pro versicherte Person wuchsen von 2004 bis 2022 um durchschnittlich 2.6 Prozent pro Jahr.
- Die durchschnittliche OKP-Prämie in Liechtenstein erhöhte sich von 2004 bis 2022 von 204 auf 301 Franken und damit um 2.2 Prozent pro Jahr⁵ (AG, 2024). Für 2024 lag der Prämienanstieg je nach Krankenkasse zwischen 2.2 Prozent und 12.4 Prozent (AG, 2022; AG, 2023).⁶
- Das nominale BIP-Wachstum lag im gleichen Zeitraum bei durchschnittlich 2.3 Prozent und somit tiefer als das Kostenwachstum in der OKP⁷ (Liechtenstein-Institut, 2024).
- Der Medianlohn stieg zwischen 2006 bis 2022 durchschnittlich um 1.1 Prozent pro Jahr an (AS, 2024a).

Die erwähnte Umfrage des Liechtenstein-Instituts zur Lebenszufriedenheit zeigt auch, dass trotz grossmehrheitlich guter Gesundheit vielen Befragten die Gesundheitskosten selbst Sorgen bereiten. Sie rangieren bei der Frage nach den drängendsten Themen auf dem dritten Platz, nach Verkehr und Lebenshaltungskosten. Bei der Frage nach den sechs drängendsten Problemen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Für die über 50-Jährigen stehen die Gesundheitskosten an erster Stelle, bei den 18- bis 34-Jährigen landen sie auf dem sechsten Rang.

4 Die teilweise unterschiedlichen Zeiträume sind der Verfügbarkeit der statistischen Daten geschuldet.

5 Bis 2016 basiert die Berechnung des Durchschnitts auf den Prämien mit Grundfranchise. Danach sind auch die Prämien mit Wahlfranchisen gewichtet berücksichtigt.

6 Erwachsene bis Alter 64 mit Grundfranchise von 500 Franken.

7 2022: Schätzwerte.

Wenn die Gesundheitskosten – und damit dürften die meisten die Krankenkassenprämie meinen – so grosse Sorgen bereiten, ist die Bevölkerung dann auch bereit, im Gesundheitswesen zu sparen? Auch für die Antwort auf diese Frage muss in die Schweiz ausgewichen werden. Mit dem repräsentativen «Gesundheitsmonitor» erfragt das Forschungsinstitut GfS Bern jährlich die Einstellung der Schweizer Stimmberechtigten zum Gesundheitswesen. In der aktuellen Erhebung 2023 (Bieri et al., 2023) finden sich Resultate wie: «Seit 2015 zieht die Mehrheit der Befragten das Originalmedikament einem Generikum oder einem Biosimilar vor» oder «Immer noch klar bevorzugt werden die Qualitäts- und Quantitätsorientierung sowie der freie Zugang zu neuen Medikamenten gegenüber der Kostenorientierung». Ebenso deutlich: «Die Bereitschaft, zwecks allgemeiner Kostensenkungen individuelle Einschränkungen auf sich zu nehmen, war 2022 so tief wie schon länger nicht mehr» oder «Alle fünf abgefragten Massnahmen⁸ lehnt jeweils eine absolute Mehrheit kategorisch ab ...». Qualität ist also wichtiger als Kosten. Es besteht kaum Bereitschaft, Abstriche zu machen. Ohne es belegen zu können, wagt Zukunft.li auch hier die Vermutung, dass die gleiche Befragung in Liechtenstein zu nicht wesentlich anderen Resultaten führen dürfte.

Die Gesundheitskosten stehen denn auch im Fokus dieser Studie von Zukunft.li und im Speziellen die von der OKP finanzierten Gesundheitsleistungen. Die OKP gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft für Massnahmen aus dem gesetzlich definierten Leistungskatalog (Ministerium für Gesellschaft, 2020).⁹ Seit der Einführung des Obligatoriums (1971) sind alle in Liechtenstein wohnhaften oder erwerbstätigen Personen krankenversichert.

- 8 Kürzung Leistungskatalog, eingeschränkter Zugang zu neuen Medikamenten oder Behandlungsformen, Verschreibungsfreiheit, keine freie Arztwahl, keine freie Spitalwahl.
- 9 Unfalleistungen werden durch die OKP gedeckt, wenn keine Unfallversicherung dafür aufkommt. In Liechtenstein und der Schweiz ist eine Unfallversicherung für angestellte Arbeitnehmende obligatorisch. Damit kann die Unfaldeckung in der OKP ausgeschlossen werden. Kinder, Rentner und nicht erwerbstätige Personen sind hingegen in der Regel bei ihrer Krankenversicherung gegen Unfälle versichert, und die Leistungen werden gleich behandelt wie bei Krankheit und Mutterschaft. Diesbezüglich bestehen keine Unterschiede zwischen Liechtenstein und der Schweiz, die einen Kostenvergleich verzerren würden.

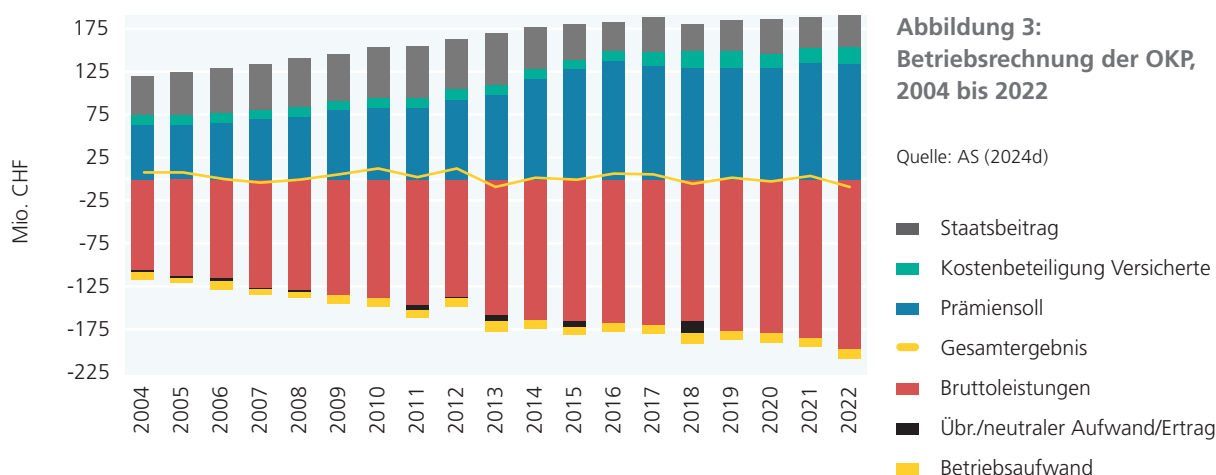
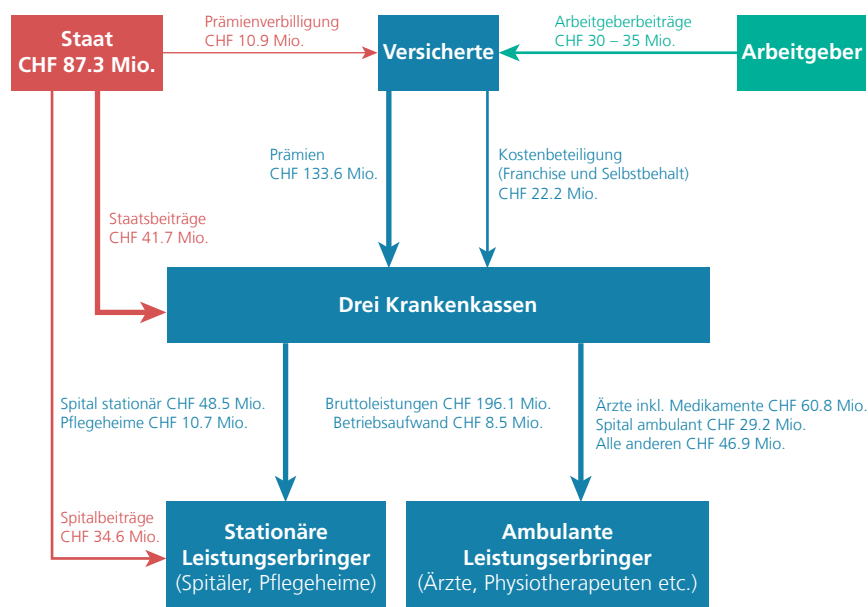


Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der OKP-Betriebsrechnung 2004 bis 2022 und erlaubt eine Einordnung verschiedener relevanter Grössen. Die gesamten OKP-Bruttoleistungen beliefen sich 2022 auf 196 Millionen Franken. Im Betrachtungszeitraum wurde der kumulierte Gesamtaufwand zu 63 Prozent durch Prämien, zu 30 Prozent durch den Staatsbeitrag und zu acht Prozent durch die Kostenbeteiligungen der Versicherten finanziert (AS, 2024d).

In Abbildung 4 sind die Geldflüsse zwischen den OKP-Beteiligten für das Jahr 2022 dargestellt. Versicherte zahlen Prämien und Kostenbeteiligungen an die drei in Liechtenstein tätigen Versicherungen, die ihrerseits die Leistungserbringer für die von den Versicherten bezogenen Gesundheitsdienstleistungen – dort als Bruttoleistungen (196.1 Millionen Franken) bezeichnet – entschädigen. Der Staat leistet Zahlungen auf drei Ebenen: Staatsbeiträge an die Versicherungen, Prämienverbilligungen an Versicherte und Beiträge an bestimmte Spitäler. Schliesslich finanzieren die Arbeitgeber 50 Prozent der Beiträge ihrer Angestellten mit. Dieser Beitrag fliesst aber nicht an die Krankenkassen, sondern direkt an die Arbeitnehmenden.



Die Untersuchung könnte mit guten Gründen viel weiter gefasst werden, als es der Fokus auf die Kostenfragen erlaubt, zum Beispiel indem die Patientinnen und Patienten ins Zentrum gestellt werden. Schliesslich ist die Qualität der Gesundheitsleistungen der entscheidende Faktor für die

Menschen, die auf sie angewiesen sind. Zukunft.li fokussiert in dieser Studie dennoch auf die Kosten, um dieses komplexe Thema zu veranschaulichen. Weitere Aspekte der Gesundheitsversorgung könnten in weiteren Studien und Projekten behandelt werden.

Viele Aspekte, die im Folgenden beleuchtet werden, spiegelt Zukunft.li zudem mit der Schweiz als Vergleichsland. Ausgerechnet mit dem Land, das – wie bereits aufgezeigt – eines der teuersten Systeme weltweit betreibt. Auch das hat seinen guten Grund, denn das liechtensteinische Gesundheitswesen ist so eng mit der Schweizer Systematik verwoben wie kaum ein anderer Politikbereich. Und auch dort gilt das bereits Gesagte: In einem nächsten Schritt sollte untersucht werden, von welchen Ländern Liechtenstein in der Konzeption und Systematik des Gesundheitswesens lernen kann. Für diesen Blick ist aber ein profundes Verständnis der aktuell eingesetzten Systematik essenziell. Dieses will Zukunft.li mit dieser Publikation schaffen.

Neben einer vertieften Analyse der Kostenentwicklung identifiziert die Studie zentrale Kostentreiber und beleuchtet verhaltensökonomische und wettbewerbspolitische Aspekte. Zudem wird der Frage nachgegangen, ob integrierte Versorgungsnetze, wie sie zwar in der Schweiz seit langem angeboten werden, aber in Liechtenstein bis anhin nicht existieren, Möglichkeiten bieten, die Kosten für Gesundheitsdienstleistungen ohne Qualitätseinbussen zu senken. Abschliessend werden zwei wesentliche Trends im Gesundheitswesen – die Digitalisierung und die Verlagerung bestimmter Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich – im liechtensteinischen Kontext beleuchtet.

Die zahlreichen Anpassungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) unterstreichen die politische Bedeutung und die dynamische Entwicklung im liechtensteinischen Gesundheitswesen. Seit dem Jahr 2000 wurde das Gesetz rund 20-mal modifiziert. Dieses Kapitel bietet als Einstieg in das Thema einen Überblick über die wesentlichen Veränderungen, beginnend mit der Einführung des Hausarztmodells im Jahr 2000, um die sich eine langanhaltende und intensive Debatte gedreht hatte.

2000: Hausarztmodell wird eingeführt

Nach dem EWR-Beitritt des Landes im Jahr 1995 stiegen die Kosten im Gesundheitswesen durch den Zuzug und die Praxiseröffnungen von Ärztinnen und Ärzten stark an. Die Politik reagierte mit einer umfassenden Reform. Im April 2000 wurde das Hausarztsystem gesetzlich eingeführt mit dem Ziel, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen.

Die Teilnahme am Hausarztmodell war für Versicherte nicht verpflichtend, den Krankenkassen wurde jedoch auferlegt, eine Versicherungsoption anzubieten, «... in welcher die Versicherten mit dem Beitritt die Verpflichtung übernehmen, mit Ausnahme von Notfällen im Krankheitsfall zunächst einen bestimmten in Liechtenstein zugelassenen Arzt, der als Grundversorger tätig ist, als Hausarzt aufzusuchen.» (Regierung, 1998). Eine Behandlung durch einen Spezialisten oder im Spital sollte damit ausschliesslich erst nach Überweisung durch den Hausarzt erfolgen.

Die Wahl des Hausarztsystems wurde den Versicherten durch finanzielle Anreize bei der Kostenbeteiligung der Versicherten schmackhaft gemacht. Wer sich dafür entschied, musste nur 50 Prozent der Kostenbeteiligung tragen. Gänzlich davon ausgenommen waren einerseits Versicherte unter 16 Jahren und andererseits Jugendliche und Personen im Rentenalter, die das Hausarztsystem wählten.

Schliesslich wurden mit der Reform die Prämienverbilligungen an einkommensschwache Versicherte eingeführt. Auch dort wurden Anreize für die Wahl des Hausarztsystems geschaffen, indem der Anspruch auf diese Beiträge direkt mit der Wahl des Versicherungssystems verknüpft wurde.

2004: Bedarfsplanung löst Hausarztmodell ab

Nur vier Jahre später wurde das Hausarztmodell als Standardvariante wieder abgeschafft, und an seine Stelle trat die heute noch gültige Bedarfsplanung.

Die Regierung begründete diese Neuausrichtung mit dem anhaltenden Kostendruck durch die Zulassung neuer Ärzte. Ihre Anzahl hatte sich von 33 im Jahr 1996 auf 64 im Jahr 2002 fast verdoppelt.¹⁰ Der Aufwand in der OKP stieg von 1996 bis 2001 um 47.5 Prozent an, während die Anzahl der Versicherten nur geringfügig zunahm. Pro Person lagen die Kosten um über 40 Prozent über jenen im Kanton St. Gallen.

Zuvor waren alle zur Berufsausübung zugelassenen Ärzte berechtigt, über die OKP abzurechnen. Neu galt dies nur noch für die von der Liechtensteinischen Ärztekammer und dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) bestimmten Leistungserbringer. Versicherte hatten zwar die Möglichkeit, auch Ärzte ausserhalb der Bedarfsplanung zu wählen. Aber es wurde in diesen Fällen nur die Hälfte des Tarifs von den Krankenkassen übernommen, wenn nicht eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen wurde.

Auf der Leistungsseite wollte die Regierung mit verschiedenen Massnahmen auf die Kostenentwicklung Einfluss nehmen. Den Krankenkassen wurden Kostenziele vorgegeben und Versicherte wurden dazu verpflichtet, im Krankheitsfall die Behandlung bei dem zu Beginn aufgesuchten Arzt fortzusetzen. Dieser sollte auch über Zuweisungen an Spezialisten oder ans Spital entscheiden.

Mit der Revision wurden auch die an das Hausarztssystem geknüpften Beschränkungen bei der Prämienbefreiung respektive der Prämienverbilligung aufgehoben und der Anspruch wurde auf alle Versicherten ausgedehnt, welche die entsprechenden Förderbedingungen (z. B. Einkommensgrenzen) erfüllten.

Auf der Finanzierungsseite änderte man unter anderem die Regelung für den Staatsbeitrag an die Krankenkassen. Während er zuvor einem festen Prozentsatz der OKP-Kosten entsprach, wurde er neu jährlich durch den Landtag bestimmt und damit finanzpolitisch steuerbarer gemacht (Regierung, 2003a).

Das Hausarztssystem wurde jedoch nicht vollständig abgeschafft. Man schuf eine Bestimmung, mit der die Versicherungen Versorgungsnetze wie beispielsweise den Hausarztansatz auf freiwilliger Basis als Versicherungsform anbieten konnten (Regierung, 2003b).

¹⁰ Heute führt der Liechtensteinische Krankenkassenverband auf der Website rund 90 Ärztinnen und Ärzte mit OKP-Zulassung auf. Die Angaben beziehen sich auf die Zahl der Fachkräfte und nicht auf Vollzeitstellen. Es handelt sich dabei um 50- und 100-Prozent-Stellen (LKV, 2024).

2014: Erweiterte OKP

Im Rahmen der Sanierung des Staatshaushalts musste die Regierung beim Staatsbeitrag an die Krankenkassen 23 Millionen Franken einsparen. Eine weitere KVG-Revision sollte dieses Ziel neben der Reduktion des Staatsbeitrags durch höhere Kostenbeteiligungen der Versicherten erreichen – sozialpolitisch flankiert durch stärkere Unterstützung von einkommensschwachen Versicherten. Die von der Regierung vorgeschlagene Erhöhung der Kostenbeteiligung fand allerdings keine Mehrheit im Landtag und wurde nicht umgesetzt.

Ein weiteres Reformelement umfasste eine grundlegende Systemanpassung der OKP. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Kosten von Leistungserbringern ohne OKP-Vertrag zur Hälfte aus der OKP vergütet. Die restlichen 50 Prozent mussten die Versicherten selbst übernehmen oder sie mussten eine Zusatzversicherung für die «freie Wahl des Leistungserbringers» abschliessen. Danach wurde eine «OKP plus» mit freier Wahl des Leistungserbringers geschaffen, die von den Krankenkassen für eine monatliche Prämie von 40 Franken angeboten werden musste. Ein wesentlicher Unterschied zum Vorgängersystem lag darin, dass bei einem Leistungsbezug die volle Kostenbeteiligung verrechnet wurde. Zuvor fiel für Behandlungen, die über die Zusatzversicherung finanziert wurden, nur die halbe Kostenbeteiligung an (Regierung, 2012).

2017: Neue Hochkostenversicherung, Erhöhung der Kostenbeteiligung und Tarmed-Tarifsystem

Die Gesundheitskosten stiegen weiter stark an und führten 2015 zu einer nächsten KVG-Reform, die 2017 in Kraft gesetzt wurde. Die Regierung schlug in einem umfassenden Massnahmenpaket unter anderem folgende Änderungen vor, die auch umgesetzt wurden (Regierung, 2015a; Regierung 2015b):

- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wurde in eine Hochkostenversicherung für Leistungen über 5'000 Franken pro versicherte Person und eine Grundversicherung bis 5'000 Franken aufgeteilt.
- Die Mindestfranchise für Erwachsene wurde von 200 auf 500 Franken angehoben.
- Der Selbstbehalt für Erwachsene wurde von 10 auf 20 Prozent erhöht, mit Ausnahme für Rentnerinnen und Rentner, bei denen er unverändert bei 10 Prozent blieb. Damit stieg die maximale Kostenbeteiligung mit

der Mindestfranchise von 800 auf 1'400 Franken für Erwachsene unter 65 Jahren und von 400 auf 950 Franken für Personen im Rentenalter.

- Der obere Wert der wählbaren Franchisen wurde auf 4'000 Franken angehoben.
- Das Schweizer Tarifsysteem für ambulante Arztleistungen (Tarmed) wurde als Ersatz für den liechtensteinischen Arzttarif übernommen. Tarifverhandlungen konzentrierten sich nun hauptsächlich auf die Festlegung des Taxpunktwerts.

2022: Franchisenbefreiung für Rentnerinnen und Rentner

Eine von den Demokraten pro Liechtenstein initiierte Volksinitiative fand an der Urne eine Zustimmung von 64 Prozent. Damit wurden alle Personen im Rentenalter von der Grundfranchise von 500 Franken befreit (Regierung, 2022a).

TEIL 2 – KOSTEN – VERGLEICHE – SYSTEME

- 3. Kosten der Gesundheitsversorgung
 - 3.1 Kostenentwicklung in der OKP
 - 3.1.1 Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur
 - 3.1.2 Die Entwicklung in ausgewählten Leistungsbereichen
 - 3.1.3 Effekte von Gesetzesänderungen auf die OKP-Kosten
 - 3.1.4 Zwischenfazit
 - 4. Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung
 - 4.1 Kostenbeteiligungssysteme aus ökonomischer Sicht
 - 4.2 Kostenbeteiligung in Liechtenstein
 - 4.3 Vergleich mit der Schweiz
 - 4.4 Bedeutung von Prämien und Transferzahlungen
 - 4.5 Wirkung von Kostenbeteiligungen
 - 4.5.1 Das RAND-HIE-Experiment (RAND HIE)
 - 4.5.2 Neuere Forschungsergebnisse
 - 4.6 Zwischenfazit
 - 5. Kostenunterschiede zwischen Liechtenstein und den Nachbarkantonen
 - 5.1 Unterschiede bei der Kostenbeteiligung
 - 5.2 Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur
 - 5.3 Gesundheit und Wohlstand
 - 5.4 Zwischenfazit
 - 6. Wettbewerb im Gesundheitswesen
 - 6.1 Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern
 - 6.2 Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten
 - 6.3 Wettbewerb zwischen den Spitälern
 - 6.4 Zwischenfazit
 - 7. Managed-Care-Modelle
 - 7.1 Anreize zur Etablierung von Managed Care
 - 7.1.1 Leistungserbringer
 - 7.1.2 Krankenversicherer
 - 7.1.3 Versicherte
 - 7.2 Lösungsansätze zur Förderung von Managed Care
 - 7.3 Zwischenfazit

Die möglichen Kostentreiber für die in Kapitel 1 aufgezeigte Entwicklung sind vielfältig und unter Experten weitgehend bekannt. Neben dem Bevölkerungswachstum und der Alterung der Gesellschaft spielen auch Anreizmechanismen für Patienten und Leistungserbringer eine entscheidende Rolle. Auch können institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen unerwünschte finanzielle Effekte hervorrufen. Der medizinisch-technologische Fortschritt erhöht Heilungschancen. Er bringt zwar geringere Belastungen für Patienten mit sich, aber zu einem hohen Preis. Und nicht zuletzt führen veränderte Präferenzen der Bevölkerung und ein hohes Wohlfahrtsniveau zu höheren Erwartungen an die Gesundheitsversorgung und die Medizin.

Neben der Analyse der Kostenentwicklung zwischen 2004 und 2022 zeigt dieses Kapitel in einem ersten Teil den Einfluss der Demografie auf das Kostenwachstum und die Entwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen der Gesundheitsversorgung auf. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Einfluss von Gesetzesänderungen, die das Kostenwachstum signifikant beeinflusst haben. Im zweiten Teil werden die Kostenunterschiede zwischen Liechtenstein und den beiden Nachbarkantonen St. Gallen (SG) und Graubünden (GR) auf verschiedenen Ebenen untersucht.

Im Zentrum dieser Analyse steht die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Kosten, die durch freiwillige Versicherungen oder durch Selbstzahlungen der Patienten finanziert werden, sind darin nicht enthalten. Das Gleiche gilt für die vom Staat direkt an Privatpersonen ausbezahlten Betreuungs- und Pflegegelder. Staatsbeiträge an die stationären Leistungen bestimmter Spitäler reduzieren die durch die OKP getragenen Gesundheitskosten (siehe auch Kapitel 4.4).¹¹ Um die tatsächlichen Gesundheitskosten zu erhalten, die dem Leistungsumfang der OKP entsprechen, werden die Staatsbeiträge an die Spitäler nach Möglichkeit – das heisst, wo die verfügbaren Daten dies zulassen – zu den OKP-Kosten addiert.¹² Die Analyse basiert zudem auf den Kosten pro versicherte Person, um den Einfluss des Bevölkerungswachstums möglichst zu eliminieren.

3.1 Kostenentwicklung in der OKP

Die Kosten pro versicherte Person sind im Zeitraum von 2004 bis 2018 nur in zwei Jahren – 2014 und 2015 – leicht gesunken. Sie betrugen 2004 rund 3'400 Franken, stiegen bis 2012 kontinuierlich an und erfuhren 2013 einen Sprung von über 10 Prozent auf rund 4'900 Franken.

11 Staatsbeiträge erhalten regionale Grundversorger, die eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung auch im Notfall abdecken. Dazu gehören auch ausländische Einrichtungen für die psychiatrische Grundversorgung (Ministerium für Gesellschaft, 2020).

12 Stationäre Leistungserbringer umfassen die Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken. Sanierungskredite an das Landesspital sowie staatliche Leistungssubventionen ausserhalb der OKP, wie zum Beispiel die Pflegefinanzierung, werden in der Analyse nicht berücksichtigt.

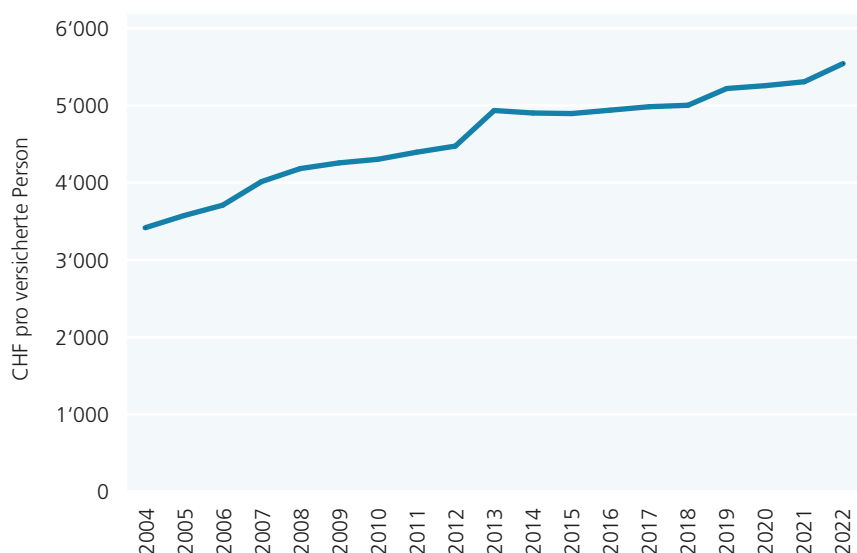


Abbildung 5:
Entwicklung der OKP-Kosten
pro versicherte Person, 2004
bis 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Nach einer fünfjährigen Stagnation kam es 2019 zwar zu einem erneuten, aber weniger starken Kostensprung. 2022 lag das Niveau bei 5'544 Franken pro Kopf. Der Zuwachs in den betrachteten 18 Jahren betrug damit annähernd zwei Drittel oder 2.6 Prozent im Jahresdurchschnitt. Die Ursachen der beiden Kostensprünge werden in Kapitel 3.1.3 beleuchtet.

2004 betrugen die jährlichen Gesundheitskosten pro Kopf noch rund 3'400 Franken. 2022 waren es bereits 5'544 Franken.

3.1.1 Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur

Die Nutzung von Gesundheitsleistungen und die damit verbundenen Kosten steigen mit dem Alter signifikant an. Beginnend mit einem Durchschnitt von 1'500 Franken pro Kind (bis 16 Jahre) im Jahr 2022 verdoppeln sich die Kosten jeweils für die Altersgruppe der 31- bis 35-Jährigen (3'200 Franken) und danach für 61- bis 65-Jährige auf rund 6'400 Franken. Für noch ältere Versicherte liegen die Niveaus noch einmal deutlich höher: Die Kosten belaufen sich im Durchschnitt auf 9'400 Franken für 71- bis 75-jährige Versicherte, auf 15'000 Franken für 81- bis 85-Jährige und auf über 25'000 Franken für Personen über 90 Jahre.

Das absolute Kostenwachstum ist im betrachteten Zeitraum bei den Altersgruppen über 75 Jahren am höchsten (zwischen 4'000 und 5'500 Franken).

Relativ betrachtet verzeichnen jedoch auch einzelne junge Altersgruppen einen deutlichen Anstieg, zum Beispiel die 31- bis 35-Jährigen um 48 Prozent.

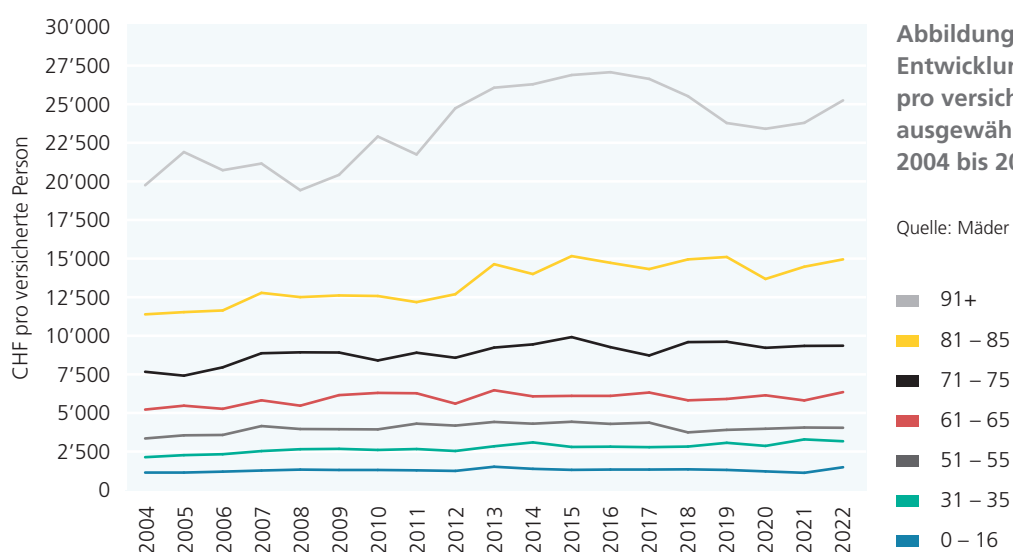


Abbildung 6:
Entwicklung der OKP-Kosten
pro versicherte Person,
ausgewählte Altersgruppen,
2004 bis 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Der Fokus auf die Kosten pro versicherte Person schliesst ein Wachstum aufgrund der Bevölkerungsentwicklung praktisch aus. Der Einfluss der Veränderung der Altersstruktur lässt sich durch eine hypothetische Berechnung verdeutlichen, bei der die durchschnittlichen Kosten pro Altersgruppe im Jahr 2022 auf Basis der Altersstruktur des Jahres 2004 hochgerechnet werden (siehe Tabelle 1).

Alters- klasse	Anteil Versicherten- monate in %		Bruttoleistungen pro Versicherten- monat in CHF		Bruttoleistungen 2022 in Mio. CHF		Demo- grafie- effekt in Mio. CHF
	2004	2022	2004	2022	IST	hypo- thetisch	
0 – 16	19.8	15.8	95	124	9.7	12.1	+2.4
17 – 25	11.2	9.2	116	212	9.7	11.8	+2.1
26 – 30	6.6	6.0	162	214	6.3	7.0	+0.7
31 – 35	8.1	6.5	178	264	8.5	10.6	+2.1
36 – 40	8.9	6.8	172	255	8.5	11.3	+2.7
41 – 45	8.8	6.7	196	252	8.3	11.0	+2.7
46 – 50	7.9	7.2	237	311	11.1	12.1	+1.0
51 – 55	7.1	8.4	278	337	13.9	11.8	–2.1
56 – 60	6.4	8.1	326	429	17.2	13.6	–3.5
61 – 65	5.0	7.2	435	529	18.7	13.0	–5.7
66 – 70	3.3	5.6	472	632	17.4	10.2	–7.3
71 – 75	2.4	4.8	639	780	18.7	9.3	–9.4
76 – 80	2.1	3.8	702	1'029	19.3	10.5	–8.8
81 – 85	1.5	2.3	949	1'246	14.3	9.4	–4.8
86 – 90	0.7	1.2	1'237	1'518	9.0	5.2	–3.7
91 +	0.3	0.5	1'646	2'104	5.0	3.2	–1.8
Total	100	100	244	396	195.6	162.3	–33.3

Tabelle 1:
Hypothetische OKP-Kosten
2022 mit Versichertenstruktur
von 2004

Quelle: Mäder et al. (2024)

Die Tabelle zeigt jeweils für 2004 und 2022 pro Altersgruppe den Anteil am Total der Versicherten (ausgedrückt in Versicherungsmonaten) und die Bruttoleistungen pro Versicherungsmonat. Die hypothetischen Bruttoleistungen für 2022 berechnen sich aus der Versichertenstruktur von 2004 und den Kosten der jeweiligen Altersklasse aus 2022.

Unter diesen Annahmen resultiert ein Demografieeffekt von 33.3 Millionen Franken. Hätte sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten seit 2004 nicht verändert, wären die Ausgaben in der OKP im Jahr 2022 um diesen Betrag respektive 17 Prozent niedriger ausgefallen. Tabelle 1 verdeutlicht auch die Veränderungen in der Altersstruktur. Im Jahr 2004 gab es anteilmässig mehr unter und weniger über 50-jährige Versicherte als 2022. Auch die Kosten pro Versicherungsmonat sind in allen Altersgruppen angestiegen. Die grössten Veränderungen zeigen sich in den Altersgruppen zwischen 66 und 80 Jahren, wo sich die Versichertenzahlen teilweise verdoppelt haben.

Rund 30 Prozent des Kostenwachstums von 2004 bis 2022 lassen sich auf den demografischen Wandel zurückführen.

Die Kosten pro versicherte Person hätten im Jahr 2022 mit der Alters- und Geschlechtsstruktur von 2004 4'088 Franken betragen und wären so um durchschnittlich 1.8 Prozent pro Jahr gewachsen. Tatsächlich lagen sie jedoch bei 5'544 Franken und waren seit 2004 um jährlich 2.6 Prozent angestiegen. Somit lassen sich 0.8 Prozentpunkte oder rund 30 Prozent des jährlichen Kostenwachstums auf den demografischen Wandel zurückführen. Dieser Wert entspricht auch früheren Beobachtungen und Prognosen, die für die Schweiz gemacht wurden. In einzelnen Studien wurde für die Periode 2000 bis 2030 ein demografischer Effekt von 0.6 bis 0.7 Prozent pro Jahr berechnet, für den längeren Zeitraum bis 2050 ein solcher von 0.5 Prozent.

Auch in Liechtenstein wird sich diese Entwicklung aus heutiger Sicht noch lange fortführen. Die neuesten Bevölkerungsszenarien zeigen bis 2060 einen anhaltenden Anstieg der Anzahl der Menschen über 65 Jahren. Konsequenzen werden sich nicht nur in den OKP-Kosten, sondern in verschiedenen anderen Bereichen wie den Rentensystemen, den notwendigen personellen Ressourcen oder den Pflege- und Betreuungskosten ausserhalb der OKP zeigen. Lorenz et al. (2017) haben diese Herausforderung bereits ausführlich in der Studie «Finanzierung der Alterspflege – Handlungsbedarf und Lösungsansätze» von Zukunft.li aufgezeigt.

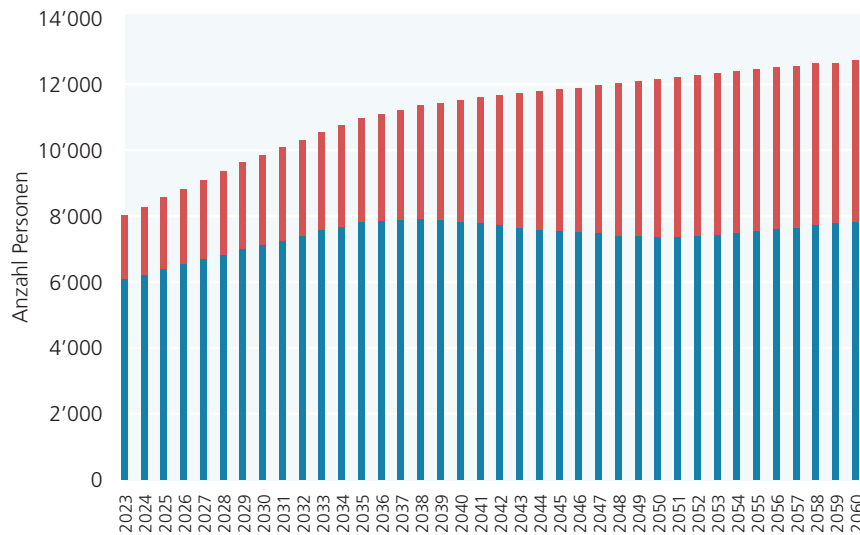


Abbildung 7:
Entwicklung der Altersgruppe
65+ in Liechtenstein, 2023 bis
2060, Szenario «Trend»

Quelle: AS (2024e)

Altersgruppen

- 80 +
- 65 – 79

3.1.2 Die Entwicklung in ausgewählten Leistungsbereichen

Gesundheitsleistungen werden in verschiedenen Leistungsbereichen konsumiert: stationär oder ambulant im Spital, bei frei praktizierenden Ärzten (Arzt ambulant), bei weiteren Leistungserbringern wie beispielsweise Physiotherapeuten, Pflegeheimen oder Spitexorganisationen (andere Leistungserbringer¹³). Auch der Konsum von Medikamenten wird als separater Leistungsbereich ausgewiesen (Medikamente ambulant). Dieses Kapitel untersucht, inwiefern die Kostenentwicklung auf einzelne Leistungsbereiche zurückzuführen ist.

¹³ Andere Leistungserbringer umfassen Laboratorien, Physiotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten, Pflegeheime, ambulant tätige Pflegefachpersonen, Chiropraktoren, Ergotherapeuten etc.

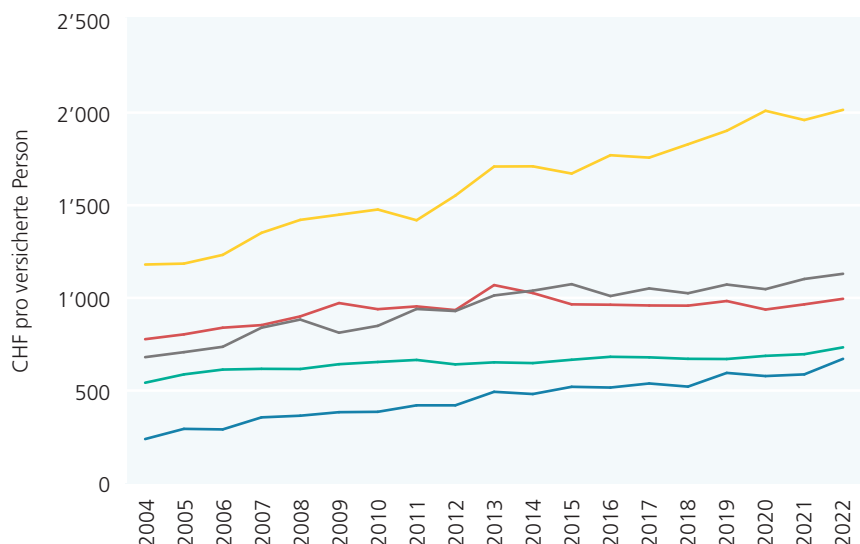


Abbildung 8:
Entwicklung der OKP-Kosten
pro versicherte Person nach
Leistungsbereich,
2004 bis 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

- Spital stationär
- Andere Leistungserbringer
- Arzt ambulant
- Medikamente ambulant
- Spital ambulant

Die höchsten Pro-Kopf-Kosten entstehen durch stationäre Spitalaufenthalte.¹⁴ Sie sind im Betrachtungszeitraum stetig gestiegen, mit einem Sprung in den Jahren 2012 und 2013 durch die Einführung des SwissDRG-Systems¹⁵ in der Schweiz und in Liechtenstein (vgl. Kapitel 3.1.3). Der zweitgrösste Kostenblock entfiel 2022 auf «andere Leistungserbringer». Auf ähnlichem Niveau bewegen sich die Kosten für Behandlungen durch frei praktizierende Ärzte. Jene stagnieren nach einem stetigen Wachstum seit 2013. Allerdings muss diese Kategorie zusammen mit dem spital-ambulantem Bereich betrachtet werden, der seit einigen Jahren gezielt ausgebaut wird und über den gesamten Zeitraum stetig angestiegen ist.

Die Anteile der verschiedenen Leistungsbereiche an den gesamten OKP-Kosten sind seit Jahren konstant.

Die Anteile der verschiedenen Leistungsbereiche an den Gesamtkosten sind in Tabelle 2 für einzelne Jahre zwischen 2007 und 2022 dargestellt. Diese zeigt, dass die Verteilung über den betrachteten Zeitraum relativ konstant blieb.

	2007	2012	2017	2022
Spital stationär	34 %	35 %	35 %	36 %
Spital ambulant	9 %	9 %	11 %	12 %
Arzt ambulant ohne Medikamente	21 %	21 %	19 %	18 %
Medikamente Arzt ambulant/Apotheke	15 %	14 %	14 %	13 %
Andere Leistungserbringer	21 %	21 %	21 %	20 %

Tabelle 2:
Anteil der Leistungsbereiche an den totalen OKP-Kosten, 2007, 2012, 2017 und 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

In Abbildung 8 kann der Eindruck entstehen, dass die Kosten im stationären Bereich am stärksten angestiegen sind. Allerdings verzeichneten sie kein signifikant stärkeres Wachstum im Vergleich zu den anderen Bereichen. Ihr Anteil erhöhte sich zwischen 2007 und 2022 um lediglich zwei Prozentpunkte. Der Anteil der spitalambulantem Kosten stieg um drei Prozentpunkte, derjenige der Ärzte in freier Berufstätigkeit sank im gleichen Umfang. Entsprechend blieben die Kosten für ambulante Leistungen insgesamt bei 30 Prozent stabil. Es fand aber eine Verschiebung zu den Spitalambulatorien statt. Tatsächlich zeigt sich nur im Medikamentenbereich eine etwas geringere Wachstumsrate.

¹⁴ Akutstationär, Psychiatrie, Reha.

¹⁵ SwissDRG ist das Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen. Stationäre Psychiatrieleistungen werden nach der Tarifstruktur Tarpsy und Leistungen für stationäre Rehabilitation nach der Tarifstruktur ST Reha abgerechnet.

3.1.3 Effekte von Gesetzesänderungen auf die OKP-Kosten

Die Politik spielt eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung, Regulierung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Sie legt die Organisation, Finanzierung und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen fest und beeinflusst damit die Kostenstrukturen und -entwicklung massgeblich.

In diesem Kapitel wird der Effekt von wesentlichen Reformen auf die OKP-Kosten untersucht. Ergänzend zur Beschreibung bedeutender KVG-Reformen in Kapitel 2 gibt Tabelle 3 einen Überblick der wichtigsten regulatorischen Anpassungen zwischen 2000 und 2022, die einen Effekt auf die OKP-Kosten gehabt haben dürften. Neben Anpassungen im Leistungskatalog wurde der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung mehrmals neu geregelt. Es wurden neue Tarifstrukturen in der akutstationären Pflege (SwissDRG) und der ärztlichen Versorgung (Tarmed) eingeführt und die Kostenbeteiligung der Versicherten wurde mehrmals angepasst.

Jahr	Anpassung
2000	Einführung des Hausarztmodells zur Steuerung der Fachkräftezuwanderung aus dem EWR (Gesundheitsnetz Liechtenstein, GNL) Ablösung des Hausarztmodells durch Bedarfsplanung bei frei praktizierenden Ärzten Einführung der Zusatzversicherung «freie Arztwahl»
2004	Kinder werden generell von der Prämie befreit (vorher nur für Versicherte im GNL) Prämienbeiträge des Staates an einkommensschwache Versicherte werden auf die gesamte OKP ausgeweitet (vorher nur für Versicherte im GNL) Geringere Kostenbeteiligung für Versicherte im GNL entfällt Staatsbeitrag wird vom Landtag jährlich festgelegt und entspricht nicht mehr einem fixen Prozentsatz der Gesundheitskosten
2007	Einführung der Bedarfsplanung bei psychologischen Psychotherapeuten
2012	Für Co-Marketing-Produkte wird nur noch der günstigere Preis (im Verhältnis zum Originalpräparat) übernommen
2013	Einführung von SwissDRG per 1. 1. 2013 (in der Schweiz per 1. 1. 2012)
2014	Einführung der erweiterten OKP
2017	Einführung der Hochkostenversicherung Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 500 und Selbstbehalt (20% bis CHF 900) für Versicherte ab 21 Jahren bis zum Rentenalter Verpflichtung der Krankenversicherer zum Angebot von mindestens drei Wahlfranchisen Streichen von ärztlich verordneten Badekuren aus dem Leistungskatalog der OKP Einführung von Tarmed Erneuerung der Bedarfsplanung (Abrechnung nur noch von Ärzten mit Zulassung; veranlasste Leistungen an andere Ärzte nicht mehr kassenpflichtig) Zulassung Akupunktur durch Naturheilpraktiker
2018	Eingriff des Bundesrates in den Tarmed ¹⁶
2019	Ambulant-vor-Stationär-Listen der Schweiz übernommen
2022	Senkung der Tarife für Laboranalysen um 10 Prozent

Tabelle 3:
Übersicht (Gesetzes-)Anpassungen in Liechtenstein 2000 bis 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Basierend auf den verfügbaren Daten, der Kostenentwicklung gemäss Abbildung 5 und gesundheitsökonomischen Überlegungen erscheinen die Einführung des SwissDRG-Systems zur Abrechnung der akutstationären Leistungen im Jahr 2013 sowie die zahlreichen Anpassungen im Jahr 2017 als besonders relevant. Insbesondere die höhere Kostenbeteiligung der Versicherten und die Einführung der Tarifstruktur Tarmed zur Abrechnung ärztlicher Leistungen im Jahr 2017 waren bedeutende Systemanpassungen. Mäder et al. (2024) haben die Effekte regulatorischer Eingriffe in diesen beiden Jahren bezüglich ihrer Wirkung auf die Pro-Kopf-Kosten analysiert. Die verschiedenen Anpassungen im Jahr 2004 waren vermutlich

¹⁶ Die Tarifstruktur wurde sachgerechter gestaltet und übertariffierte Leistungen wurden korrigiert. Weiter sollten Fehlansätze reduziert werden, damit gewisse Tarifpositionen nicht übermässig oder unsachgemäss abgerechnet werden.

sowohl einzeln als auch gesamthaft von Bedeutung. Ihre Kostenwirkung kann jedoch mit den verfügbaren Daten nicht untersucht werden.

Zusammengefasst lässt sich in fast allen Leistungsbereichen ein ausgeprägter Kostensprung im Jahr 2013, als SwissDRG in Liechtenstein eingeführt wurde, beobachten. Danach folgte eine Periode von vier Jahren mit stagnierendem oder sogar negativem Wachstum. Ab 2017 begannen die Kosten erneut zu steigen, jedoch mit einer niedrigeren Rate als vor 2013. Obwohl statistisch keine kausalen Zusammenhänge aufgezeigt werden können, liegt die Vermutung nahe, dass der regulatorische Eingriff im Jahr 2013 zwar kurzfristig zu einer Kostensteigerung führte, aber langfristig das Kostenwachstum dämpfte. Letzteres gilt auch für die Anpassungen im Jahr 2017.¹⁷

In der Schweiz wurde mit SwissDRG ein ähnlicher Effekt im Einführungsjahr beobachtet. Der Evaluationsbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigte, dass ein Teil des Kostensprungs durch den Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Fallpauschalen erklärt werden kann. Ein weiterer Grund könnte in der antizipativen Anpassung an die neue Gesetzgebung durch eine gründlichere Dokumentation der erbrachten Leistungen liegen. Schliesslich können auch die initial festgelegten Basispreise die Kosten erhöht haben.

Die Gesetzesänderungen im Jahr 2017 hatten vermutlich gegenläufige Wirkungen und schlugen sich deshalb nicht so klar in den Kosten nieder wie SwissDRG im Jahr 2013. Der Leistungskatalog wurde sowohl erweitert als auch gekürzt. Die Anreize zu kostenbewusstem Verhalten für die Versicherten wurden gleichzeitig gesenkt (Hochkostenversicherung) und erhöht (höhere Kostenbeteiligung). Im ambulanten Bereich wurde der Tarmed eingeführt und gleichzeitig die Bedarfsplanung erneuert. Eine isolierte Analyse der Effekte dieser Einzelmassnahmen war im Rahmen dieses Projektes und mit den verfügbaren Daten nicht möglich.

Die regulatorischen Änderungen in den Jahren 2013 und 2017 haben die Kostenentwicklung langfristig gedämpft.

¹⁷ Mäder et al. (2024) haben die Effekte von ausgewählten Gesetzesänderungen auf die Kosten pro versicherte Person statistisch untersucht. In ihrer Grundlagenstudie findet sich eine ausführliche Analyse und Beschreibung der angewandten Methodik.

Abbildung 9 vergleicht die tatsächlich beobachtete Kostenentwicklung mit den Vorhersagen zweier Modelle. Das eine schreibt die Kostenentwicklung nach 2012 im Rahmen der durchschnittlichen Wachstumsrate der Vorjahre fort. Das andere beschreibt die beobachtete Entwicklung als das Ergebnis dreier unterschiedlicher Wachstumstrends: einem vor 2013, einem zwischen 2013 und 2017 und einem nach 2017. Die Kosten pro versicherte Person hätten im Jahr 2022 in der hypothetischen Situation mit ungehindert fortgesetztem Wachstum 6'494 Franken betragen. Die tatsächlich beobachteten Kosten lagen mit 5'544 Franken jedoch auf einem deutlich tieferen Niveau.

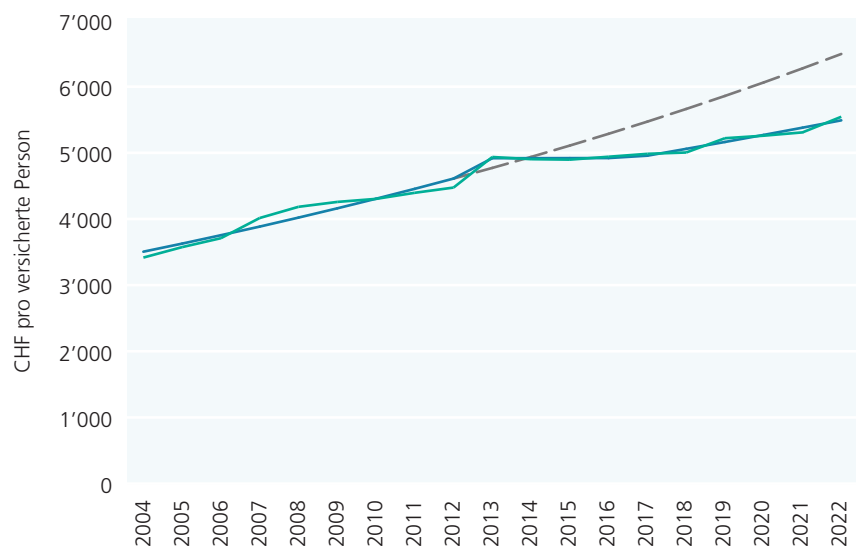


Abbildung 9:
Entwicklung der OKP-Kosten
mit und ohne Strukturbrüche,
2004 bis 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

■ Effektive OKP-Kosten
■ Fortgeschriebenes Wachstum
■ Modell mit Strukturbruch
2013/2017

3.1.4 Zwischenfazit

- Seit 2004 sind die Kosten pro versicherte Person in der OKP jährlich um 2.6 Prozent gestiegen. 2022 betrugen sie 5'544 Franken im Vergleich zu 3'400 Franken im Jahr 2004.
- Nach einem anhaltenden Wachstum bis 2012 erfolgte 2013 ein sprunghafter Anstieg, gefolgt von einer Phase der Stagnation. Ab 2017 setzte wieder ein kontinuierliches Wachstum ein.
- Die Kosten pro versicherte Person zeigen erhebliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Die Spannweite reicht von 1'500 Franken bei den Kindern bis 25'000 für über 90-Jährige. Neben einem hohen absoluten Kostenwachstum bei älteren Versicherten (4'000 bis 5'500 Franken bei über 75-Jährigen) stiegen die Kosten auch bei jüngeren Altersgruppen deutlich, zum Beispiel um 48 Prozent bei den 31- bis 35-Jährigen.

- Wäre die Alters- und Geschlechtsstruktur von 2004 bis 2022 gleichgeblieben, wären die OKP-Kosten um rund 33 Millionen Franken oder 17 Prozent niedriger ausgefallen. Dieser Demografieeffekt erklärt 30 Prozent des jährlichen Kostenwachstums.
- Die Kosten stiegen vor allem im spitalstationären Bereich stark an und wurden 2013 durch die Einführung von SwissDRG kurzfristig angeheizt. Im ambulanten Bereich kam es zu einer Verschiebung von den Arztpraxen zu den Spitalambulatorien. Insgesamt zeigen sich keine relevanten Verschiebungen zwischen den Kostenanteilen der einzelnen Leistungsbereiche.
- Die regulatorischen Änderungen in den Jahren 2013 und 2017 führten zu signifikanten Veränderungen bei den Kosten pro Versicherten. Die Einführung von SwissDRG im Jahr 2013 bewirkte einen Kostensprung mit anschliessend stagnierender Entwicklung. Nach der KVG-Revision 2017 lag das Wachstum signifikant tiefer als zwischen 2004 und 2012.
- Hätte sich das Kostenwachstum der Jahre 2004 bis 2022 linear fortgesetzt, lägen die Kosten heute deutlich über dem tatsächlichen Niveau. Dies deutet darauf hin, dass die Gesetzesänderungen 2013 und 2017 zwar kurzfristig zu einer Kostensteigerung führten, aber langfristig die Kostenentwicklung dämpften.

4 | Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung

Wie einleitend festgestellt, ist die Finanzierung der Gesundheitskosten der politisch am stärksten diskutierte Aspekt bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik. Die Anzahl potenzieller Kostenträger ist dabei begrenzt. Die Krankenkassen selbst gehören nicht dazu; sie übernehmen lediglich eine Organisations- und Verteilfunktion. Die verbleibenden Hauptakteure sind die Versicherten, die öffentliche Hand und die Unternehmen. Allerdings verfügt die öffentliche Hand nur über Mittel, die grösstenteils von Privaten und Unternehmen generiert werden. In Liechtenstein im Speziellen tragen hohe staatliche Vermögenserträge auch zur Finanzierung bei.

Die öffentliche Hand subventioniert das Gesundheitswesen unter anderem durch Staatsbeiträge an die Krankenkassen und verbilligt damit die Versicherungsprämien. Zudem übernehmen liechtensteinische Arbeitgeber 50 Prozent der OKP-Prämien (Landesdurchschnitt) ihrer Angestellten.¹⁸ Die Versicherten selbst zahlen Krankenkassenprämien und beteiligen sich in der Regel zusätzlich an den Kosten, abhängig vom Konsum von Gesundheitsleistungen. Allerdings trifft dies nicht gleichermassen auf alle zu.

Dieses Kapitel beschreibt den Begriff der Kostenbeteiligung in der OKP und vergleicht die Systeme in Liechtenstein und der Schweiz. Zudem beleuchtet es ökonomische und verhaltensökonomische Aspekte von Kostenbeteiligungssystemen.

4.1 Kostenbeteiligungssysteme aus ökonomischer Sicht

Moral Hazard beschreibt den Umstand, dass Personen aufgrund der Risikoabdeckung durch die Krankenkasse dazu neigen können, mehr medizinische Leistungen als notwendig in Anspruch zu nehmen (ex-post Moral Hazard), oder generell weniger Gesundheitsvorsorge zu betreiben (ex-ante Moral Hazard). In diesem Fall werden Ressourcen ineffizient genutzt: Unnötige Behandlungen treiben nicht nur die Kosten für die Krankenversicherungen in die Höhe, sondern binden auch Kapazitäten der Leistungserbringer.

Kostenbeteiligungen sollen dem Moral Hazard entgegenwirken, indem sie Versicherte dazu anregen, medizinische Leistungen mit Bedacht in Anspruch zu nehmen und gesundheitsbewusster zu leben. Dabei werden vor allem zwei Instrumente eingesetzt:

- Die Franchise: Sie umfasst die volle Kostenbeteiligung bis zu einem festgelegten Betrag.

¹⁸ Der Beitrag ist ein von der Einkommenshöhe unabhängiger Pauschalbetrag und macht bei einem Vollzeitpensum aktuell 166 Franken pro Monat aus. Er wird auf Basis des Landesdurchschnitts der Prämien bestimmt (Art. 22 Abs. 8 KVG).

- Der Selbstbehalt: Anteilsmässige finanzielle Beteiligung der Versicherten an den konsumierten Gesundheitsleistungen.

Es wurde empirisch nachgewiesen, dass Kostenbeteiligungen tatsächlich die Nachfrage nach weniger notwendigen medizinischen Leistungen reduzieren und somit die Gesundheitsausgaben senken können. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass insbesondere Menschen mit niedrigem Einkommen dadurch von notwendiger medizinischer Versorgung abgehalten werden. Nicht rechtzeitige Behandlungen können den Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechtern und zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem führen. Dieser Aspekt wurde in der gesundheitsökonomischen Literatur bisher erst von wenigen Studien empirisch untersucht.

Kostenbeteiligungen zielen darauf ab, dass Versicherte medizinische Leistungen mit Bedacht in Anspruch nehmen und gesundheitsbewusster leben.

Ein weiterer unerwünschter Nebeneffekt besteht in einer verstärkten Selektion. Der Begriff bezeichnet die Tendenz, dass gesündere und einkommensstärkere Versicherte durch die Wahl von höheren Selbstbehalten oder Zuzahlungen von Prämienrabatten profitieren, da Erstere seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und Letztere sich die zusätzlichen Behandlungskosten leisten können. Dadurch wird das Solidarprinzip als Grundpfeiler des Krankenversicherungssystems und als entscheidendes Element in der Konzeption der OKP ausgehöhlt. Dieses basiert auf dem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten sowie Einkommensstarken und -schwachen. Eine durch Kostenbeteiligungen verstärkte Selektion stört diesen Ausgleich und die finanzielle Last und das Risiko werden ungleich verteilt.

Es ist deshalb essenziell, bei der Konzeption von Kostenbeteiligungen soziale Ausgleichsmechanismen zu berücksichtigen. Sie sollen sicherstellen, dass der Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen für alle Bevölkerungsteile gewährleistet und gleichzeitig das Solidarprinzip erhalten bleibt. Dazu zählen neben Gerechtigkeitsfragen auch Aufgaben wie die direkte oder indirekte Steuerung des Gesundheitsverhaltens, wenn die Versicherten nicht alle Folgen (externe Effekte) ihres Handelns für sich und andere

angemessen berücksichtigen. Daher werden Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen häufig von der Kostenbeteiligung befreit.¹⁹

Kostenbeteiligungssysteme müssen soziale Ausgleichsmechanismen berücksichtigen, damit das Solidarprinzip erhalten bleibt.

Neben der Franchise und dem Selbstbehalt als gängige Kostenbeteiligungselemente gibt es auch weiter gefasste Ansätze. Ein Beispiel sind Gesundheitssparkonten, wie sie etwa in Singapur angewendet werden. Einen Vorschlag in die ähnliche Richtung hat Zukunft.li mit dem «vererbbaaren Pflegekapital» zur Teilfinanzierung der zukünftigen Pflege- und Betreuungskosten zur Diskussion gebracht (Lorenz et al., 2017). Diese werden heute noch zu einem erheblichen Anteil durch öffentliche Mittel finanziert.

4.2 Kostenbeteiligung in Liechtenstein

Auch in Liechtenstein setzt sich die Kostenbeteiligung aus der Franchise und dem prozentualen Selbstbehalt zusammen. Die Franchise ist von den OKP-Versicherten zu bezahlen, bevor sich die Versicherung überhaupt an den Kosten beteiligt. Neben der Grundfranchise von 500 Franken können drei höhere Stufen gewählt werden: 1'500, 2'500 oder 4'000 Franken.

Die Kostenbeteiligung in der OKP gilt pro Person und Jahr bis zu Gesundheitskosten in Höhe von 5'000 Franken.²⁰ Sobald die Franchise ausgeschöpft ist, greift der Selbstbehalt von 20 Prozent bis zu diesem Kostendeckel. Personen im Rentenalter sind seit 2023 von der Franchise befreit und müssen sich lediglich mit einem (halben) Selbstbehalt von 10 Prozent an den Kosten beteiligen. Versicherte unter 21 Jahren zahlen weder Selbstbehalt noch Kostenbeteiligung²¹, und bis zum Alter von 16 Jahren fallen auch keine Prämien an.

Versicherte ab 21 Jahren haben die Möglichkeit, die Franchise jedes Jahr anzupassen. Bei höherer Franchise steigt die jährliche Kostenbeteiligung im Krankheitsfall. Im Gegenzug für das selbst gewählte höhere Risiko erhalten sie einen Rabatt auf ihre Prämie.²² Mit den aktuellen Prämienrabatten (2024) lohnen sich Wahlfranchisen finanziell, wenn das maximale

19 In Liechtenstein werden für Vorsorgeuntersuchungen, bestimmte Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften und für definierte chronische Krankheiten keine Kostenbeteiligungen eingehoben (KVG Art. 23b; KVV Art. 81).

20 Für höhere Ausgaben greift die Hochkostenversicherung, die sämtliche Kosten über 5'000 Franken trägt.

21 Gilt auch für chronisch Kranke gemäss Indikationsliste (KVV Anhang 5).

22 Der maximale Prämienrabatt ist gemäss Art. 82 KVV auf maximal 70 Prozent des zusätzlichen Risikos der Kostenbeteiligung beschränkt. Die tatsächlich gewährten Rabatte 2024 liegen etwas niedriger, zwischen 60 und 65 Prozent.

Risiko – das heisst Gesundheitskosten von über 5'000 Franken – höchstens alle 1.67 Jahre eintritt.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über das Kostenbeteiligungssystem in Liechtenstein.

Alter	Franchise (CHF)	Selbstbehalt		Maximale Kosten- beteiligung (CHF)	Zusätzliches Risiko (CHF)	Maximaler Prämien- rabatt p. a. (CHF)
		%	Maxi- mum (CHF)			
Grundfranchise respektive Befreiung von Franchise und / oder Selbstbehalt						
< 21	0	0	0	0		–
21 – 64	500	20%	900	1'400		0
> 64	0	10%	500	500		0
Wahlfranchisen						
21 – 64	1'500		700	2'200	800	560
	2'500	20%	500	3'000	1'600	1'120
	4'000		200	4'200	2'800	1'960
> 64	1'000		400	1'400	900	630
	2'000	10%	300	2'300	1'800	1'260
	3'500		150	3'650	3'150	2'205

Tabelle 4:
Kostenbeteiligung
in Liechtenstein

Quelle: Mäder et al. (2024)

Lesebeispiel: Eine 30-jährige Person wählt eine Franchise von 2'500 Franken und konsumiert in einem Jahr Gesundheitskosten von 3'500 Franken. Ihre Kostenbeteiligung beläuft sich auf 2'700 Franken: Franchise = 2'500, Selbstbehalt = 200 (20 Prozent auf über die Franchise hinausgehende Kosten bis 5'000 Franken).

Die Abbildungen 10 und 11 zeigen die Zusammensetzung der Kostenbeteiligung für Erwachsene (21 – 64 Jahre) in Abhängigkeit von der Höhe der Gesundheitskosten für zwei unterschiedliche Franchisehöhen. Zudem ist die aktuell (2024) höchste und niedrigste in Liechtenstein angebotene Prämie eingetragen, die bei höherer Franchise sinkt. Bis zur Höhe der Franchise tragen Versicherte die Gesundheitskosten selbst. Danach setzt der Selbstbehalt von 20 Prozent ein. Beim Kostenmaximum von 5'000 Franken beträgt die Kostenbeteiligung 28 Prozent bei der Grundfranchise (siehe Abbildung 10) und 60 Prozent bei einer Franchise von 2'500 Franken (siehe Abbildung 11). Wählt ein Versicherter die maximale Franchise von 4'000 Franken, finanziert er bei Gesundheitskosten von 5'000 Franken einen Anteil von 84 Prozent aus der eigenen Tasche.

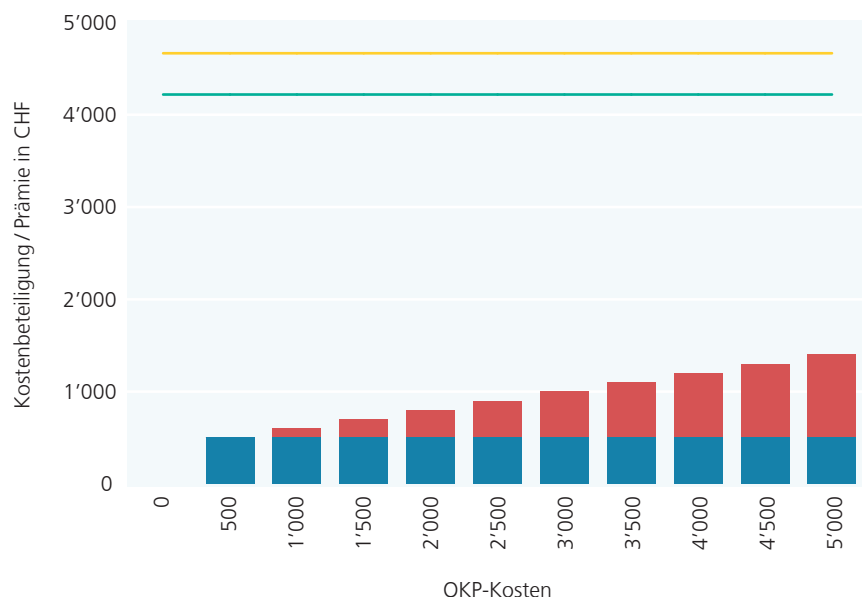


Abbildung 10:
Kostenbeteiligung und Prämienhöhe, Franchise 500, Alter 21 – 64

Quellen: Concordia (2024a), Swica (2024), eigene Darstellung

- Prämie max.
- Prämie mind.
- Selbstbehalt
- Franchise

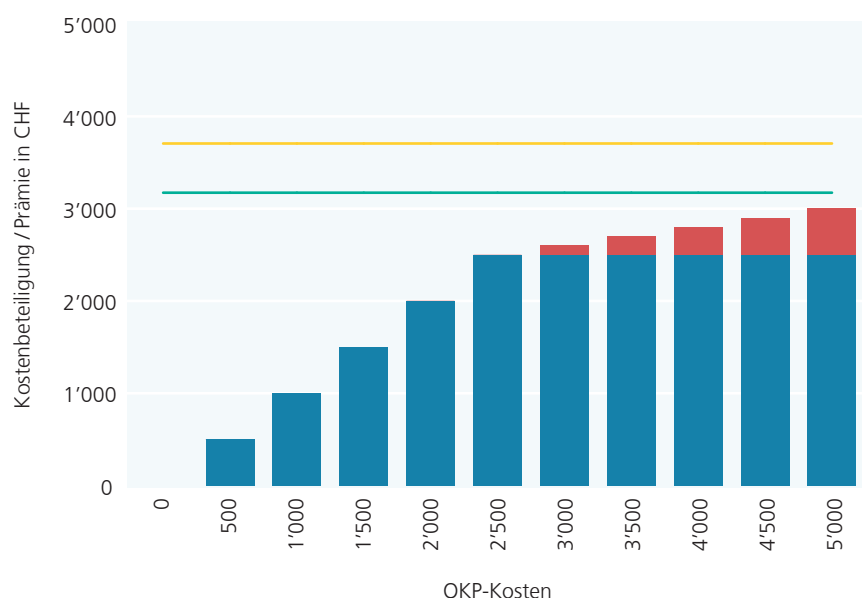


Abbildung 11:
Kostenbeteiligung und Prämienhöhe, Franchise 2'500, Alter 21 – 64

Quellen: Concordia (2024a), Swica (2024), eigene Darstellung

- Prämie max.
- Prämie mind.
- Selbstbehalt
- Franchise

4.3 Vergleich mit der Schweiz

In der Schweiz setzt sich die Kostenbeteiligung ebenfalls aus einer Franchise und einem prozentualen Selbstbehalt zusammen. Personen über 18 Jahren können zwischen sechs Franchisestufen von 300 bis 2'500 Franken wählen. Der Selbstbehalt beträgt 10 Prozent für die vollen ersten 7'000 Franken und erreicht damit maximal immer 700 Franken. Im Gegensatz dazu wird in Liechtenstein der Selbstbehalt als Differenz zwischen 5'000 Franken und der Franchisenhöhe berechnet.

Folglich beläuft sich die Kostenbeteiligung für Erwachsene in der Schweiz maximal auf 1'000²³ bis 3'200²⁴ Franken pro Jahr. Diese bezahlen darüber hinaus einen Tagesbeitrag von 15 Franken für Spitalaufenthalte – unabhängig von Franchise und Selbstbehalt.

Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre entfällt die Grundfranchise und der Selbstbehalt ist bei Gesundheitsausgaben von 3'500 Franken gedeckelt. Allerdings kennt das System auch Wahlfranchisen bei Kindern bis 600 Franken. Der maximale Prämienrabatt bei Wahlfranchisen ist wie in Liechtenstein bei 70 Prozent des zusätzlichen Risikos begrenzt.

Der Vergleich in Tabelle 5 zeigt die Hauptunterschiede der beiden Systeme:

		FL	CH
Erwachsene	Grundfranchise (CHF)	500	300
	Max. Franchise (CHF)	4'000	2'500
	Selbstbehalt bis maximal Gesundheitskosten (CHF)	20% ab Franchisengrenze bis 5'000	10% bis 7'000
	Max. Prämienrabatt in % des zusätzlichen Risikos	70	70
Kinder	– Franchise	0	0, wählbar bis CHF 600
	– Selbstbehalt bis maximal Gesundheitskosten (CHF)	0	10% bis 3'500
Rentner, chronisch Kranke	Chronisch Kranke	Bestimmte Krankheiten befreit ²⁵	Keine Befreiung
	Rentner	Keine Grundfranchise, Selbstbehalt 10%	Keine Sonderregelung

Tabelle 5:
Vergleich Kostenbeteiligungssysteme Liechtenstein – Schweiz

Quelle: Mäder et al. (2024), eigene Darstellung

Durch die höhere Grundfranchise und den höheren Selbstbehalt realisiert sich das finanzielle Risiko im Krankheitsfall in Liechtenstein schneller als in der Schweiz. Ein wesentlicher Unterschied besteht im Umfang der relevanten Gesundheitskosten.

Abbildung 12 vergleicht die Kostenbeteiligungssysteme der beiden Länder für die erwachsene Bevölkerung. Es wird deutlich, dass die maximale Beteiligung in der Schweiz bei höheren Gesundheitsausgaben eher erreicht wird als in Liechtenstein. Liechtensteinische Versicherte im erwerbsfähigen Alter tragen bei der Grundfranchise eine höhere Kostenbeteiligung als

23 Grundfranchise 300 Franken plus 10 Prozent von 7'000 Franken.
24 Wahlfranchise 2'500 Franken plus 10 Prozent von 7'000 Franken.
25 Gemäss Art. 81 KVV können Chronischkranke auf Antrag und unter definierter Voraussetzung von der Kostenbeteiligung befreit werden.

die erwachsene Bevölkerung in der Schweiz, die Rentner in Liechtenstein jedoch eine deutlich niedrigere.

Die Wahlfranchise von 2'500 Franken besteht in beiden Ländern und ermöglicht einen Vergleich. Die liechtensteinischen Versicherten im Alter zwischen 21 und 64 Jahren erreichen die maximale Kostenbeteiligung wegen des höheren Selbstbehalts schneller. Ab 5'000 Franken Gesundheitsausgaben müssen sie sich aber nicht weiter beteiligen. Im Gegenzug erreichen Schweizer Versicherte die maximale Kostenbeteiligung erst bei Gesundheitsausgaben von 9'500 Franken.

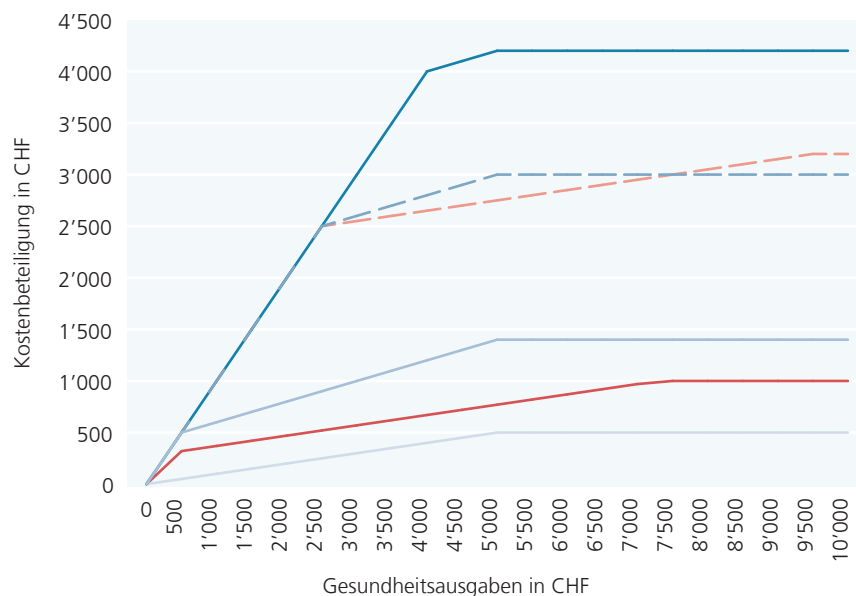


Abbildung 12:
Vergleich Kostenbeteiligung
Liechtenstein und Schweiz für
verschiedene Franchisenhöhen,
erwachsene Bevölkerung

Quelle: Mäder et al. (2024)

- FL: Franchise: 4'000, Alter: 21 – 64
- FL: Franchise: 2'500, Alter: 21 – 64
- CH: Franchise: 2'500, Alter: 18+
- FL: Franchise: 500, Alter: 21 – 64
- CH: Franchise: 300, Alter: 18+
- FL: Franchise: 0, Alter: 64+

Auch bei der Verteilung der Versicherten auf die Franchisestufen zeigen sich wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Ländern. Bei den Kindern wählen in den Nachbarkantonen St. Gallen und Graubünden immerhin beinahe 10 Prozent der Versicherten eine Wahlfranchise, die es in Liechtenstein gar nicht gibt. Bei den Erwachsenen ist der Unterschied frappant: Nur jeder Vierte entscheidet sich in Liechtenstein für eine Wahlfranchise, in den Kantonen St. Gallen und Graubünden hingegen sind es 60 Prozent der Versicherten. Für Personen im Rentenalter scheint in Liechtenstein eine Wahlfranchise derart unattraktiv zu sein, dass nur 4 Prozent der Versicherten sie wählen. In den vorher genannten Kantonen sind es 28 Prozent.

Die Sonderbehandlung von Personen im Rentenalter in Liechtenstein stellt einen wesentlichen Unterschied zu den Regelungen in der Schweiz dar. Wie in Kapitel 2 beschrieben, ist sie durch eine erfolgreiche Initiative eingeführt worden. Die Argumentation der Befürworter ging davon aus, dass die Franchisenbefreiung keine zusätzlichen Gesundheitskosten verursacht (Regierung, 2022b). Offensichtlich wurde die später in diesem Kapitel beschriebene Nachfragewirkung von Kostenbeteiligungen ausser Acht gelassen.

Eine Sonderbehandlung von Personen im Rentenalter wie in Liechtenstein kennt die Schweiz nicht.

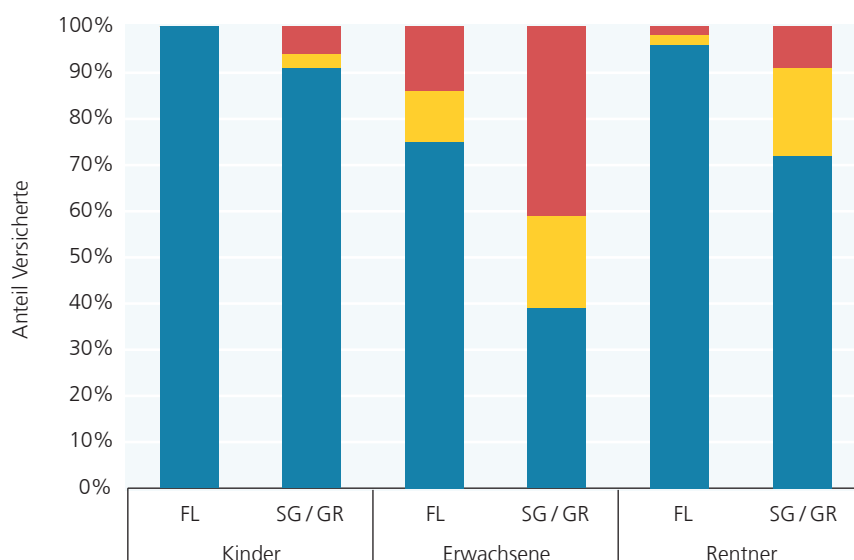


Abbildung 13:
Anteil Versicherte in Liechtenstein und den Kantonen St. Gallen und Graubünden mit Grund- und Wahlfranchise, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024), eigene Darstellung

Franchise:
■ höchste
■ mittlere
■ ordentliche

Die Gründe für die niedrigen Versichertenzahlen mit einer Wahlfranchise in Liechtenstein wurden in dieser Studie nicht untersucht. Mögliche Ursachen werden in Kapitel 5.1 skizziert (hohe Risikoaversion, zu hohes finanzielles Risiko bei Wahlfranchisen, geringe Prämienbelastung und dadurch wenig Anreize für einen Franchisenwechsel). Ein zusätzlicher Erklärungsansatz kann darin bestehen, dass die Versicherten ungenügend über das Versicherungssystem und die entsprechenden Wahlmöglichkeiten informiert sind.

4.4 Bedeutung von Prämien und Transferzahlungen

Krankenkassenprämien fallen unabhängig von den bezogenen Leistungen an und zählen deshalb nicht zur Kostenbeteiligung. Indirekt reagiert die

Nachfrage nach Gesundheitsleistungen jedoch auf die Prämienhöhe aufgrund des Einkommenseffekts. Ist die relative Prämienbelastung der Haushalte mit tieferen Einkommen hoch, bleibt diesen weniger verfügbares Einkommen und sie können sich weniger Gesundheitsausgaben leisten.

In einem System mit für die Versicherten einheitlich gleich hohen Prämien spielen deshalb Prämienverbilligungen eine entscheidende Rolle, um den gewünschten Zugang aller Bevölkerungsschichten zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Eine liechtensteinische Besonderheit ist, dass bei einem Anspruch auf Prämienverbilligungen auch ein Teil der Franchise und auch des Selbstbehalts subventioniert wird.²⁶ Eine alleinstehende Person mit einem massgebenden Einkommen von 26'000 Franken muss mit der Grundfranchise 150 der ersten 500 Franken Gesundheitskosten tragen und ihr effektiver Selbstbehalt für die nächsten 4'500 Franken beträgt 6 Prozent. Insgesamt sinkt ihre Kostenbeteiligung damit auf maximal 420 Franken pro Jahr. Dass sich der Anspruch auf eine Prämienverbilligung auch direkt auf die Kostenbeteiligung auswirkt, mindert die beabsichtigte Reduktion von Moral Hazard. Gleichzeitig ist diese Lösung in Bezug auf die Anreizwirkung nicht unbedingt weniger gerecht. Schliesslich wird eine für alle vom Einkommen unabhängige Franchise und ein für alle fixer prozentualer Selbstbehalt auch je nach finanzieller Situation unterschiedlich starke Anreizwirkungen setzen.

Vom Einkommen unabhängige Franchisen und ein fixer prozentualer Selbstbehalt setzen je nach finanzieller Situation auch unterschiedliche Anreizwirkungen.

Der Arbeitgeberbeitrag an die OKP-Prämie wird vermutlich von den Arbeitnehmenden eher als Lohnbestandteil und nicht als prämiensenkender Transferzahlung betrachtet. Ihm dürfte deshalb keine über den Budgeteffekt hinausgehende Bedeutung für Konsumententscheidungen der Versicherten zukommen.

Ein weiteres Subventionsinstrument sind die Staatsbeiträge an stationäre Leistungen der Vertragsspitäler. Der Staat finanziert 55 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler, 45 Prozent gehen zulasten der OKP. Leistungen in anderen Spitälern sind vollständig von der OKP gedeckt. Damit

²⁶ Bei Alleinstehenden beträgt der Subventionssatz 70 Prozent für Einkommen bis 26'000 Franken, für Ehepaare/Konkubinate bis 37'000 Franken. Der Satz wird linear abgestuft auf 15 Prozent bei Einkommen von 65'000/77'000 Franken.

beteiligt sich der Staat ungleichmässig an den verschiedenen Gesundheitsausgaben. Aus Sicht der Versicherten steigen dadurch die wahrgenommenen Kosten für stationäre Spitalleistungen, die nicht durch einen Staatsbeitrag subventioniert werden, da in diesem Fall die Kostenbeteiligung auf den Gesamtbetrag fällig wird. Da der Bezug von stationären Leistungen jedoch aufgrund eines medizinischen Befunds angeordnet werden muss, dürfte der Staatsbeitrag keinen wesentlichen Effekt auf die Entscheidung der Patienten haben.

4.5 Wirkung von Kostenbeteiligungen

Bei der Gestaltung von Kostenbeteiligungssystemen müssen Effizienz- und Gerechtigkeitsaspekte sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Darüber hinaus ist es wichtig, mögliche Reaktionen und Verhaltensänderungen der Versicherten auf die Festlegung oder Veränderung einzelner Systemkomponenten zu berücksichtigen. Die folgenden Ausführungen beschreiben relevante Forschungsergebnisse zur ökonomischen und verhaltensökonomischen Wirkung von Kostenbeteiligungssystemen.

4.5.1 Das RAND-HIE-Experiment (RAND HIE)

Das RAND HIE in den 1970er-Jahren in den USA gilt wegen seiner Konzeption bis heute als wegweisend. In einem mehrjährigen Versuch wurden Personen zufällig vier Gruppen mit unterschiedlichen Kostenbeteiligungsraten zugewiesen: 0, 25, 50 und 95 Prozent. Allerdings wurde der Selbstbehalt auf heute kaufkraftbereinigt rund 4'500 bis 5'000 US-Dollar beschränkt.²⁷ Anschliessend wurden während drei bis fünf Jahren sowohl die Qualität und die Quantität der bezogenen Gesundheitsdienstleistungen als auch der Gesundheitszustand der Versicherten beobachtet.

Die Anzahl der Arztbesuche nahm dabei mit steigender Kostenbeteiligung ab. Ohne Kostenbeteiligung betrug sie durchschnittlich 4.5 Arztbesuche pro Jahr. Bei Personen mit Kostenbeteiligung verringerte sie sich auf 3.3 bis 2.8 Konsultationen. Auch die Anzahl Hospitalisierungen nahm bis zur dritten Kostenbeteiligungsstufe ab.

Der Verzicht auf Gesundheitsdienstleistungen aufgrund einer höheren Kostenbeteiligung ging nicht zwangsläufig mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Allerdings wiesen die ärmsten und am stärksten erkrankten sechs Prozent der Versicherten einen systematisch besseren Gesundheitszustand auf, wenn sie sich nicht an den Kosten beteiligen mussten.

²⁷ Für ärmere Haushalte wurde die Kostenbeteiligung je nach Gruppe auf 5, 10 oder 15 Prozent des Einkommens begrenzt.

Wie beschrieben, untersuchte das RAND HIE das Ausmass von Moral Hazard für verschiedene Selbstbehaltstufen. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die aktuelle Situation in Liechtenstein ist zumindest qualitativ anzunehmen. Allerdings wurde keine Kombination von Franchise und Selbstbehalt untersucht, wie sie in Liechtenstein angewendet wird.

Die Studienautoren empfehlen einen eher geringen Selbstbehalt, da dieser bereits einen wesentlichen Beitrag zur Reduzierung einer übermässigen Nachfrage leistet. Die erste Stufe des RAND HIE von 0 auf 25 Prozent deckt allerdings bereits eine grössere Bandbreite ab als die in Liechtenstein übliche Spanne. Daher lässt sich nicht genauer quantifizieren, wie effektiv beispielsweise der zehnprozentige Selbstbehalt in der Schweiz im Vergleich zu den 20 Prozent in Liechtenstein ist.

Die Wirkung einer Franchise, also einer 100-prozentigen Kostenbeteiligung bis zu einem bestimmten Betrag, wurde mit dem RAND HIE nicht explizit untersucht. Allerdings entspricht der 95-prozentige Selbstbehalt etwa der höchsten wählbaren Franchise in Liechtenstein.²⁸ Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass Personen in diesem Modell tendenziell sparsamer mit Gesundheitsleistungen umgehen. Für den liechtensteinischen Kontext ist jedoch darauf hinzuweisen, dass aufgrund des Selektionseffekts wahrscheinlich vorwiegend Personen mit guten Risiken dieses Modell wählen und nur so lange in diesem bleiben, bis sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Aussagen zu niedrigeren Franchisen sind aus der Studie nicht ableitbar.

4.5.2 Neuere Forschungsergebnisse

Eine jüngere Untersuchung in den USA beobachtete das Verhalten der Angestellten eines Unternehmens, das eine Kostenbeteiligung bei der Krankenversicherung mit einer Franchise zwischen 3'000 und 4'000 US-Dollar und einem Selbstbehalt von 10 Prozent einführte. Im ersten Jahr sanken die Ausgaben um rund 18 Prozent²⁹, und der Effekt hielt auch im zweiten Jahr an. Dabei wurde festgestellt, dass die Nachfrage quer durch alle Arten von Behandlungen zurückging, sowohl bei jenen, die als kosteneffizient eingeschätzt wurden, als auch bei solchen mit einem höheren Anteil unnötiger Untersuchungen. Ebenso wurde keine Verschiebung der Nachfrage zu günstigeren Angeboten oder zu günstigeren alternativen Behandlungsmethoden beobachtet. Der Kostenrückgang war also rein mengenbedingt, indem weniger Leistungen in Anspruch genommen wurden.

28 4'000 Franken Franchise und 20 Prozent Selbstbehalt für maximal weitere 1'000 Franken im Vergleich zum kaufkraftbereinigten maximalen Selbstbehalt von 4'500 bis 5'000 US-Dollar im RAND HIE.

29 Preisentwicklung im Gesundheitswesen und Alterung der Versicherten wurden herausgerechnet. Wird berücksichtigt, dass vor der Umstellung planbare Behandlungen vorgezogen wurden, sinkt der Effekt auf rund 11 bis 15 Prozent.

Ein weiteres Ergebnis war, dass die unmittelbar zum Zeitpunkt der Behandlung anfallenden Kosten einen starken Einfluss auf die Konsumentscheidung hatten. Dies galt auch für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, bei denen absehbar war, dass sie das Maximum der Kostenbeteiligung im Laufe des Jahres ohnehin erreichen würden und damit die erwarteten Grenzkosten der zusätzlichen Behandlung das ganze Jahr über bereits null sein werden.³⁰

Die unmittelbar zum Zeitpunkt der Behandlung anfallenden Kosten haben einen starken Einfluss auf die Konsumententscheidungen.

Obwohl die Studie lediglich die Änderung des Kostenbeteiligungssystems in einem Unternehmen untersuchte, können einige Erkenntnisse dennoch auf Liechtenstein übertragen werden. Besonders relevant ist die Feststellung, dass die Kombination aus Franchise und Selbstbehalt wirksam ist und langfristig zu einer Reduzierung der Gesundheitsausgaben führt.

In einer anderen Studie in den USA wurde untersucht, welcher Effekt sich aus kleinen Veränderungen bei der Kostenbeteiligung ergibt. Dabei führte die Erhöhung der Franchise um einen Dollar zu einem Ausgabenerückgang von 55 Cent. Eine Reduktion der Selbstbeteiligung um einen Prozentpunkt bewirkte eine Ausgabensteigerung um 82 US-Dollar, ausgehend von Gesundheitsausgaben von 4'500 US-Dollar pro Jahr.

Aufgrund der hohen Ähnlichkeit der Kostenbeteiligungssysteme in Liechtenstein und in der Schweiz sind Untersuchungen in der Schweiz von besonderem Interesse. Eine Studie der Universität Zürich vergleicht die Wirksamkeit von Kostenteilungssystemen sowohl auf der Angebotsseite (Teilnahme an einem Managed-Care-System) als auch auf der Nachfrageseite (Höhe der Franchise). Beide Ansätze wirken kostendämmend, stärken jedoch die Massnahmen auf der Angebotsseite. Eine Erklärung erten die Autoren darin, dass hohe Franchisen vor allem von Personen mit geringen Gesundheitskosten gewählt werden und die Franchise jährlich einer neuen oder absehbaren Situation angepasst werden kann. Bei der Erhöhung der Franchise um 200 respektive 700 Franken wurden zwei Effekte festgestellt: Der Anteil der Personen ohne Gesundheitsausgaben stieg

³⁰ Bei manchen Personen ist etwa wegen einer chronischen Erkrankung die Höhe der Gesundheitskosten bereits zu Beginn eines Jahres absehbar und damit klar, dass die Kostenbeteiligung maximal ausfällt. Der Patient kann bereits im Januar damit rechnen, dass es am Ende des Jahres finanziell keinen Unterschied macht, ob er zwei- oder fünfmal zum Arzt geht.

um 1 respektive 3.7 Prozentpunkte an, bei Personen mit Gesundheitsausgaben sanken diese um 7 respektive 18 Prozent.

Das Forschungsergebnis zu den Kostenunterschieden zwischen verschiedenen Franchisestufen zeigt: 25 Prozent sind auf den Anreizeffekt zurückzuführen, unnötige Ausgaben zu vermeiden.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2005 widmete sich dem Zusammenhang zwischen Versicherungsdeckung und Gesundheitsausgaben. Die Autoren führen 75 Prozent der Unterschiede in den Ausgaben zwischen verschiedenen Franchisestufen auf den Selektionseffekt zurück (vor allem gute Risiken wählen höhere Franchisen). 25 Prozent entfallen auf den Anreizeffekt, unnötige Ausgaben zu vermeiden.

In einer aktuellen Studie der Universität St.Gallen (HSG) wird untersucht, ob es zu einer sprunghaften Zusatznachfrage von Gesundheitsdienstleistungen kommt, wenn die Jahresfranchise aufgebraucht ist. Es zeigt sich sowohl bei der niedrigsten als auch bei der höchsten Franchisestufe ein positiver Unterschied vor und nach Erreichen der Franchise. Allerdings ist der Anstieg statistisch nicht signifikant. Das Gleiche gilt bei einer Unterteilung der Versicherten nach Rentenstatus, Prämienreduktion und Anzahl chronischer Krankheiten. Die Autoren kommen zu folgendem Schluss: Das Franchisesystem stellt eine wirksame Lösung für die Kostenbeteiligung in der Schweiz dar. Auch nach Ausschöpfung der Franchise ist keine nachweisbar übermässige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen festzustellen. Dies deuten die Autoren als Zeichen dafür, dass auch dann keine substantielle Unterversorgung vorliegt, solange die Versicherten noch alle Leistungen durch die Franchise selbst bezahlen müssen.

Insgesamt zeigen verschiedene Untersuchungen, dass die Kostenbeteiligung auch im Schweizer Kontext wirksam ist, um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu reduzieren. Die zitierte HSG-Studie macht deutlich, dass es bei den eingesparten Gesundheitsleistungen eher um verzichtbare Behandlungen geht. Zumindest qualitativ lassen sich die Ergebnisse auf Liechtenstein übertragen.

Untersuchungen aus der Schweiz zeigen,
dass die Kostenbeteiligung die
Nachfrage nach weniger notwendigen
Gesundheitsleistungen reduziert.

4.6 Zwischenfazit

- Kostenbeteiligungen reduzieren nachweislich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Der Effekt ist zwar nicht beliebig skalierbar. Aber bereits geringe Kostenbeteiligungen wirken sich aus.
- Kostenbeteiligungssysteme können unerwünschte gesellschaftliche Auswirkungen haben und die gewünschte Solidarität im Krankenversicherungssystem schwächen. Dies zum Beispiel, wenn einkommensschwächere Haushalte durch die Kostenbeteiligung notwendige Behandlungen aufschieben, Versicherte mit gutem Gesundheitszustand hohe Franchisen wählen oder die Franchisenhöhe strategisch geplant wird.
- Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen aufgrund von Kostenbeteiligungen geht nicht mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Das gilt aber nicht für alle Versichertengruppen gleichermassen. Das RAND-HIE-Experiment hat gezeigt, dass der Gesundheitszustand von besonders armen und kranken Personen schlechter ist, wenn sie einem System mit höherer Kostenbeteiligung zugeteilt sind.
- Daher kann es sinnvoll sein, die Prämienbelastung und auch die Kostenbeteiligung für bestimmte Versichertengruppen zu reduzieren, um negative Effekte auf Gesundheit und Wohlstand zu vermeiden.
- Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen orientieren sich Versicherte an den unmittelbaren Kosten zum Zeitpunkt der Behandlung. Die durch eine Kostenbeteiligung bewirkte Nachfragereduktion betrifft vornehmlich die Menge der konsumierten Gesundheitsleistungen und nicht etwa ein Ausweichen auf günstigere Behandlungsmethoden.

5 | Kostenunterschiede zwischen Liechtenstein und den Nachbarkantonen

Die OKP-Systematik in Liechtenstein ist weitgehend mit derjenigen in der Schweiz vergleichbar. Dennoch weist Liechtenstein (FL) im Vergleich zu den Nachbarkantonen Graubünden (GR) und St. Gallen (SG) um rund 1'000 Franken (+ 20 Prozent) höhere OKP-Kosten pro versicherte Person auf (siehe Tabelle 6).

	FL	SG	GR
Kosten pro versicherte Person (in CHF)	5'830	4'851	4'784
Differenz FL zu SG und GR			
– absolut		+ 979	+ 1'046
– in %		+ 20%	+ 22%

Tabelle 6:
Übersicht der OKP-Kosten
FL, SG und GR, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Die Pro-Kopf-Kosten in der OKP sind in Liechtenstein um rund 20 Prozent höher als in den Kantonen St. Gallen und Graubünden.

Dieses Kapitel widmet sich diesen Kostenunterschieden und sucht nach möglichen Erklärungen. Genauer betrachtet werden Unterschiede beim Kostenbeteiligungssystem (Kapitel 5.1), in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten (Kapitel 5.2), sowie der Zusammenhang zwischen Wohlstand und Gesundheitskosten in einem internationalen Vergleich (Kapitel 5.3).

Zur Strukturierung der Analyse werden die folgenden Hypothesen bezüglich der Gründe für die Kostenunterschiede pro Versicherten aufgestellt:

1. Die Kosten sind in Liechtenstein aufgrund der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur höher.
2. Die Kosten sind in Liechtenstein aufgrund der unterschiedlichen Kostenbeteiligung höher. Dabei sind sie:
 - bei unter 21-Jährigen aufgrund der fehlenden Kostenbeteiligung in Liechtenstein höher;
 - bei 21- bis 64-Jährigen aufgrund der höheren Kostenbeteiligung in Liechtenstein niedriger.
3. Die Kosten sind in Liechtenstein aufgrund der niedrigen Anzahl Versicherter mit Wahlfranchisen höher.
4. Die Kosten sind in Liechtenstein aufgrund des hohen Wohlstands höher.

5.1 Unterschiede bei der Kostenbeteiligung

Wie in Kapitel 4 ausführlich beschrieben, haben Kostenbeteiligungen aus gesundheitsökonomischer Sicht zwei Effekte: Sie reduzieren durch den Versicherungsschutz ausgelöste Fehlanreize und Versicherte mit geringeren Gesundheitsrisiken wechseln in Modelle mit hoher Kostenbeteiligung und entsprechend niedrigeren Prämien. Beide Effekte führen zu niedrigeren OKP-Kosten, weil erstens weniger (unnötige) Gesundheitsleistungen nachgefragt werden und zweitens die Versicherten weniger kränklich sind. Entsprechend erwartet man niedrigere Kosten pro Versicherten mit steigender Kostenbeteiligung.

Tabelle 7 zeigt die durchschnittlichen Kosten und Versichertenanteile in drei Altersklassen für die verschiedenen Franchisestufen in Liechtenstein und in den Kantonen St. Gallen und Graubünden. Grundsätzlich werden mit steigender Kostenbeteiligung niedrigere Kosten pro versicherte Person erwartet. Dieser Effekt zeigt sich sowohl in Liechtenstein als auch in den Kantonen St. Gallen und Graubünden. Bei einer Wahlfranchise von 2'500 Franken betragen sie einen Viertel der Durchschnittskosten von Versicherten mit der Grundfranchise.

Franchise Erwachsene / Kinder		Kosten pro versicherte Person				Anteil Versicherte			
		< 21	21 – 64	> 64	Total	< 21	21 – 64	> 64	Total
Liechtenstein	500/0	1'919	5'645	14'094	6'542	20.1%	46.3%	17.8%	84%
	1'500/–	–	2'580	5'362	2'757	–	4.3%	0.3%	5%
	2'500/–	–	1'827	2'270	1'838	–	2.9%	0.1%	3%
	4'000/–	–	1'619	1'503	1'614	–	7.9%	0.3%	8%
	Total	1'923	4'739	13'690	5'830	20.1%	61.4%	18.5%	100%
St. Gallen	300/0	1'674	6'868	13'628	6'658	19.0%	22.2%	12.9%	54%
	500/100	1'984	4'957	11'750	7'293	0.1%	3.8%	2.1%	6%
	1'000/200	1'498	3'080	8'167	4'043	0.1%	2.0%	0.5%	3%
	1'500/300	1'473	2'435	6'533	2'980	0.2%	5.3%	0.9%	6%
	2'000/400	1'439	1'788	5'990	2'140	0.3%	1.9%	0.2%	2%
	2'500/500, 600	929	1'484	4'609	1'634	1.4%	25.5%	1.6%	28%
	Total	1'618	3'818	12'009	4'851	21.1%	60.7%	18.3%	100%
Graubünden	300/0	1'685	5'518	12'495	6'347	16.4%	27.1%	16.1%	60%
	500/100	2'955	4'469	10'379	6'640	0.0%	3.0%	1.8%	5%
	1'000/200	1'093	2'653	7'035	3'414	0.1%	1.9%	0.5%	2%
	1'500/300	1'605	2'054	6'947	2'786	0.1%	4.5%	0.8%	5%
	2'000/400	1'494	1'839	4'689	2'131	0.1%	1.3%	0.2%	2%
	2'500/500, 600	1'238	1'439	3'676	1'577	1.0%	23.4%	1.7%	26%
	Total	1'657	3'484	11'204	4'784	17.8%	61.2%	21.0%	100%

Tabelle 7:
OKP-Kosten und Anteil Versicherte pro Franchisestufe und Altersklasse, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Diese beobachteten niedrigen Kosten entstehen einerseits durch die Reduktion von Moral Hazard und andererseits dadurch, dass Personen mit geringeren Gesundheitsrisiken höhere Franchisen wählen. In beiden Ländern besteht die Möglichkeit, die Franchisenhöhe jährlich zu wechseln und an den (erwarteten) Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Selbstselektionseffekt von guten Risiken in höhere Franchisen dürfte in der Regel nicht unbeachtlich sein. Dabei zeigen sich aber deutliche Unterschiede. Während sich im Kanton St. Gallen 46 Prozent und in Graubünden 40 Prozent für eine Wahlfranchise entscheiden, sind es in Liechtenstein lediglich 16 Prozent. Da keine offensichtlichen Gründe bestehen, weshalb die Morbidität³¹ in Liechtenstein höher sein sollte als in den Nachbarkantonen, gibt es für diesen tiefen Anteil vor allem drei Erklärungsansätze:

³¹ Morbidität ist ein Gesundheitsindikator, mit dem die Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird (AOK, 2024).

- eine hohe Risikoaversion bezüglich des Gesundheitszustands,
- ein zu hohes finanzielles Risiko bei den Wahlfranchisen oder
- eine zu niedrige Belastung der Haushaltseinkommen durch die Prämien und damit wenig Anreize für einen Franchisenwechsel.

Dies bedeutet umgekehrt, dass in Liechtenstein in der Grundfranchise mehr Versicherte mit guter Risikostruktur und niedrigen Gesundheitsausgaben vertreten sind als in der Schweiz.

In den Nachbarkantonen entscheiden sich viel mehr Versicherte für eine höhere Franchise als in Liechtenstein.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, die Pro-Kopf-Kosten nach Franchisestufe mit Vorsicht zu vergleichen. Insbesondere bei der Grundfranchise zeigen sich nur bei Kindern/Jugendlichen und Pensionierten in Liechtenstein relevant höhere Kosten. In Liechtenstein betrug sie 2022 für Kinder null. In der Schweiz sind Kinder ebenfalls franchisenbefreit, aber es stehen Wahlfranchisen zur Verfügung. Es überrascht, dass bei Kindern und Jugendlichen die Durchschnittskosten in den Kantonen St. Gallen und Graubünden trotzdem tiefer liegen als in Liechtenstein – ein Indiz für eine stärkere Inanspruchnahme von Leistungen in diesem Alterssegment in Liechtenstein. Für Pensionierte galt im Jahr 2022 noch eine Grundfranchise von 500 Franken. In der Schweiz liegt sie bei 300 Franken. Die Abschaffung der Franchise für Personen im Rentenalter in Liechtenstein ab 2023 dürfte aus theoretischer Sicht die Kostendifferenz noch weiter erhöhen.

Bei den Erwachsenen zwischen 21 und 64 Jahren sind die Kosten mit der Grundfranchise im Kanton St. Gallen sogar um rund 1'200 Franken höher als in Liechtenstein. Wie erwähnt, dürften die niedrigeren Kosten in Liechtenstein teilweise durch die günstigere Risikostruktur in der Grundfranchise beeinflusst sein, während sich in der Schweiz viele Personen mit geringeren Gesundheitsrisiken für Wahlfranchisen entschieden haben.

Vergleicht man die Kosten der über 64-Jährigen in den verschiedenen Franchisestufen, fallen die Unterschiede zum Kanton St. Gallen und zu Graubünden wesentlich geringer aus. Die Durchschnittskosten der wenigen Versicherten mit einer Wahlfranchise liegen sogar deutlich niedriger als in

den Nachbarkantonen. Auch dort kann angenommen werden, dass sich in Liechtenstein nur Versicherte mit sehr guten Risiken für höhere Franchisen entscheiden.

Die um 20 Prozent höheren Pro-Kopf-Kosten in Liechtenstein sind auf den tiefen Anteil Versicherter mit Wahlfranchise zurückzuführen.

Die in der Gesamtbetrachtung festgestellten, um 20 Prozent höheren Kosten pro Versicherten in Liechtenstein sind auf den deutlich tieferen Anteil Versicherter mit Wahlfranchise zurückzuführen. Die Kostendifferenz bei Versicherten ist zwar mit der Grundfranchise vernachlässigbar. Aber der Anteil der Versicherten mit Wahlfranchise und dadurch wesentlich niedrigeren Kosten in den Kantonen St. Gallen und Graubünden ist viel höher und senkt damit den Kostendurchschnitt deutlich. Im Kanton St. Gallen wählen 54 Prozent der Versicherten die Grundfranchise und weisen Durchschnittskosten von 6'658 Franken auf. Diesen stehen in Liechtenstein 84 Prozent mit Kosten von 6'542 Franken gegenüber. Zusammengefasst: Die höchsten Pro-Kopf-Kosten in Liechtenstein und in beiden Kantonen weisen Versicherte mit Grundfranchise auf. Die Kostendifferenz ist zwar gering, aber weil der Anteil in Liechtenstein viel höher ist, schlägt sich dies entsprechend in den durchschnittlichen Gesamtkosten nieder. Abbildung 14 verdeutlicht diesen Vergleich.

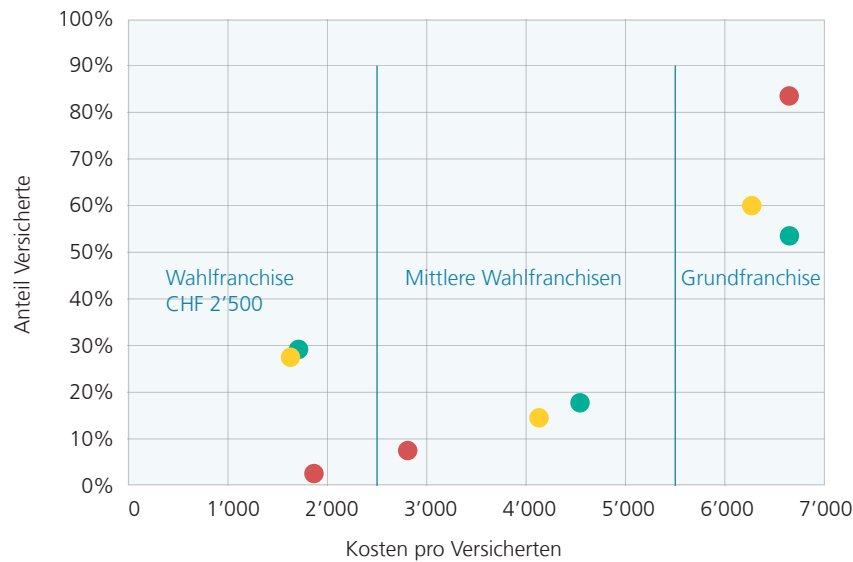


Abbildung 14:
OKP-Kosten und Anteil
Versicherte pro Franchisestufe

Quelle: Mäder et al. (2024),
eigene Darstellung

- Liechtenstein
- St. Gallen
- Graubünden

Mittlere Wahlfranchisen: Für Liechtenstein nur Wahlfranchise von 1'500 Franken.

Die Franchisenhöhe kann von den Versicherten jedes Jahr neu gewählt werden. Die Theorie geht davon aus, dass Versicherte die Franchise ihrem erwarteten Gesundheitszustand im nächsten Jahr anpassen. Deshalb wählen Gesunde hohe Franchisen, während Kranke und Gebrechliche niedrige Franchisen bevorzugen. Letzteres gilt auch für Personen mit einer starken Risikoaversion und für solche, die im nächsten Jahr einen hohen Leistungsbezug erwarten. Ohne relevante Unterschiede in der Morbidität sind eine höhere Risikoaversion und ein hoher erwarteter Leistungsbezug plausible Gründe für den hohen Anteil an Versicherten mit Grundfranchise in Liechtenstein. Die Kosten für Versicherte mit einer Grundfranchise entsprechen dem Niveau in den Nachbarkantonen. Deshalb liegt die Vermutung nahe, dass eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten in Liechtenstein den Kostenunterschied teilweise erklären und ein hoher Anteil der Versicherten dadurch keinen Grund hat, in höhere Franchisestufen zu wechseln. Unklar bleibt, welcher Teil auf das Versichertenverhalten (nachfrageinduziert) und welcher auf das Verhalten der Leistungserbringer (angebotsinduziert³²) zurückzuführen ist.

5.2 Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur

Liechtenstein ist mit rund 40'000 Versicherten im Vergleich zu Graubünden mit 207'000 und zum Kanton St. Gallen mit 525'000 Versicherten ein sehr kleiner Gesundheitsmarkt. Die Alters- und Geschlechtsstrukturen sind

³² Angebotsinduzierte Nachfrage beschreibt Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte, die über den tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten hinausgehen. Die begrenzte Konsumentensouveränität der Patientinnen und Patienten aufgrund des Informationsvorsprungs der medizinischen Fachkräfte führt dazu, dass Letztere massgeblich über die Nutzung ihrer Leistungen sowie über die Nachfrage nach verschriebenen Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln entscheiden.

nicht identisch, jedoch sehr ähnlich. Rund 20 Prozent der Versicherten sind jünger als 21 Jahre, 60 Prozent sind zwischen 21 und 64 und 20 Prozent sind älter als 64. Die sehr ähnliche Altersstruktur lässt vermuten, dass sich auch die Krankheitsrate der Versicherten nicht wesentlich unterscheiden dürfte. Auffällig hingegen ist, dass in Liechtenstein nur 16 Prozent der Versicherten 2022 eine Wahlfranchise wählten, im Kanton St. Gallen waren es 46 und in Graubünden 40 Prozent.

Liechtenstein weist anteilmässig mehr weibliche Versicherte im Alter zwischen 40 und 70 und weniger zwischen 20 und 35 Jahren sowie über 80 Jahren auf. Männliche Versicherte zwischen 20 und 40 Jahren sind in Liechtenstein im Vergleich untervertreten. Dafür ist der Anteil der 45- bis 60-Jährigen höher.

Abbildung 15:
Anteil weibliche Versicherte nach Altersklasse und Geschlecht, FL – SG / GR, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

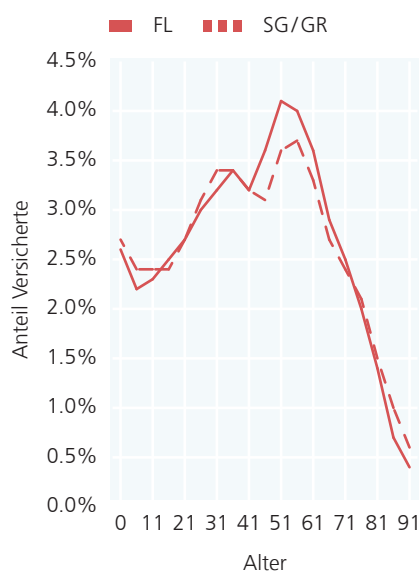
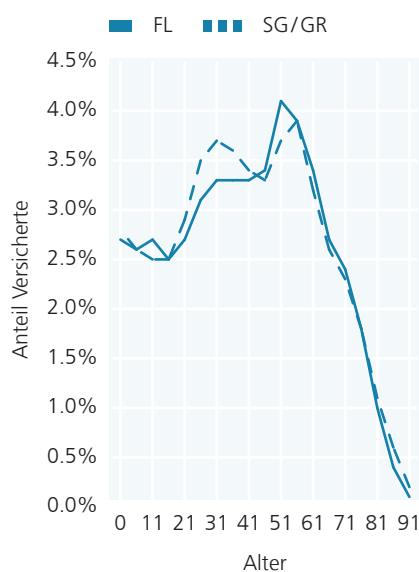


Abbildung 16:
Anteil männliche Versicherte nach Altersklasse und Geschlecht, FL – SG / GR, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)



Analog zur Analyse des Demografieeffekts (Kapitel 3.1.1) können die hypothetischen OKP-Kosten für Liechtenstein anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten in den Kantonen St. Gallen und Graubünden berechnet werden. In diesem Fall wären die Kosten im Jahr

2022 in Liechtenstein um rund 3.7 Millionen Franken (1.6 Prozent) höher ausgefallen. Die Alters- und Geschlechtsstruktur in Liechtenstein erweist sich somit im Vergleich zu den beiden Nachbarkantonen als leicht kostendämpfend. Dies ist insbesondere auf den geringeren Anteil von über 76-jährigen Versicherten in Liechtenstein zurückzuführen. Weil die Kosten pro versicherte Person in dieser Altersgruppe hoch sind, beeinflusst selbst ein geringer Unterschied bei den Anteilen die Gesamtkosten massgebend.

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten in Liechtenstein ist im Vergleich mit den Nachbarkantonen leicht vorteilhafter.

Wie schon festgestellt, steigen die Pro-Kopf-Kosten mit dem Alter an. Abbildung 17 zeigt diese Entwicklung. Die Kosten sind zwar in Liechtenstein praktisch in jedem Alterssegment höher als im Kanton St. Gallen und in Graubünden. Bis zum Alter 55 ist die Differenz aber noch nicht wesentlich. Danach öffnet sich die Schere mit fast jedem Altersjahr deutlich. Die Kosten der über 90-Jährigen liegen in Liechtenstein mit 28'150 Franken rund 8'000 Franken oder 40 Prozent über jenen der Nachbarkantone.

Bei der Interpretation dieses hohen Kostenunterschieds ist zu beachten, dass die 199 Versicherten lediglich 0.5 Prozent aller Versicherten ausmachen und daher nur einen geringen Einfluss auf die Kosten pro Kopf des Kollektivs haben. Sie tragen etwa 40 Franken zur Gesamtdifferenz von 1'000 Franken bei. Die rund 5'000 Versicherten zwischen 61 und 70 Jahren hingegen generieren 199 Franken des Kostenunterschieds pro Person. Die Durchschnittskosten dieser Altersklasse liegen in Liechtenstein zwar «nur» um 1'573 Franken über jenen der Nachbarkantone (im Vergleich zu Mehrkosten von 4'000 bis 8'000 Franken bei den über 80-Jährigen). Die Altersklasse repräsentiert jedoch einen Achtel des Versichertenkollektivs und fällt damit auch entsprechend ins Gewicht.

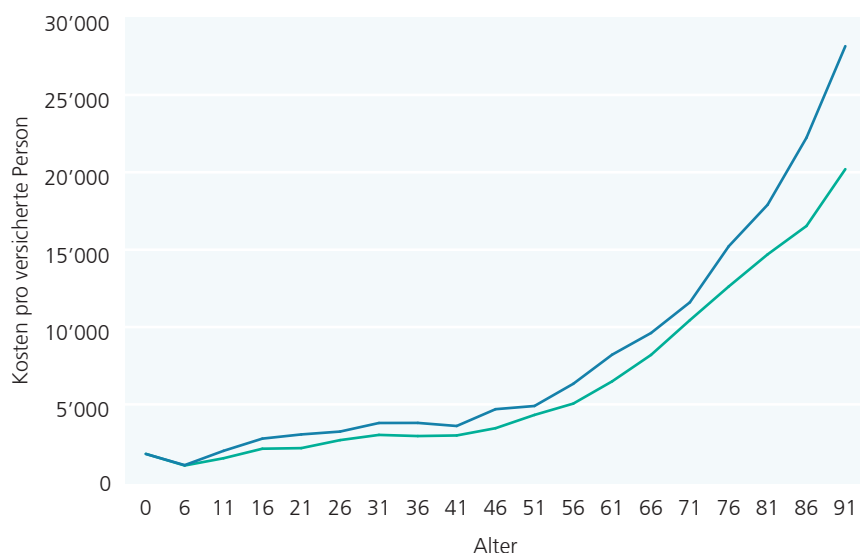


Abbildung 17:
OKP-Kosten pro versicherte Person nach Altersklassen, FL – SG / GR, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

■ FL
■ SG/GR

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Differenz zwischen den Pro-Kopf-Kosten in Liechtenstein gegenüber den Kantonen St. Gallen und Graubünden.

Es ist zielführend, die steigenden Kostenunterschiede aufgrund der Altersstruktur genauer zu untersuchen, da der grösste Kostenblock der OKP bei Versicherten zwischen 50 und 80 Jahren entsteht. Zu diesem Zweck wird analysiert, wo sich relevante Abweichungen in einzelnen Leistungsbereichen zeigen und wie stark diese Kostenunterschiede bei älteren Versicherten erklären.

Die Kostenzusammensetzung nach Leistungsbereichen ist in Liechtenstein sowie in den Kantonen St. Gallen und Graubünden recht ähnlich (siehe Tabelle 8). Rund 30 Prozent entfallen auf den akutstationären Spitalbereich. Weitere 32 Prozent entfallen auf ambulante Arztbehandlungen, entweder im Spital oder in den Arztpraxen. Rund 15 Prozent werden für Medikamente aufgewendet. Trotz dieser Übereinstimmung in der Zusammensetzung sind die absoluten Kosten in Liechtenstein je nach Leistungsbereich deutlich höher als in den Vergleichskantonen. Besonders signifikant sind die Unterschiede im akutstationären Bereich, wo die liechtensteinischen Pro-Kopf-Werte um 290 Franken (+20 Prozent) über jenen im Kanton

St. Gallen und um 341 Franken (+ 24 Prozent) über jenen in Graubünden liegen. Aber auch bei den ambulanten Arztbehandlungen zeigen sich Differenzen von

16 respektive 20 Prozent. Prozentual am höchsten ist die Kostendifferenz bei Laborleistungen (+ 127 Prozent zu SG, + 109 Prozent zu GR). Dahinter könnten sich allenfalls auch strukturelle Unterschiede verbergen, weil zum Beispiel in den Kantonen St. Gallen und Graubünden mehr Analysen in Arztpraxen durchgeführt werden, während diese in Liechtenstein an Auftragslaboratorien ausgelagert sind. Die verfügbare Datenbasis lässt allerdings keine entsprechende Differenzierung zu.

	FL	SG	GR	Differenz FL zu			
				SG		GR	
	in CHF			abs.	in %	abs.	in %
Kosten pro versicherte Person, davon	5'830	4'851	4'784	+979	+20%	+1'046	+22%
Spital akutstationär	1'741	1'451	1'400	+290	+20%	+341	+24%
Spital ambulant	688	692	749	−4	−1%	−61	−8%
Arzt ambulant	1'145	885	775	+260	+29%	+370	+48%
Medikamente ambulant	786	698	741	+88	+13%	+45	+6%
Psychiatrie/Rehabilitation stationär	403	452	434	−49	−11%	−31	−7%
Laboratorien	209	92	100	+117	+127%	+109	+109%
Pflegeheime	271	208	219	+63	+30%	+52	+24%
Übrige Leistungserbringer	587	373	364	+214	+57%	+223	+61%

Tabelle 8:
OKP-Kosten pro versicherte Person nach Leistungsbereichen, FL, SG und GR, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Die Kostendifferenzen können entweder auf eine häufigere Inanspruchnahme der Leistungen oder auf umfangreichere Behandlungen zurückgehen. Im ambulanten Bereich orientiert sich der Taxpunktwert für die Anwendung der Tarifstruktur Tarmed an den Schweizer Nachbarkantonen. Deshalb sind Preisunterschiede weitgehend als Erklärung für die Differenzen ausgeschlossen. Im Jahr 2022 haben liechtensteinische Versicherte im Durchschnitt mehr Ärztinnen und Ärzte sowie Spitalambulatorien konsultiert als Versicherte im Kanton St. Gallen und in Graubünden. Die Anzahl der Besuche lag mit 8.8 rund 10 Prozent höher als in den beiden Vergleichskantonen mit 8.0. Die Kostendifferenz ist jedoch neben dieser häufigeren Inanspruchnahme von Leistungen auch auf höhere Kosten pro Konsultation zurückzuführen.

2022: Liechtensteinische Versicherte konsultieren Ärzte und Spitalambulatorien um 10 Prozent mehr als Versicherte in den Nachbarkantonen.

In Abbildung 17 wurden die hohen Kostenunterschiede bei den älteren Jahrgängen zwischen Liechtenstein und den Nachbarkantonen aufgezeigt. Tabelle 9 zeigt die Abweichungen – unterteilt auf vier Altersklassen – ab 60 Jahren. Auch dort liegen die wesentlichen Differenzen in den gleichen Leistungsbereichen wie in Tabelle 8 für das gesamte Versicherungskollektiv. Insbesondere die Leistungen von Arztpraxen und des akutstationären Spitalbereichs führen in Liechtenstein zu höheren Kosten.

Altersgruppen	60 – 70		71 – 80		81 – 90		> 90	
Anzahl Versicherte	5'030		3'500		1'413		199	
Abweichung FL zu SG / GR	in CHF	in %	in CHF	in %	in CHF	in %	in CHF	in %
Spital akutstationär	+ 721	+ 31 %	+ 449	+ 11 %	+ 764	+ 15 %	+ 1'243	+ 24 %
Spital ambulant	+ 6	+ 1 %	– 98	– 5 %	– 541	– 34 %	– 185	– 23 %
Arzt ambulant	+ 302	+ 25 %	+ 549	+ 32 %	+ 713	+ 38 %	+ 530	+ 34 %
Medikamente ambulant	+ 86	+ 7 %	+ 146	+ 8 %	+ 347	+ 16 %	+ 571	+ 30 %
Psychiatrie/Rehabilitation stationär	– 83	– 15 %	– 89	– 12 %	+ 535	+ 61 %	+ 315	+ 56 %
Laboratorien	+ 176	+ 154 %	+ 208	+ 146 %	+ 251	+ 178 %	+ 214	+ 204 %
Pflegeheime	+ 61	+ 54 %	+ 247	+ 56 %	+ 1'145	+ 53 %	+ 3'358	+ 44 %
Übrige Leistungserbringer	+ 306	+ 61 %	+ 342	+ 43 %	+ 756	+ 51 %	+ 1'906	+ 77 %
Total	+ 1'573	+ 22 %	+ 1'755	+ 15 %	+ 3'970	+ 26 %	+ 7'952	+ 39 %

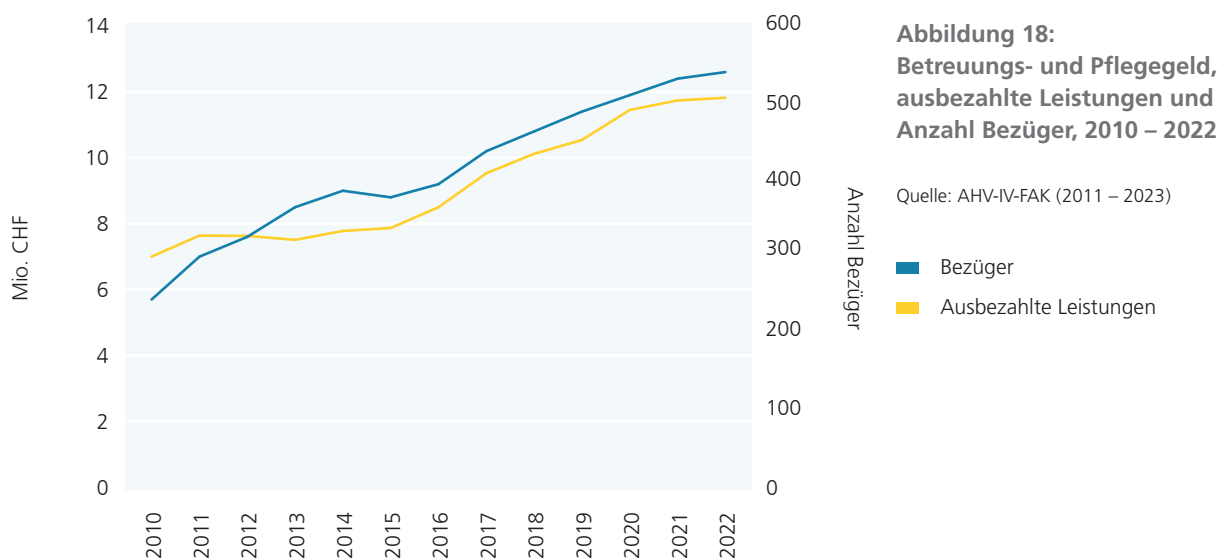
Tabelle 9:
Abweichung der OKP-Kosten pro versicherte Person zwischen FL und SG/GR für ausgewählte Altersklassen und Leistungsbereiche, 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Bei den über 80-Jährigen steigt die Kostendifferenz vor allem bei Leistungen von Pflegeheimen und übrigen Leistungserbringern (insbesondere Krankenpflegeorganisationen) stark an. Die von der OKP übernommenen Leistungen der ambulanten und stationären Pflege sind in Liechtenstein und der Schweiz (fast) identisch geregelt. Jedoch unterscheiden sich die pro Pflegestufe vergüteten Preise. Da die Pflegestufen in den beiden Ländern unterschiedlich definiert sind, ist ein Preisvergleich schwierig. Insgesamt sind die Unterschiede jedoch gering und die Höhe der Kostendifferenz lässt sich damit nicht erklären.

Allerdings bestehen strukturelle Unterschiede. Wer aus gesundheitlichen Gründen Pflege- und/oder Betreuungsleistungen zu Hause benötigt, kann in Liechtenstein seit dem Jahr 2010 das Betreuungs- und Pflegegeld beantragen. Es ermöglicht den Bezüglern, länger zu Hause zu leben und erst bei einem hohen Pflegebedarf in ein Pflegeheim zu wechseln. Eine vergleichbare Leistung existiert in der Schweiz nicht.

2022 wurden Betreuungs- und Pflegegelder von 11.8 Millionen Franken an 550 Personen ausgerichtet. Sie entlasten die OKP und damit die Prämienzahler zulasten der Steuerzahler. Die ausbezahlten Leistungen wie auch die Anzahl Bezüglern steigen seit Jahren und dieser Trend dürfte sich angesichts der absehbaren demografischen Entwicklung in den nächsten 30 Jahren deutlich verstärken.



Entsprechend weisen Personen in Pflegeheimen in Liechtenstein im Vergleich zu den Kantonen St. Gallen und Graubünden einen signifikant höheren Pflegebedarf auf. Im Jahr 2021 lag der Anteil der Pflegeetage bei Patientinnen und Patienten mit einem täglichen Pflegebedarf von über 180 Minuten in Liechtenstein bei rund 77 Prozent, im Kanton St. Gallen und in Graubünden markant tiefer bei lediglich 3.5 beziehungsweise 8 Prozent. Diese erheblichen Unterschiede in der Versichertenstruktur in Pflegeheimen erklären die etwa doppelt so hohen Pro-Kopf-Kosten der OKP in diesem Leistungsbereich.

5.3 Gesundheit und Wohlstand

Die Ergebnisse einer Untersuchung über den Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und den Gesundheitsausgaben aus dem Jahr 2020 zeigen, dass ein BIP-Wachstum mit einem Anstieg der Gesundheitsausgaben einhergeht. Dabei wirkt diese Verbindung in beide Richtungen: Höhere Gesundheitsausgaben führen auch zu höherem Einkommen, da eine gute Gesundheit der Bevölkerung die Produktivität steigert und die Erwerbstätigkeit verlängert.³³

Die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben liegt unter eins. Das heisst: Die Gesundheitsausgaben wachsen im Durchschnitt langsamer als das Einkommen. Diese Feststellung deutet darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung eher eine Notwendigkeit als ein Luxusgut ist.

**Eindeutiger Zusammenhang: Je höher die
Einkommen in einem Land, desto
höher die Gesundheitskosten pro Kopf.**

Abbildung 19 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Bruttonationaleinkommen (BNE) und den Gesundheitsausgaben für ausgewählte Länder. Erfasst sind die gesamten Gesundheitsausgaben, nicht nur diejenigen der Krankenversicherung. Es ist ein eindeutiger, positiver Zusammenhang zwischen den beiden Grössen erkennbar. In Liechtenstein ist das Verhältnis stark unterdurchschnittlich. Selbst wenn das BNE pro Kopf durch die spezielle volkswirtschaftliche Konstellation nach oben verzerrt sein sollte (das BNE pro Kopf erreicht annähernd das Doppelte der Schweiz), ist es durchaus plausibel, dass das hohe Einkommensniveau die höheren Gesundheitsausgaben pro Kopf in Liechtenstein beeinflusst.

³³ Liechtenstein gehört nicht zur Gruppe der untersuchten Länder.

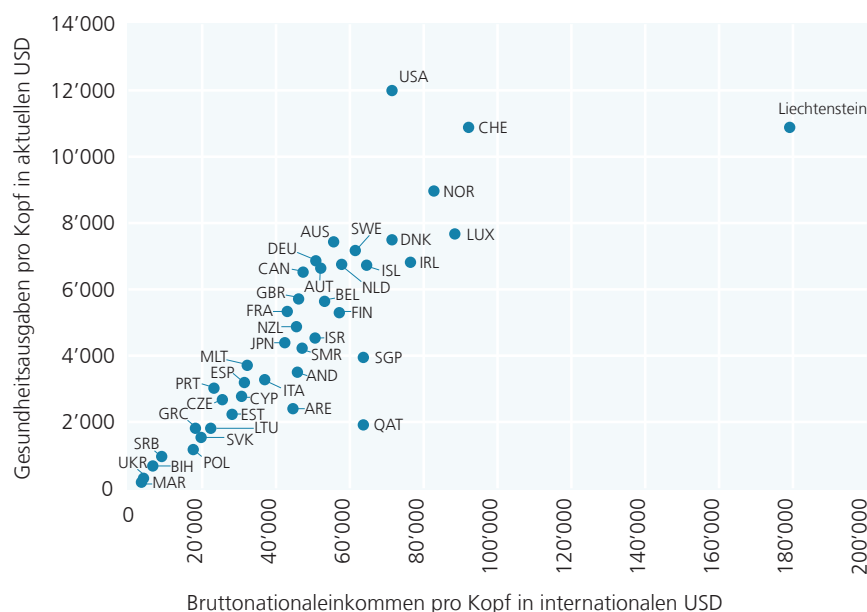


Abbildung 19:
Zusammenhang zwischen
Bruttonationaleinkommen
und Gesundheitsausgaben
ausgewählter Staaten, 2021

Quelle: Mäder et al. (2024)

5.4 Zwischenfazit

- Die OKP-Kosten pro Kopf liegen in Liechtenstein um rund 20 Prozent über denjenigen in den Nachbarkantonen St. Gallen und Graubünden.
- Bei Personen unter 21 und über 64 Jahren mit Grundfranchise sind die Kosten pro versicherte Person in Liechtenstein höher als in der Schweiz. Es ist anzunehmen, dass die fehlende oder geringe Kostenbeteiligung in Liechtenstein zu diesen höheren Kosten führt.
- Ein Teil der Mehrkosten bei Kindern und Jugendlichen kann durch die fehlende Kostenbeteiligung erklärbar sein. Die Abschaffung der Franchise für Personen im Rentenalter ab 2023 dürfte die Differenz in dieser Altersgruppe aus theoretischer Sicht noch erhöhen.
- Bei 21- bis 64-Jährigen mit Grundfranchise sind die Kosten pro versicherte Person in Liechtenstein vergleichbar oder sogar niedriger als in den Kantonen St. Gallen und Graubünden. Die in Liechtenstein höhere Grundfranchise dürfte diese Differenz zumindest teilweise erklären. Ein weiterer Erklärungsansatz ist der Umstand, dass viele Versicherte mit guten Risiken nicht zu Wahlfranchisen wechseln und so die Durchschnittskosten in dieser Kategorie senken.
- In Liechtenstein liegt der Anteil von Personen mit Grundfranchise bei 85 Prozent und damit deutlich höher als in den Kantonen St. Gallen (54 Prozent) und Graubünden (60 Prozent). Die Kosten dieser Personengruppe sind bis zu viermal höher als bei Versicherten mit Wahlfranchisen. Es ist nicht plausibel, dass sich der Unterschied durch eine

schlechtere Gesundheit der Bevölkerung erklären lässt. Die höheren Kosten dürften viel eher zu einem Grossteil auf die übermässige Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte in Liechtenstein zustande kommen. Offen bleibt, ob dies auf eine angebots- oder nachfrageinduzierte Nachfrage zurückzuführen ist.

- Die demografische Struktur in Liechtenstein zeigt im Vergleich eine leicht vorteilhafte Verteilung und kann damit die höheren Kosten nicht erklären.
- Die Kostendifferenzen zeigen sich insbesondere bei Versicherten ab 60 Jahren und dort vor allem bei Leistungen in Arztpraxen, akutstationären Aufenthalten sowie bei Pflegeheimen und ambulanten Pflegeleistungen.
- Patienten in liechtensteinischen Pflegeheimen weisen einen höheren Pflegegrad auf als Patienten in den Nachbarkantonen. Das Betreuungs- und Pflegegeld ermöglicht, länger zuhause zu wohnen und damit spätere Heimeintritte. Dies dürfte ein Hauptgrund für die höheren OKP-Pflegekosten in Liechtenstein sein.
- Staaten mit hoher Wirtschaftsleistung pro Kopf weisen auch hohe Gesundheitsausgaben auf. Dieser Aspekt kann als weitere Teilerklärung für hohe Gesundheitskosten pro Kopf in Liechtenstein dienen.

Das Gesundheitswesen ist stark reguliert. Das gilt ganz besonders für den Bereich, der von der OKP abgedeckt wird. Der Wettbewerb spielt sich – sofern er denn auch stattfindet – zwischen verschiedenen Beteiligengruppen ab, nämlich

- zwischen den Krankenversicherern,
- zwischen den Leistungserbringern (Ärzte, Spitäler, Apotheker, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten etc.) und
- zwischen den Zulieferern, zum Beispiel im Bereich Arzneimittel, Laboranalysen, Medizinaltechnik.

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Krankenversicherer und Leistungserbringer, bei Letzteren auf die niedergelassenen Ärzte und die Spitäler. Dabei kann der Wettbewerb sowohl auf Ebene des Preises als auch der Qualität der Dienstleistung stattfinden.

Die Analyse basiert auf dem Konzept des wirksamen Wettbewerbs. Dieses geht davon aus, dass Marktstruktur und Marktverhalten zum Marktergebnis führen, wobei die drei Elemente interagieren, und durch die regulatorischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden (vgl. Abbildung 20).

Ziel der Förderung des Wettbewerbs ist eine effiziente Ressourcenallokation, das heisst ein optimaler Einsatz der verschiedenen Produktionsfaktoren, um ein bestmögliches Leistungsniveau zu erreichen. Dabei verfolgen staatliche Regulierungen im Gesundheitswesen auch sozialpolitische Ziele wie den Zugang aller Personen zu Gesundheitsleistungen. Diese Ziele können im Widerspruch zu einer effizienten Leistungserbringung stehen. Regulierungen wie die Aufnahmepflicht für Krankenversicherer und das Verbot risikoabhängiger Prämien verhindern, dass Personen wegen ihres Gesundheitszustands benachteiligt werden. Letzteres ist in der Schweiz und in Liechtenstein mit einer Kopfprämie für alle umgesetzt, die – ohne Korrekturen – zu einem ineffizienten Marktergebnis führt, da sie den Krankenversicherern Anreize zur Risikoselektion³⁴ bieten.

³⁴ Es wird zwischen aktiver und passiver Risikoselektion unterschieden. Passive Risikoselektion geschieht durch die Versicherten, indem jene mit guten Risiken (oft besser Verdienende und besser Informierte) von niedrigeren Prämien profitieren und häufiger die Versicherung oder das Versicherungsmodell wechseln. Aktive Risikoselektion durch die Krankenkassen kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Zum einen können sie sich über Werbung um Kunden mit guten Risiken bemühen. Zum anderen besteht aber auch die Möglichkeit, Versicherte mit schlechten Risiken durch bestimmte Praktiken abzuschrecken. Beispiele dafür sind lange Vorfinanzierungszeiten durch den Patienten für Behandlungskosten im System des Tiers garant (der Versicherte bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers und reicht sie bei der Krankenkasse zur Rückerstattung ein), erschwerte räumliche Erreichbarkeit oder stark verzögerte Rückmeldungen bei Anfragen von Patienten im fortgeschrittenen Alter.

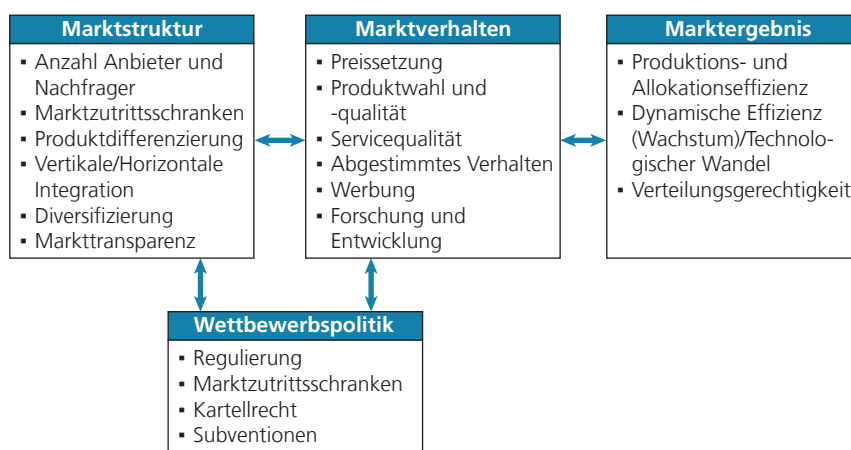


Abbildung 20:
Konzept des wirksamen Wettbewerbs

Quelle: Mäder et al. (2024)

Zur Operationalisierung und Überprüfung des Konzepts kommen die in Tabelle 11 (Anhang 2: Wettbewerbsindikatoren) beschriebenen Faktoren und Indikatoren zur Anwendung. In den folgenden Kapiteln werden hingegen jene Aspekte beleuchtet, die im liechtensteinischen Kontext relevant sind.

6.1 Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern

Das Krankenversicherungssystem in Liechtenstein basiert auf dem Modell des regulierten Wettbewerbs. Jede Person mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in Liechtenstein ist verpflichtet, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abzuschliessen, die einen einheitlichen Leistungskatalog umfasst. Die Krankenversicherer wiederum sind verpflichtet, alle Personen in die OKP aufzunehmen.

Marktstruktur

In Liechtenstein sind aktuell drei Krankenversicherer tätig. Die Concordia ist mit einem Marktanteil am Versichertenbestand von 64 Prozent die führende Anbieterin. Der Marktanteil der Swica hat sich seit 2017 zulasten der Concordia in etwa verdoppelt. Dies deutet auf einen Wettbewerb zwischen den Versicherern hin (siehe Abbildung 21). Neue Marktteilnehmer können eintreten, sofern sie die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Ausländische Krankenversicherer müssen für die Anerkennung eine Agentur, eine Zweigniederlassung oder ein Büro in Liechtenstein betreiben, das von eigenem Personal oder einer unabhängigen Person im Auftrag des Krankenversicherers geführt wird. In den letzten zehn Jahren gab es allerdings weder in- noch ausländische neue Anbieter.

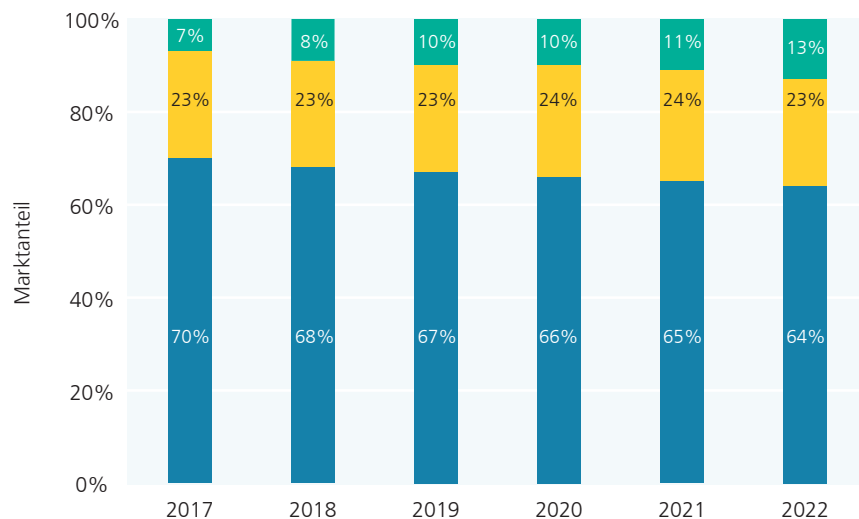


Abbildung 21:
Marktanteile von Kranken-
versicherern in Liechtenstein,
2017 bis 2022

Quelle: Mäder et al. (2024)

Swica
FKB
Concordia

Die Krankenversicherer sind in der Gestaltung ihrer Versicherungsmodelle und Prämien stark eingeschränkt. Grundfranchise, Mindestanzahl an Wahlfranchisen, Maximalfranchise, Prämienhöhe für Kinder und Jugendliche, Selbstbehalte, maximale Prämienrabatte, Gewinnverbot in der OKP, verpflichtendes Angebot einer erweiterten OKP inkl. Preisvorgabe (40 Franken): All diese Komponenten sind regulatorisch vorgegeben. Die Möglichkeit zur Produktdifferenzierung ist zusätzlich durch die Vorgabe eines einheitlichen Leistungskatalogs für die OKP begrenzt.

Krankenversicherer sind in der Gestaltung ihrer Versicherungsmodelle und Prämien stark eingeschränkt.

Seit Januar 2021 ist es gesetzlich möglich, dass Krankenversicherer Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern abschliessen, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen und eine Mitverantwortung bei den Kosten übernehmen. Dadurch können sie Versicherungsmodelle anbieten, bei denen sich die Versicherten verpflichten, ihre Leistungen im Rahmen des Versorgungsnetzwerkes zu beziehen. In Kapitel 7 wird ausführlich auf dieses Thema eingegangen.

Auch der Spielraum zur Beeinflussung der Leistungskosten ist begrenzt. Jeder Krankenversicherer ist von Gesetzes wegen Mitglied im Liechtensteinischen Krankenkassenverband. Dieser ist zuständig für die Tarifverhandlungen, den Abschluss von Qualitätsvereinbarungen mit den Berufsverbänden der Leistungserbringer sowie für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer. Die einzelnen Krankenversicherer können daher wiederum nur im Rahmen von Versorgungsnetzen mit Leistungserbringern Verhandlungen über Tarife beziehungsweise Kosten führen und gegebenenfalls die Qualität der Behandlung beeinflussen.

Alle drei in Liechtenstein tätigen Krankenversicherer bieten auch Zusatzversicherungen für weitere Leistungen (freiwillige Versicherung) an. Gemäss Art. 16 KVG können die Versicherer solche Zusatzversicherungen auch Personen anbieten, die ihre OKP bei einer anderen Kasse abgeschlossen haben.³⁵ Allerdings bieten zwei Krankenkassen Zusatzversicherungen nur Personen an, die auch die OKP oder eine erweiterte OKP bei ihnen beziehen. Dies schränkt den potenziellen Wettbewerb ebenso bei der Grundversicherung ein, da sich – ähnlich wie in der Schweiz – die Mehrheit der Versicherten eine Form von Zusatzversicherung leistet, die sie im fortschreitenden Alter teilweise nicht mehr ohne Einbussen wechseln können. Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, dass es auch ohne eine formelle Bindung zwischen Grund- und Zusatzversicherung viele Personen bevorzugen, beide Versicherungen beim gleichen Anbieter abzuschliessen, um administrative Probleme zu vermeiden.

Markttransparenz ist im Hinblick auf die angebotenen Versicherungsmodelle sowie die damit verbundenen Prämien und Kostenbeteiligungen gegeben. Das Amt für Gesundheit publiziert jedes Jahr die Prämien der drei Versicherungen sowie den monatlichen Zuschlag für die erweiterte OKP.

Marktverhalten

Durch den eingeschränkten Spielraum bei den Versicherungsmodellen und dem Leistungskatalog konkurrieren die Versicherer vor allem über die Preise. Die monatlichen Prämien für Erwachsene variieren je nach Versicherer und Franchise um 20 bis 40 Franken.³⁶ Diese Preisunterschiede dürften aber vor allem die Risikostruktur der drei Krankenversicherer widerspiegeln. Da die Versicherungen verpflichtet sind, Versicherte in die OKP aufzunehmen, werden unterschiedliche Risikostrukturen ausgeglichen.

³⁵ KVG, LR 832.10 Art. 16.

³⁶ Monatsprämie ohne Unfalldeckung bei einer Franchise von 500 Franken: Concordia 2024 371, FKB 362, Swica 352 Franken. Bei einer Franchise von 4'000 Franken Concordia 238, FKB 222, Swica 199 Franken.

Dieser Ausgleich berücksichtigt in Liechtenstein aktuell nur zwei Merkmale: Alter und Geschlecht. In der Schweiz hingegen werden weitere Aspekte berücksichtigt (siehe Exkurs). Während die Concordia und die FKB Zahlungen aus dem Risikoausgleich erhalten³⁷, ist die Swica eine Nettozahlerin.³⁸ Durch die ungünstigere Versichertenstruktur von Concordia und FKB sind auch deren Nettoleistungen pro versicherte Person mehr als doppelt so hoch wie bei der Swica. Gesetzlich ist bei den Versicherungsmodellen mit frei wählbarer Kostenbeteiligung ein Prämienrabatt bis zu 70 Prozent möglich. FKB und Concordia gewähren für alle Wahlfranchisen einen Rabatt von 60 Prozent auf das zusätzliche Risiko, die Swica offeriert – abhängig von der Franchisenhöhe – zwischen 63 und 65 Prozent.

Exkurs: Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz

Der Risikoausgleich zielt darauf ab, Fairness und Solidarität unter den Krankenversicherern zu fördern, indem Wettbewerbsverzerrungen durch unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten vermieden werden. Ohne diesen Ausgleich hätten Versicherer einen Anreiz, hauptsächlich gesunde Personen mit geringeren Gesundheitskosten zu versichern und kranke Personen mit höheren Kosten abzuweisen. Mit dem Risikoausgleich werden also Versicherer finanziell entschädigt, die zufällig oder durch eine selektive Kundenpolitik einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Personen mit hohem Gesundheitsrisiko versichern.

Zu Beginn basierte der Ausgleichsmechanismus ausschliesslich auf den zwei demografischen Faktoren Alter und Geschlecht. Versicherer mit einem höheren Anteil an Frauen und älteren Versicherten erhielten Ausgleichszahlungen für die durchschnittlichen Mehrkosten dieser Gruppen. Schnell wurde deutlich, dass diese Kriterien nicht ausreichten, um die unterschiedlichen Risikoprofile adäquat abzubilden und Risikoselektion zwischen den Versicherern zu verhindern.

Seit 2012 wird zusätzlich das Kriterium «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» verwendet. Eine Wirkungsanalyse des Bundesamts für Gesundheit kam zum Schluss, dass die Anpassung zwar zu einer Stärkung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken beigetragen hat, Krankenversicherer mit überproportional vielen chronisch Kranken aber weiterhin einen Wettbewerbsnachteil hatten.

37 2024 172 beziehungsweise 118 Franken pro versicherte Person.

38 2024 1'050 Franken pro versicherte Person.

2017 wurde deshalb ein zusätzliches Merkmal eingeführt, das hohe Arzneimittelkosten von Versicherten und damit das Kostenrisiko von vorwiegend ambulant behandelten chronisch Kranken berücksichtigte (mehr als 5'000 Franken im Vorjahr). Diese Medikamentenschwelle wurde 2020 durch pharmazeutische Kostengruppen (PCG) ersetzt, die Versicherte anhand ihres Medikamentenkonsums in 34 Gruppen klassifizieren. Diese Gruppen identifizieren chronisch Kranke mit höheren Gesundheitskosten. Der Erklärungsgehalt des Risikoausgleichs erhöhte sich auf annähernd 30 Prozent. Gemäss einer aktuellen Wirkungsanalyse ist es aber unklar, ob sich die Anreize zur Risikoselektion damit noch weiter reduziert haben oder ob durch die PCG nicht sogar neue Möglichkeiten für Risikoselektion geschaffen wurden.

Die Versicherer nutzen den begrenzten Spielraum bei der Ausgestaltung der Versicherungsmodelle nicht aus. Obwohl nur die höchste Franchise vorgegeben ist, bieten alle drei Versicherer in der Grundversicherung die gleiche Abstufung bei der Franchise an. Versicherungsmodelle mit Versorgungsnetzen werden bisher von keinem Krankenversicherer angeboten. Grund dafür dürfte auch das mangelnde Interesse der Leistungserbringer an solchen Modellen sein. Dies wird ausführlich in Kapitel 7 behandelt). Eine Produktdifferenzierung oder die Entwicklung neuer Versicherungsmodelle kann nicht beobachtet werden.

Die beschriebenen Zuständigkeiten des LKV stärken zwar die Verhandlungsposition der Krankenversicherer gegenüber den Leistungserbringern, reduzieren jedoch auch den Wettbewerb im Tarifbereich und somit die Differenzierungsmöglichkeiten der Versicherungen. Trotzdem scheint es nicht zielführend, dass die Tarifverhandlungen oder auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr durch den LKV, sondern durch die einzelnen Versicherer geführt werden. Dadurch würde prinzipiell zwar der Preiswettbewerb gestärkt, aufgrund der geringen Grösse der drei Versicherer wäre der Ansatz aber weder umsetzbar noch effizient.

Die Ausgaben für Marketing und Werbung inkl. Provision der drei Krankenversicherer haben sich seit 2017 reduziert. Sie betrugen 2017 noch 16.50 Franken pro versicherte Person und fielen bis 2022 auf rund 13 Franken. Dies könnte ein Hinweis auf einen Rückgang des Versicherungswettbewerbs sein. Inwiefern sich diese Ausgaben zwischen den Versicherern unterscheiden, ist aus den Daten nicht ersichtlich. Es ist auch nicht erkennbar, ob sich die Krankenversicherer in ihrer Servicequalität unterscheiden.

Marktergebnis

Insgesamt ist die Wettbewerbsintensität im Krankenversicherungsmarkt gering. Prämienunterschiede zwischen den Krankenkassen dürften hauptsächlich auf die unterschiedliche Risikostruktur zurückzuführen sein und nicht beispielsweise auf unterschiedliche Kostenmanagementmodelle. Bei den Versicherungsmodellen mit frei wählbarer Kostenbeteiligung wird der maximal mögliche Prämienrabatt nicht genutzt und es findet, soweit ersichtlich, kein Wettbewerb über unterschiedliche Versicherungsmodelle statt.

Ein Grund für die geringe Anzahl von Versicherungswechseln dürfte darin liegen, dass Versicherte mit der Zusatzversicherung an einen Anbieter gebunden sind.

Zur jährlichen Wechselquote der Versicherten sind keine Daten verfügbar. Die Entwicklung der Marktanteile zeigt jedoch, dass pro Jahr zumindest ein bis zwei Prozent der Versicherten die Krankenversicherung wechseln. Angesichts des weitgehend identischen Angebots der Krankenversicherer sowie der monatlichen Prämienunterschiede von je nach Franchise 20 bis 40 Franken ist dieser Wert relativ niedrig. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass viele Versicherte die obligatorische Krankenpflegeversicherung beim gleichen Anbieter abschliessen wie die freiwillige Zusatzversicherung. Bei einem Wechsel müssen sie befürchten, ihre Zusatzversicherung zu verlieren. Der hohe Anteil der Versicherten, die sich für die niedrigste Franchise entscheiden, deutet zudem auf eine geringe Preissensitivität der Versicherten hin.

6.2 Wettbewerb zwischen den Ärztinnen und Ärzten

Marktstruktur

Seit 2004 gilt in der OKP die Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte. Diese bestimmt die maximale Anzahl der Leistungserbringer pro Facharztgruppe, die Leistungen über die OKP abrechnen dürfen. Versicherte haben die freie Wahl zwischen den für die OKP zugelassenen Leistungserbringern. In der erweiterten OKP können sie auch Leistungen von nicht zur OKP zugelassenen geeigneten³⁹ Ärzten in Anspruch nehmen.

³⁹ Krankenversicherer müssen Leistungserbringer vergüten, wenn diese über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen und zur Behandlung der Krankheit geeignet sind. Was genau «geeignet» meint, ist nicht definiert.

Die Bedarfsplanung wird gemeinsam von der Liechtensteinischen Ärztekammer und dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband erstellt, alle zwei Jahre überprüft und der Regierung zur Genehmigung vorgelegt. Leistungserbringer können sich auf offene Stellen bewerben und werden anhand vordefinierter Kriterien ausgewählt. Eine Neubewertung der Stellen von einmal in die Bedarfsplanung aufgenommenen Ärzten ist nicht vorgesehen. In der OKP ist somit kein Markteintritt möglich, in der erweiterten OKP aber schon.

Niedergelassene Ärzte sind zwar an den Leistungskatalog der OKP gebunden, verfügen aber über einen grossen Handlungsspielraum. Dieser wird lediglich durch Wirtschaftlichkeitskontrollen und Vorgaben zur Qualitätssicherung eingeschränkt. Es steht den niedergelassenen Ärzten daher grundsätzlich frei, sich durch die Qualität ihrer Leistungen auszuzeichnen und um Patienten zu werben.

Für die Preissetzung gilt der Tarifvertrag zwischen der Liechtensteinischen Ärztekammer und dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband. Letzterer kann jedoch keine unterschiedlichen Tarife mit einzelnen Leistungserbringern oder Facharztgruppen vereinbaren. Eine Tarifierhöhung muss somit immer auch im Interesse des gesamten Leistungserbringerverbandes, das heisst der Ärztekammer, liegen. Für ärztliche Leistungen gilt die gesamtschweizerische Tarifstruktur Tarmed, und die Höhe des Taxpunktwerthes wird ebenfalls zwischen LKV und Ärztekammer vereinbart.

Der Markt für ärztliche Leistungen ist intransparent. Es mangelt unter anderem an Informationen zur Qualität der Leistungserbringung.

Der Markt für ärztliche Leistungen ist intransparent. Die Informationen zu den Preisen pro Leistung sind zwar öffentlich verfügbar, aber es ist für die Versicherten nicht wirklich abschätzbar, welche Leistungen und welche Kosten sich aus einem konkreten Arztbesuch ergeben. Es mangelt auch an Informationen zur Qualität der Leistungserbringung. Der LKV hat mit der Liechtensteinischen Ärztekammer eine Vereinbarung zu verschiedenen Qualitätskriterien (Struktur- und Prozessqualität) sowie Vorgaben zur Weiterbildung abgeschlossen. Ihre Einhaltung zu prüfen,

obliegt der Ärztekammer im Rahmen eines regelmässigen Informationsaustausches mit dem LKV. Die Ergebnisse der Evaluation sind nicht öffentlich verfügbar. Zudem fehlen Indikatoren zur Ergebnisqualität. Es wird lediglich die Patientenzufriedenheit erwähnt. Der Ärztekammer steht es laut Vereinbarung frei, alle fünf Jahre eine repräsentative Befragung zur Patientensicherheit durchzuführen. Soweit ersichtlich, hat bislang keine solche Befragung stattgefunden, oder es wurden zumindest keine entsprechenden Ergebnisse veröffentlicht.

Marktverhalten

Für niedergelassene Ärzte besteht aufgrund der beschriebenen Marktstruktur wenig Anreiz, sich wettbewerbsorientiert zu verhalten, insbesondere wenn sie Teil der Bedarfsplanung sind. Auch Werbung ist für Ärztinnen und Ärzte nur stark eingeschränkt möglich, und Provisionen sind verboten.⁴⁰ Die Bedarfsplanung verhindert den Markteintritt von neuen Ärztinnen und Ärzten. Nur bei drohender Unterversorgung können Neuzulassungen erfolgen und eine bestehende OKP-Zulassung kann nur in begründeten Einzelfällen – zum Beispiel bei Problemen mit der Qualität oder Wirtschaftlichkeit – aufgehoben werden.

Für Ärzte, die Teil der Bedarfsplanung sind, bestehen kaum Anreize, sich wettbewerbsorientiert zu verhalten.

Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Patienten besteht für nicht ausgelastete Ärzte zudem die Möglichkeit zur angebotsinduzierten Nachfrage. Dies wird verstärkt durch die Abrechnung über Einzelleistungen, was einen Anreiz zur Steigerung der Menge bietet. Entsprechend gering ist das Interesse der Leistungserbringer Budgetverantwortung bei integrierten Versorgungsmodellen zu übernehmen. In Kapitel 7 wird näher darauf eingegangen. Fehlende Indikatoren zur Ergebnisqualität erschweren es zudem, sich über eine höhere Leistungsqualität von der Konkurrenz abzuheben.

Marktergebnis

Zwischen den niedergelassenen Ärzten existiert kein Preiswettbewerb, und auch der Wettbewerb durch Qualität ist mangels öffentlich verfügbarer Indikatoren stark eingeschränkt. Wegen der Kleinräumigkeit Liechtensteins

⁴⁰ Ärztegesetz, LR 811.12 Art. 17.

könnte ein gewisser Qualitätswettbewerb allenfalls auf der Ebene persönlicher Gespräche über die Leistungen verschiedener Ärzte stattfinden (Mund-zu-Mund-Propaganda).

6.3 Wettbewerb zwischen den Spitälern

Marktstruktur

Das Angebot in der stationären Versorgung für die Bereiche Akutsomatik⁴¹, Psychiatrie und Rehabilitation wird durch die Regierung festgelegt. Die Versorgung wird einerseits durch einen Grundversorgungsauftrag an das Landesspital und andererseits durch den Abschluss von Verträgen mit schweizerischen und österreichischen Spitälern sichergestellt. In der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgt die Versorgung durch einen inländischen Leistungserbringer sowie über Verträge mit Spitälern in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich. Ein freier Markteintritt ist damit nicht möglich.

Bei der Leistungserbringung sind die zugelassenen Spitäler an den jeweiligen Leistungsauftrag gebunden. Innerhalb dieses Rahmens verfügen sie jedoch über einen grossen Handlungsspielraum. Daher steht es ihnen frei, sich durch die Qualität ihrer Leistungen auszuzeichnen und um Patienten zu werben.

Die Abgeltung der stationären Leistungen erfolgt nach dem Schweizer Tarifsystem SwissDRG. Bei stationären Einrichtungen im Ausland wird in der Regel jeweils der Tarif des Standortlandes angewendet.

Im Markt für Spitalleistungen besteht eine gewisse Transparenz hinsichtlich der Qualität. Das Landesspital ist wie die Schweizer Spitäler dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) angeschlossen. In der Akutsomatik gibt es beispielsweise Indikatoren zur Patientenzufriedenheit, zu postoperativen Wundinfektionen, Stürzen, Dekubitus (Wundliegen) und ungeplanten Rehospitalisationen, die auf der Website des ANQ veröffentlicht werden und einen Vergleich zwischen den Anbietern ermöglichen.

Marktverhalten

Im SwissDRG-System haben die Spitäler aufgrund der Fallpauschalierung einen Anreiz, Leistungen kostengünstig zu erbringen und eine möglichst

⁴¹ Versorgung mit Spitaldienstleistungen in den Bereichen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Der Begriff grenzt Akutspitäler der Grund- und Zentrumsversorgung von spitalähnlichen Einrichtungen (Langzeitpflege, Psychiatrie, Rehabilitation, Spezialbehandlungen) ab (Marjorie-Wiki, 2024).

hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten zu versorgen. Durch die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren besteht ein zusätzlicher Anreiz, Leistungen in hoher Qualität zu erbringen.

Die Werbeaktivitäten der Spitäler zielen hauptsächlich auf das Management der zuweisenden Ärzte ab. Neben einer Notfallstation ist ein gut etabliertes Netz an ambulanten Ärzten, die Patienten überweisen, die wichtigste Quelle für höhere Fallzahlen. Dies gilt insbesondere für Belegärzte, die ihre Patienten selbst in einem Spital behandeln. Nach der Einführung von SwissDRG konnte in der Schweiz ein intensiver Wettbewerb zwischen verschiedenen Spitälern um die Anbindung bestimmter Belegarztpraxen an ihr eigenes Spital beobachtet werden.

Marktergebnis

Durch die Anwendung des Tarifs des Standortlandes und die Möglichkeit, dass sich Schweizer Spitäler sowie das Landesspital beim Basispreis unterscheiden können, besteht zwischen den Spitälern ein gewisser Preiswettbewerb. Aufgrund des hohen Anteils an liechtensteinischen Versicherten mit der tiefstmöglichen Kostenbeteiligung und damit dem Verzicht auf Prämienrabatte, bleibt jedoch unklar, wie stark dieser Wettbewerb in der Praxis wirkt. Das Landesspital wie auch die Spitäler im Kanton St. Gallen haben allerdings wiederholt staatliche Zuschüsse erhalten und sind damit dem Wettbewerb nur eingeschränkt ausgesetzt. Ob die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren die Spitalwahl der Patientinnen und Patienten beeinflusst, kann nicht eruiert werden.

6.4 Zwischenfazit

- Die hohe Regulierungsdichte im Gesundheitswesen verhindert Wettbewerb bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern weitgehend.
- Der Handlungsspielraum aller Akteure ist stark eingeschränkt, und wo er dennoch besteht, wird er nicht genutzt.
- Markttransparenz herrscht in Bezug auf Versicherungsmodelle und Preise. Qualitätsinformationen sind lediglich im akutstationären Bereich verfügbar.

Managed-Care-Modelle zielen darauf ab, dank verbesserter Organisation sowie optimierter Strukturen und Prozesse die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, die Qualität der medizinischen Versorgung und damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis beziehungsweise die Effizienz der Leistungserbringung zu verbessern. Deshalb fördern solche Modelle eine engere Zusammenarbeit zwischen Patienten, Ärzten und Krankenversicherern.

Managed Care hat zum Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

Die Begriffe «Managed Care» und «integrierte Versorgung» werden häufig synonym verwendet, wobei die Definitionen nicht klar abgrenzbar sind. In der Schweiz werden alle Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Managed-Care-Modelle bezeichnet, obwohl der Grad der Steuerung und damit auch der integrierten Versorgung sich stark unterscheiden kann. Parallel dazu wird heute vermehrt von «Hausärztlich koordinierter Versorgung in Ärztenetzen» oder generell von «koordinierter Versorgung» gesprochen. Darunter verstanden wird die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern.

Wesentliche Akteure in diesen Modellen sind die Hausärzte respektive Managed-Care-Organisationen (HMO), die als erste Anlaufstelle dienen und eine koordinierende Rolle in der Patientenversorgung übernehmen. Sie steuern die Überweisungen zu Spezialisten und weiteren medizinischen Dienstleistungen. Krankenversicherer unterstützen diese Modelle durch finanzielle Anreize und Verträge mit den Leistungserbringern, die auf Qualität, Effizienz und Patientenzufriedenheit ausgerichtet sind. Die Versicherten schränken sich freiwillig in ihrer Arztwahl ein und erhalten im Gegenzug günstigere Prämien.

Dazu ein aktuelles Beispiel aus der Schweizer Nachbarschaft: Ein Versicherter mit Jahrgang 1966 und Wohnsitz in Buchs (SG) ist bei der Krankenversicherung Concordia versichert und wählt eine Grundfranchise von 300 Franken. Mit dem üblichen Versicherungsmodell mit freier Arztwahl innerhalb der Schweiz beträgt die Monatsprämie 447.65 Franken. Zusätzlich kann der Versicherte zwischen drei weiteren Modellen wählen: Mit dem Modell «Mein

HMO-Gesundheitszentrum» liegt die Prämie bei 377.55 Franken. Im Jahr spart der Versicherte damit 841 Franken oder 16 Prozent gegenüber dem traditionellen Versicherungsmodell. Zur Auswahl stehen auch die Varianten «myDoc» (393.35 Franken) und «smartDoc» (382.05 Franken), bei denen der Versicherte sich verpflichtet, immer zuerst den Hausarzt respektive ein telemedizinisches Zentrum zu kontaktieren (Concordia 2024b).⁴²

Aus regulatorischer Sicht sind Managed-Care-Modelle wegen der angestrebten Kosten- und Qualitätswirkungen lohnend. Das Ausmass der Wirkung variiert jedoch stark je nach Modellumsetzung. In der Schweiz zeigen Modelle mit Budgetmitverantwortung der beteiligten Leistungserbringer die grössten Kosteneinsparungen. Budgetmitverantwortung bedeutet: Die Kosten des Versorgungsnetzes werden mit denjenigen anderer Versorgungsnetze oder Leistungserbringer verglichen. Wenn das Versorgungsnetz die vertraglich definierten finanziellen Ziele nicht erreicht, erhält der Krankenversicherer einen Teil der Kosten zurückerstattet. Umgekehrt erhalten Versorgungsnetze einen Bonus, wenn sie ihr Versichertenkollektiv kostengünstiger bedienen und die definierten Qualitätskriterien erfüllen. In der Schweiz standen im Jahr 2022 78 Ärztenetze und Gruppenpraxen in einem solchen Vertrag mit einer Versicherung. Auch bei den Versicherten finden diese Alternativen Anklang. 76 Prozent entschieden sich 2021 für eine Versicherungsform, in der sie – abgesehen von Wahlfranchisen – von Prämienrabatten profitieren (Taboada & Cosandey, 2023).

Managed-Care-Modelle mit einer Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer zeigen die stärkste kostendämpfende Wirkung.

Ein Teil der tieferen Kosten entsteht auch dadurch, dass sich oft Versicherte mit guten Risiken für Managed Care entscheiden. Die Modelle sind deshalb dann besonders kostenwirksam, wenn sie auch von Versicherten mit Erkrankungen gewählt werden.

Der Schweizer Krankenversicherer Swica untersuchte 2011 die Kosteneinsparungen für fünf ausgewählte chronische Krankheiten⁴³ in HMO und Hausarztmodellen mit Budgetmitverantwortung. Insgesamt zeigten sich durchschnittliche Kosteneinsparungen bei den HMO von 36 Prozent und

⁴² Ausnahmen gelten für Notfälle und bestimmte Untersuchungen wie beispielsweise im Bereich Gynäkologie.

⁴³ Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Depression, Asthma und chronische Verengung der Atemwege.

bei den Hausarztmodellen von 28 Prozent im Vergleich zu einer Versicherung mit freier Arztwahl.

Die Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung sind aufgrund der häufig fehlenden Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich noch spärlich. Einzelne Untersuchungen zeigten, dass Ärztenetze hohe Qualitätsstandards einhalten konnten, die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen besser war und potenziell inadäquate Medikation in Managed-Care-Modellen weniger vorkam als in anderen Versicherungsmodellen. Auch lag die Wahrscheinlichkeit einer krankheitsbedingten Spitaleinweisung von Diabetes- und Herz-Kreislauf-Patienten mit integrierten Versorgungsmodellen deutlich unter derjenigen von Personen mit Standardversorgungsmodellen.

Lorenz et al. (2020) haben dieses Thema bereits in der Studie «Liechtenstein und die Schweiz: Eine gute Freundschaft – auch mit Ecken und Kanten» von Zukunft.li aufgegriffen und die Chancen von Managed-Care-Modellen für Liechtenstein beschrieben (Rentabilität von Arztpraxen durch eine verbesserte Organisation, optimierte Strukturen, Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität durch die Ausweitung des Kompetenzbereichs der Gesundheitsfachpersonen). Auch Hinderungsgründe und Risiken wurden aufgeführt, unter anderem die Kleinheit des liechtensteinischen Marktes oder die Tatsache, dass sich nur wenige Versicherte für ein solches Modell entscheiden würden. Dies könnte zu ungenauen Budget- und Prämienerrechnungen der Krankenversicherer führen.

Die Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit Managed Care in Liechtenstein gelten unverändert: die Bedarfsplanung für die Zulassung von Ärzten zur OKP, die geringe Marktgrösse, die Marktstruktur mit nur drei Krankenversicherern und einer Versicherung mit potenziell marktbeherrschender Stellung, ein hoher Anteil Versicherter mit Grundfranchise und über 30 Prozent Versicherte mit erweiterter OKP für den Leistungsbezug bei Ärzten ausserhalb der Bedarfsplanung. Gerade Letzteres macht die Gestaltung finanzieller Anreize für die Wahl eines Versorgungsmodells nach wie vor herausfordernd.

Dabei ist der Ansatz für Liechtenstein auch nicht neu. Wie in Kapitel 2 beschrieben, wurde im Jahr 2000 das Hausarztmodell als integriertes Versor-

gungsmodell eingeführt. Rund 75 Prozent der Versicherten waren im Hausarztmodell versichert, das im Jahr 2004 bereits wieder abgeschafft wurde.

Verändert haben sich hingegen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Versorgungsnetze. Seit 2021 können neben dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband auch einzelne Krankenversicherer Versorgungsverträge abschliessen.⁴⁴ Die entsprechende KVG-Bestimmung enthält folgende wesentlichen Vorgaben:

- Versorgungsverträge können mit zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammengeschlossen haben.
- Ein Versorgungsnetz kann neben Ärzten auch andere zugelassene Leistungserbringer umfassen.
- Die Leistungen der OKP müssen vollständig gewährleistet sein.
- Leistungserbringer ausserhalb des Versorgungsnetzes dürfen nur in Notfällen oder nach Zuweisung konsultiert werden.
- Teilnehmer im Versorgungsnetz übernehmen Mitverantwortung für die Kosten der im eigenen Versorgungsnetz und bei anderen Anbietern veranlassten Leistungen.
- Verträge zwischen Krankenkassen und Versorgungsnetzen benötigen die Genehmigung der Regierung.

Der Beitritt zu einem Versorgungsnetz steht allen Versicherten offen und die Krankenkassen können die Prämien für Versicherte in Versorgungsnetzen herabsetzen.⁴⁵ Die Reduktion richtet sich grundsätzlich nach der erzielten Kosteneinsparung im Vergleich zu den Kosten für die nicht in Versorgungsnetzen betreuten Versicherten.

In Liechtenstein werden heute nach wie vor keine Managed-Care-Modelle angeboten. Ziel dieses Kapitels ist es, die wichtigsten Hinderungsgründe auf Basis der ökonomischen Theorie vertieft zu untersuchen und zu zeigen, welche (regulatorischen) Anpassungen die Schaffung solcher Modelle begünstigen würden. Ergänzend wurden jeweils zwei Expertengespräche mit Krankenversicherern und Leistungserbringern geführt, um die Sichtweise von Akteuren in Liechtenstein einfließen zu lassen (siehe blau hinterlegte Textstellen).

44 KVG, LR 832.10 Art. 16f.

45 KVG, LR 832.10 Art. 22 Abs. 3.

7.1 Anreize zur Etablierung von Managed Care

7.1.1 Leistungserbringer

Die Verpflichtung der Versicherten, bei gesundheitlichen Problemen, als erste Anlaufstelle das Versorgungsnetz zu kontaktieren, verbessert die Planbarkeit der Auslastung und der Einnahmen für die Leistungserbringer. Die Kontrolle über den gesamten Behandlungsverlauf der Patienten ermöglicht zudem einen stärkeren Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung sowie Patientenedukation (vielfältige und gezielte psychologische sowie pädagogische Massnahmen, die Patienten und deren Angehörige bei der Krankheitsbewältigung unterstützen sollen) und trägt so zu einer effizienteren und effektiveren Patientenbetreuung bei. Managed-Care-Modelle bieten Leistungserbringern also sowohl finanzielle wie auch fachliche Anreize.

Da in Liechtenstein die Bedarfsplanung den Zugang von Ärzten zur OKP regelt und Konkurrenz durch Markteintritte damit nur im Bereich der erweiterten OKP möglich ist, haben Ärzte unter diesem Regime ein relativ gesichertes und planbares Einkommen. Demgegenüber ist das finanzielle Risiko in Managed-Care-Modellen für die Ärzte mit OKP-Zulassung höher.

Laut Experten erschwert die Bedarfsplanung die Bildung von Versorgungsnetzen, da Gruppenpraxen nur aus Ärzten mit einer OKP-Bedarfsstelle gebildet werden können. Die unternehmerische Freiheit bei der Personalwahl ist dadurch stark eingeschränkt. Zudem könne es zu Unsicherheiten kommen, wenn aufgrund einer Pensionierung eine Gruppenpraxis oder ein Anteil davon an eine Nachfolge übergeben werden soll. Die Gruppenpraxis hat keinen Einfluss auf die Besetzung der frei werdenden OKP-Stelle und damit bestehen insbesondere finanzielle Risiken bezüglich Investitionen in Personal und Infrastruktur.

Die Anreize für Leistungserbringer, einen Versorgungsvertrag abzuschliessen, sind heute unter den beschriebenen Bedingungen gering. Neben finanziellen Aspekten müssen Leistungserbringer insbesondere aus medizinischer Sicht vom Nutzen von Managed Care überzeugt sein, damit die genannten Hindernisse in Kauf genommen werden.

7.1.2 Krankenversicherer

Krankenversicherer erhalten mit Managed-Care-Modellen eine bessere Kontrolle über die Leistungserbringer und deren Dienstleistungsqualität. Durch die Reduktion unnötiger Behandlungen können Kosten eingespart werden. Für die Krankenversicherung lohnt sich der Aufbau von Managed-Care-Modellen dann, wenn das Verhältnis von Investitionen zu erwarteten Kosteneinsparungen günstiger ist als die Kosten von Risikoselektion gegenüber den dadurch zu erwartenden Einsparungen. Die Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, dass mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Anreize zur Risikoselektion massgeblich reduziert werden können. Da der Risikoausgleich in Liechtenstein aktuell die Morbidität ungenügend ausgleicht (vgl. Kapitel 6.1) und die Investitionen in Managed Care eher hoch erscheinen, dürften die Anreize für Krankenversicherer, sich in diesem Bereich zu engagieren, ebenfalls gering sein.

Die Möglichkeit, mit Managed-Care-Modellen Marktanteile zu gewinnen, ist zusätzlich eingeschränkt. Der Grund: Zwei von drei Krankenkassen bieten eine freiwillige Versicherung, die über die OKP hinausgeht, nur Kundinnen und Kunden an, die bereits ihre Grundversicherung bei ihnen haben. Da die Deckung der freiwilligen Versicherung an den persönlichen Gesundheitszustand gebunden ist, besteht bei einem Versicherungswechsel das Risiko, nicht mehr die gleichen Leistungen zu erhalten. Entsprechend dürfte die Mehrheit der Versicherten einen Wechsel meiden und bleibt so auch mit der Grundversicherung gebunden.

Für Versicherte ist es mit Mehraufwand verbunden, wenn die Grund- und die freiwillige Versicherung nicht beim gleichen Anbieter abgeschlossen werden (z.B. Unklarheiten bei der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen beiden Versicherungen). Da Versicherungswechsel vor allem im fortschreitenden Alter zunehmend schwieriger werden, ist bei Personen mit freiwilligen Versicherungen eine geringere Wechselbereitschaft zu erwarten.

Laut Experten ist der Anteil an Personen mit einer freiwilligen Versicherung in Liechtenstein sehr hoch. Dies reduziert für Krankenkassen den Anreiz, neue Versorgungsmodelle anzubieten. Wegen der Kleinheit Liechtensteins und des vermutlich kleinen Versichertenkollektivs in Versorgungsnetzen weisen interviewte Experten darauf hin, dass die Kostenvergleiche als Basis von Bonus-/Malus-Zahlungen mit Unsicherheiten behaftet sind.

Dies verschlechtert die Planungssicherheit für alle Beteiligten. Bei einer ausreichenden Bereitschaft zum Wechsel in Versorgungsmodelle wäre das Versichertenkollektiv nach Aussage von Experten jedoch ausreichend gross, um Managed-Care-Modelle zu betreiben.

Auch wenn die Versicherer gewillt wären, Versorgungsverträge abzuschliessen, sind sie von der Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer abhängig. Die gesetzliche Einschränkung, dass solche Verträge nur mit zur OKP zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden können, hindert die Versicherer daran, alternative Managed-Care-Modelle mit Partnern ausserhalb der Bedarfsplanung anzubieten.

7.1.3 Versicherte

Versicherte in Managed-Care-Modellen schränken sich freiwillig in ihrer Wahlfreiheit ein. Im Gegenzug erhalten sie substanzielle Prämienrabatte und sollten von einer besseren Gesundheitsversorgung profitieren, indem unnötige Behandlungen, Doppelbehandlungen oder Medikationsfehler reduziert werden. Da die Leistungserbringer Budgetmitverantwortung tragen, sinkt das Risiko von angebotsinduzierter Nachfrage und potenzieller Überversorgung. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass die Betonung der Kostenkontrolle die Versorgungsqualität reduziert, insbesondere wenn Anbieter unter Druck gesetzt werden, die Kosten zu senken.

In den Experteninterviews kam zum Ausdruck, dass die Anspruchshaltung der liechtensteinischen Bevölkerung in Bezug auf Gesundheitsleistungen sehr hoch ist. Trotz vorhandener finanzieller Anreize zeigen sich viele Versicherte nur wenig bereit, ihre Wahlfreiheit einzuschränken, sei es durch die Nutzung von Wahlfranchisen oder von Generika. Stattdessen sind sie bereit, zusätzliche Kosten für die erweiterte OKP zu tragen. Ein weiterer Faktor für die hohe Nachfrage nach umfassenden Leistungen dürfte gemäss den Experten auch die verringerte finanzielle Belastung durch beispielsweise Prämienverbilligungen oder Arbeitgeberbeiträge sein. Diese Massnahmen reduzieren die Kostentransparenz und mindern die Anreize für Versicherte, in Versorgungsmodelle zu wechseln.

Der kleine liechtensteinische Markt ist mit den bestehenden Regelungen ein Hindernis für die Etablierung von Managed-Care-Modellen.

Wie schon ausgeführt, erschwert die Kleinheit des liechtensteinischen Marktes den Versicherern die Kalkulation in Managed-Care-Modellen. Dies kann dazu führen, dass die Prämienrabatte geringer ausfallen als in der Schweiz. Dort sind solche Unsicherheiten in der Preisgestaltung nicht vorhanden. Tatsächlich sind in der Schweiz die Prämienrabatte für die Wahl der höchsten Franchise grösser als bei Managed-Care-Modellen. Diese Differenz dürfte in Liechtenstein noch grösser sein und aus Versichertensicht die finanziellen Anreize reduzieren, auf die freie Arztwahl innerhalb der Bedarfsplanung zu verzichten.

7.2 Lösungsansätze zur Förderung von Managed Care

Aus der Analyse und den Expertengesprächen ergibt sich, dass die vermutete geringe Nachfrage ein wesentlicher Hinderungsgrund für Managed-Care-Modelle in Liechtenstein ist. Sie reduziert die ohnehin geringen Anreize für Leistungserbringer und Krankenversicherer, in solche Modelle zu investieren. Seitens der Leistungserbringer mindert zudem die starre Bedarfsplanung die langfristige Planbarkeit für potenzielle Managed-Care-Organisationen. Den Krankenversicherern sind aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und der Abhängigkeit von der Bereitschaft der Leistungserbringer die Hände gebunden. Die Hinderungsgründe sind also vielfältig und faktisch bei allen Akteuren so wesentlich, dass sich solche Modelle bis anhin nicht etabliert haben.

Im Folgenden werden Lösungsansätze skizziert, wie diese Hinderungsgründe beseitigt oder zumindest abgeschwächt werden können. Einzelne Empfehlungen haben Auswirkungen auf weitere Bereiche des Gesundheitswesens, die in dieser Studie nicht abschliessend diskutiert werden können.

Die fünf Möglichkeiten setzen entweder auf der Nachfrage- oder Angebotsseite an. Nachfrageseitig besteht die Möglichkeit, Managed Care als Standardmodell einzuführen und so eine grössere Nachfragebasis zu schaffen (Ansatz 1), oder durch ein Verbot der Anbindung von freiwilligen Zusatzversicherungen an das OKP-Angebot beim gleichen Versicherer die grundsätzliche Wechselbereitschaft der Versicherten zu erhöhen (Ansatz 2).

Angebotsseitig müssten Leistungserbringer motiviert werden, von sich aus Managed Care anzubieten. Zum Beispiel durch die Abschaffung der Bedarfsplanung (Ansatz 3) oder durch staatlich finanzielle Unterstützung (Ansatz 4).

Oder es sollte zumindest Konkurrenz durch Managed Care erlaubt werden, etwa durch Leistungserbringer ausserhalb der Bedarfsplanung (Ansatz 5).

Lösungsansatz 1: Managed Care als verpflichtendes Standardmodell

Um die Nachfrage nach Managed Care kurzfristig zu steigern, bleibt als einzige Möglichkeit ein staatlicher Eingriff, der Managed-Care als Standardmodell in der OKP vorschreibt. Zahlungswilligen Versicherten könnte weiterhin die Zusatzoption der freien Arztwahl (erweiterte OKP) angeboten werden.

Diese regulatorische Massnahme hätte weitreichende Folgen für das Gesundheitssystem. Leistungserbringer wären gezwungen, sich in Versorgungsnetzen zu organisieren und mit allen Krankenversicherern Versorgungsverträge abzuschliessen. Gleichzeitig müssten Versicherte ihr Verhalten massgeblich anpassen, nachdem ihnen heute die freie Arztwahl innerhalb der Bedarfsplanung zur Verfügung steht, also genau das Gegenteil von freiwilliger Einschränkung. Die Akzeptanz für einen solchen Ansatz muss als gering eingeschätzt werden.

Lösungsansatz 2: Gesetzliches Verbot zur Anbindung von Zusatzversicherungen an die Grundversicherung durch Krankenversicherer

Ein weiterer Hinderungsgrund besteht in der Anbindung der Zusatzversicherungen an die Grundversicherung durch gewisse Krankenversicherer. Diese Praxis behindert den Wettbewerb und reduziert für alle Krankenversicherer die Möglichkeit, Marktanteile durch das Angebot von Managed-Care-Modellen zu gewinnen.

Diesen Hinderungsgrund könnte ein gesetzliches Verbot dieser Bindung abschwächen. Allerdings würden die Zusatzversicherungen nach wie vor ein Hindernis bleiben, da es für den Versicherten immer mit Mehraufwand verbunden ist, die Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Versicherungen zu haben.

Lösungsansatz 3: Abschaffung der Bedarfsplanung

Die Abschaffung der Bedarfsplanung würde den Leistungserbringern ermöglichen, sich leichter in Versorgungsnetzwerken zu organisieren und eine Kontinuität bei Praxisübergaben sicherzustellen. Der Anreiz für Leistungserbringer, Versorgungsverträge mit einem oder mehreren Kran-

kenversicherern abzuschliessen, wäre die teilweise gesicherte Nachfrage und eine verbesserte Planbarkeit der Auslastung.

Zusätzlich könnte dieser Ansatz den Arbeitsort Liechtenstein für Gesundheitsfachpersonal attraktiver machen, da zeitgemässe Anstellungsbedingungen in Managed-Care-Organisationen eher möglich sind, beispielsweise Teilzeitarbeit, interdisziplinärer Austausch oder Teamarbeit. Diese Entwicklung ist jedoch nicht ausschliesslich an Managed Care gebunden.

Der Lösungsansatz führt zwar nicht direkt zu einer Verbreitung von Managed-Care-Modellen, reduziert aber bestehende Hindernisse.

Die Abschaffung der Bedarfsplanung hätte jedoch vielschichtige weitere Auswirkungen, die im Rahmen dieser Studie nicht vertieft werden können.

Lösungsansatz 4: Staatliche Unterstützung für den Aufbau von Managed-Care-Modellen

Ein möglicher Hinderungsgrund bleibt bestehen: das kleine Versichertenkollektiv in Liechtenstein und die damit verbundene Unsicherheit bei der Berechnung der finanziellen Kompensation respektive dem Benchmarking der Leistungserbringer. Eine staatliche finanzielle Unterstützung könnte jedoch dazu beitragen, den Übergang zu Managed Care zu erleichtern.

Leistungserbringer und Krankenversicherer tragen ein zweifaches finanzielles Risiko: Einerseits besteht Unsicherheit, ob die Aufbaukosten für Managed-Care-Modelle durch spätere Einsparungen gedeckt werden können, wenn sich nur wenige Versicherte für ein Versorgungsnetz entscheiden. Andererseits sind die Budgetberechnungen aufgrund des kleinen Versichertenkollektivs und damit auch die Prämienkalkulationen in Managed-Care-Modellen mit hoher Ungenauigkeit verbunden.

Der Staat hat ein hohes Interesse an einer möglichst kosteneffizienten und qualitativ guten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Unter diesem Aspekt gibt es überzeugende Gründe, dass die öffentliche Hand die Entwicklung von Versorgungsnetzen unterstützt. Ein Argument für staatliches Engagement ist die Tatsache, dass einige der beschriebenen Hinderungsgründe gerade durch staatliche Regulierung bestehen. Eine bedeutende Hürde kann durch den nachfolgenden Ansatz 5 beseitigt werden. Unveränderlich bleibt jedoch das kleine Versichertenkollektiv. Auch das Verhalten der

Versicherten respektive ihre Bereitschaft, zugunsten geringer Prämien die Einschränkungen eines Managed-Care-Modells in Kauf zu nehmen, sind schwer prognostizierbar.

Der Staat leistet einen jährlichen Beitrag an die Kosten der OKP. Im Jahr 2024 beträgt dieser 35 Millionen Franken.⁴⁶ Einen Teil dieses Staatsbeitrags in einer zeitlich begrenzten Anfangsphase – etwa für den Aufbau von Managed-Care-Modellen – zu verwenden, wäre budgetneutral. Ein Teil der Steuermittel würde so gezielter eingesetzt als für die allgemeine Subvention der Krankenkassenprämien für alle Versicherten.

Lösungsansatz 5: Versorgungsverträge mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung

Wenn Versorgungsverträge auch mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung abgeschlossen werden können, sind Krankenversicherer nicht mehr von Leistungserbringern abhängig, die nicht vom Status quo abweichen möchten. Sie könnten beispielsweise Versorgungsverträge mit bestehenden Versorgungsnetzen in der Schweiz wie PizolCare oder Medbase auf Liechtenstein ausweiten und so ein Konkurrenzangebot zu den Ärzten mit Bedarfsplanung etablieren.

Versorgungsverträge mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung können die Attraktivität von Managed-Care-Modellen steigern.

Durch die Nutzung vorhandener Strukturen könnten Krankenversicherer den administrativen Aufwand niedrig halten und eher dazu motiviert werden, in Managed Care zu investieren.

7.3 Zwischenfazit

- Managed Care als alternatives Krankenkassenmodell ermöglicht es, durch seinen integrativen Ansatz Gesundheitskosten zu senken und die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern.
- Wer sich als Versicherter für dieses Modell entscheidet, schränkt sich in der Arztwahl ein und profitiert im Gegenzug von tieferen Krankenkassenprämien.

⁴⁶ Landtagsbeschluss vom 4. Mai 2023 betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2024.

- Durch Managed-Care-Modelle mit Budgetmitverantwortung der beteiligten Leistungserbringer lassen sich wesentliche Kosteneinsparungen realisieren.
- Es lassen sich vier Hauptverhinderungsgründe identifizieren, weshalb sich Managed-Care-Organisationen in Liechtenstein bis heute nicht etabliert haben:
 - die vermutlich geringe Nachfrage der Versicherten nach Managed-Care-Modellen, in denen sie sich einschränken müssten,
 - die Bedarfsplanung und deren Wirkung auf die Anreize der Leistungserbringer, sich in Versorgungsnetzen zu organisieren,
 - die gesetzliche Vorgabe, die den Krankenversicherern Versorgungsverträge nur mit Ärzten in der Bedarfsplanung erlaubt, und
 - das kleine Versichertenkollektiv sowie damit verbunden die finanzielle Unsicherheit für Leistungserbringer und Krankenversicherer.
- Die Erweiterung des Marktes für Managed-Care-Modelle auf nicht OKP-Ärzte könnte die heutigen Hindernisse weitgehend beseitigen und die Entstehung solcher Modelle begünstigen. In Kombination mit einer staatlichen Unterstützung könnten die finanziellen Vorbehalte der Leistungserbringer und Krankenversicherer aufgrund der Gegebenheiten in Liechtenstein abgebaut werden.
- Ein Verbot einer Bindung der Zusatzversicherungen an die Grundversicherung könnte die Anreize für Krankenkassen erhöhen, den dadurch geschaffenen Freiraum zur Ausweitung ihrer Marktanteile zu nutzen.



TEIL 3 – WEITERE HERAUSFORDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

- 8.** Digitalisierung im Gesundheitswesen
 - 8.1** E-Health in Liechtenstein
 - 8.1.1** Aktueller Stand
 - 8.1.2** Chancen und Herausforderungen
 - 8.1.3** Weiterentwicklung
 - 8.2** Elektronisches Gesundheitsdossier
 - 8.2.1** Funktionsweise des eGD
 - 8.2.2** Verbreitung und Nutzung
 - 8.2.3** Finanzierung
 - 8.2.4** Sicherheit
 - 8.2.5** Chancen und Herausforderungen des eGD
- 9.** Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung
 - 9.1** Ambulantisierung im Gesundheitswesen
 - 9.2** Zunehmende Regulierung
 - 9.2.1** Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
 - 9.2.2** Regionale Bedarfsplanung
 - 9.3** Chancen und Herausforderungen für Liechtenstein
 - 9.3.1** Chance: Reduktion der ausländischen Abhängigkeit durch Ambulantisierung?
 - 9.3.2** Herausforderung: Probleme in der ambulanten Spezialversorgung
 - 9.3.3** Chance: Verbesserung der ambulanten Versorgung für Liechtenstein

Die Herausforderungen sind auch im Gesundheitswesen gross und breit gefächert. Fachkräftemangel und hohe Defizite der Spitäler sind gerade in der Schweiz aktuell dominierende Themen. In den folgenden zwei Kapiteln werden zwei Bereiche beleuchtet, die auch für das liechtensteinische Gesundheitswesen von Bedeutung sind: die Digitalisierung und im Speziellen das elektronische Gesundheitsdossier sowie die aktuellen Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen (E-Health) lassen sich Qualität und Effizienz der Patientenversorgung erheblich verbessern. Sie stärkt nicht nur die Koordination aller am Behandlungsprozess beteiligten Akteure, sondern auch die Selbstkompetenz der Bevölkerung. Zudem verhindert sie Doppelspurigkeiten durch den transparenten Austausch relevanter Informationen.

Unter E-Health fallen verschiedene Technologien. Die Telemedizin nutzt Audio- und Video-Technologien, um zum Beispiel Diagnose und Beratung über grosse Entfernungen anzubieten. Wearables – also am Körper getragene elektronische Geräte – und mobile Anwendungen ermöglichen Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Überwachung und erlauben es, aktiv die eigene Gesundheit zu «managen». E-Research eröffnet neue Möglichkeiten, beispielsweise durch datengestützte Therapieinnovationen oder bei der Entwicklung pharmazeutischer Produkte. E-Learning schafft durch Simulationen und virtuelle Kommunikationstechnologien neue Wege in der Ausbildung des medizinischen Personals, und auch medizinische Kernaufgaben wie Diagnostik oder chirurgische Eingriffe werden durch die Digitalisierung (künstliche Intelligenz, Robotik) unterstützt.

Solche digitalen Lösungen haben erhebliches Einsparpotenzial. Allerdings sind Quantifizierungen komplex und nur mit grosser Unsicherheit möglich. Eine Metaanalyse von rund 600 internationalen wissenschaftlichen Publikationen zu Kosteneinsparungen durch E-Health-Anwendungen ergab ein Potenzial von 6.5 bis 10.8 Prozent. Im E-Health Monitor 2022 schätzte McKinsey, dass die untersuchten E-Health-Technologien in Deutschland die Gesamtkosten um 12 Prozent (EUR 42 Milliarden) reduzieren könnten. Die grössten Einsparungen ergeben sich aus der digitalen Kommunikation und aus papierlosen Daten. Allein eine elektronische Patientenakte könnte 7 Milliarden Euro, das E-Rezept eine weitere Milliarde Euro einsparen. In der Schweiz wird das Einsparpotenzial in einer Studie von McKinsey in Zusammenarbeit mit Forschern der ETH Zürich auf ähnlich hohe 11.8 Prozent geschätzt.

Das Einsparpotenzial von E-Health-Lösungen wird auf 6 bis 12 Prozent geschätzt.

Trotz des unbestritten positiven Beitrags der Digitalisierung im Gesundheitswesen bestehen auch Bedenken hinsichtlich ihrer Umsetzung. Dazu zählen unter anderem der mögliche Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, Datenschutzfragen, Sorgen über die Automatisierung und Entmenschlichung in der Pflege sowie die Spaltung der Gesellschaft aufgrund mangelnder digitaler Kompetenz einzelner Gruppen.

Diese Aspekte verdeutlichen, dass sowohl die Bevölkerung als auch die Leistungserbringer umfassend über die Vorteile und Risiken der Digitalisierung aufgeklärt werden müssen. Ohne breite Akzeptanz und Nutzung digitaler Technologien lässt sich der Mehrwert von E-Health auf die Qualität der Behandlung und die Effizienz der Versorgung nicht maximieren. Ein zentraler Schritt auf diesem Weg ist die möglichst flächendeckende Einführung einer elektronischen Patientenakte als zentrales Bindeglied zwischen Leistungserbringern.

8.1 E-Health in Liechtenstein

Im Jahr 2012 legte Liechtenstein mit der E-Health-Strategie den Grundstein für die Digitalisierung seines Gesundheitswesens. Als Ziele wurden unter anderem die Verbesserung von Qualität, medizinischer Versorgung und Patientensicherheit durch erleichterten Zugang zu Gesundheitsinformationen, Effizienzsteigerung sowie die Integration in das Gesundheitssystem der Nachbarländer definiert.

In der 2019 von der Regierung verabschiedeten digitalen Agenda bildete das Gesundheitswesen ebenfalls ein Kernthema. Dabei wurde die Entwicklung einer nationalen E-Health-Lösung für alle obligatorisch Versicherten in Liechtenstein – also das elektronische Gesundheitsdossier – als primäres Ziel genannt und Anfang 2023 eingeführt.

8.1.1 Aktueller Stand

Mit der Einführung der digitalen Identität (eID.li) und des eGD hat Liechtenstein die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung des Gesundheitswesens geschaffen.

Die Digitalisierung hat nach Einschätzung von Experten – insbesondere aus der Perspektive von Ärzten, Apotheken und dem Landesspital – erhebliche Fortschritte gemacht. Während früher seitens der Ärzteschaft grössere Vorbehalte gegenüber der Digitalisierung bestanden, stehen heutige Leistungserbringer dieser Entwicklung offener gegenüber. Die Krankengeschichte wird bei den meisten Leistungserbringern elektronisch geführt. Sowohl interne Schnittstellen als auch der Datenaustausch mit Versicherern sind vollständig digitalisiert und Primärsysteme wie das Praxisinformationssystem und das Krankenhausinformationssystem sind nahezu flächendeckend im Einsatz.

Verbesserungsbedarf besteht noch beim Datenaustausch mit den Gesundheitsbehörden. Meldeverfahren⁴⁷ erfolgen grösstenteils noch auf dem Papierweg, im besten Fall durch Übermittlung eines PDF-Dokuments. Auch bei der Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und insbesondere bei der Einführung der E-Medikation und des E-Rezepts⁴⁸ besteht noch Entwicklungsbedarf beim strukturierten Datenaustausch.

Die derzeitige Gestaltung der Digitalisierung ist laut Experten auch auf die bislang (mit Ausnahme des eGD) eher zurückhaltende Regulierung zurückzuführen. Dies lässt Freiraum für neue Entwicklungen. Allerdings kann eine zu schwache Regulierung auch dazu führen, dass sich die Digitalisierung im Gesundheitswesen langsamer als möglich verbreitet. Trotz der langfristigen Vorteile fallen wie bei anderen technologischen Investitionen zu Beginn Investitionen in die IT-Infrastruktur an. Prozesse müssen eingeführt oder angepasst und das Personal muss geschult werden. Eine schnellere Verbreitung kann durch Anreize, zum Beispiel tarifarische Zusatzvergütungen für Leistungserbringer, die erwünschte E-Health-Anwendungen nutzen, unterstützt werden.

Trotz der beschriebenen Fortschritte lassen sich die langfristigen Auswirkungen der Digitalisierung derzeit und auch in naher Zukunft noch nicht abschätzen. Dies auch deshalb, weil in Liechtenstein kein Monitoring aufgebaut wurde, um diese Auswirkungen zu verfolgen und systematisch zu messen. Es wurde zwar eine entsprechende Strategie definiert, aber es fehlt der Überblick, ob die definierten Massnahmen wirken und die festgelegten Ziele erreicht werden.

47 Zum Beispiel: Totenscheine, Vorsorgeuntersuchungen oder fürsorgische Einweisungen.

48 E-Medikation: Abbildung von Medikationsprozessen mithilfe digitaler Hilfsmittel, zum Beispiel Erstellen eines elektronischen Rezeptes, das in der Apotheke eingelöst wird oder Abruf der elektronischen Medikamentenliste eines Patienten.

E-Rezept: Elektronische Form der Aufforderung einer autorisierten Gesundheitsfachperson an eine herausgebende Stelle zur Belieferung eines Patienten mit Arznei- oder Hilfsmitteln (eHealth Suisse, 2024).

8.1.2 Chancen und Herausforderungen

Im Idealfall kann durch E-Health ein möglichst umfassender Patientendatensatz aufgebaut werden, der einen Gesamtüberblick über den Patientenpfad ermöglicht. Dadurch können Doppelspurigkeiten reduziert und unnötige Behandlungen vermieden werden.

Die kompakte Struktur des Landes mit seinen kurzen Wegen bietet die Chance, E-Health-Projekte schnell und effizient umzusetzen. Dabei setzen die Verantwortlichen in der Regel auf bestehende Lösungen aus dem Ausland, da spezifisch zugeschnittene Ansätze ein höheres Risiko von Fehlschlägen bergen. Generell verfolgt Liechtenstein im E-Health-Bereich den Ansatz des «Smart Followers», um Erfahrungswerte aus dem Ausland zu nutzen und Kosten zu sparen.

Eine Herausforderung stellt jedoch die Kompatibilität mit den Lösungen in den Nachbarländern dar. So orientiert sich Liechtenstein beispielsweise bei der Implementierung der E-Medikation hauptsächlich an der österreichischen Lösung, obwohl der Liechtensteiner Medikamentenmarkt fast ausschliesslich auf die Rahmenbedingungen in der Schweiz ausgerichtet ist. Experten zufolge wäre es sinnvoller, sich bei der E-Medikation von Beginn weg stärker am Schweizer Markt zu orientieren, auch wenn derzeit noch keine offizielle Lösung existiert.

Zusätzlich erschweren unterschiedliche gesetzliche Grundlagen in den Nachbarländern die Integration und Vernetzung von E-Health-Lösungen. Es ist wichtig, dass auch Leistungserbringer aus den Nachbarländern ihre Berichte in den elektronischen Dossiers liechtensteinischer Patienten ablegen können. Dies erfordert eine sorgfältige Abstimmung und Anpassung der jeweiligen Schnittstellen.

8.1.3 Weiterentwicklung

Neben der Implementierung der E-Medikation soll in einem nächsten Schritt die Verknüpfung des eGD mit Leistungserbringern aus der Schweiz und aus Österreich erfolgen. Geplant ist auch die Einführung des E-Rezepts, mit dem Problemen wie Doppelverordnungen oder Fehlbezüge begegnet werden soll.

Vor allem private Organisationen wie die Standortinitiative digital-liechtenstein und der Verein eHealth sind die treibenden Kräfte hinter den zentralen

Digitalisierungsinitiativen, während das staatliche Engagement als eher zurückhaltend wahrgenommen wird. Innovationstreiber sind vor allem private Organisationen und die Branchenverbände. Dies bringt sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Einerseits verstehen die Verbände die Bedürfnisse der Akteure oft besser und können Innovationen gezielt auf deren Nutzen ausrichten. Andererseits könnte eine staatliche Regulierung – wie bereits beschrieben – unter Umständen eine schnellere Verbreitung der Digitalisierung erreichen.

Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass viele Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen eng mit dem eGD verknüpft sind. Das System und die damit verbundenen Chancen und Herausforderungen werden im nächsten Kapitel näher betrachtet.

8.2 Elektronisches Gesundheitsdossier

Seit Januar 2023 verfügt jede in Liechtenstein krankenversicherte Person automatisch über ein eGD, sofern sie nicht von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht hat (Opt-out). Seit Juli 2023 sind die Gesundheitsdienstleister verpflichtet, behandlungsrelevante Dokumente im eGD zu speichern.

8.2.1 Funktionsweise des eGD

Mit hoher Priorität auf den Datenschutz wurden folgende zentrale Funktionen festgelegt, die vorrangig für die Patienten relevant sind:

- Die Datenhoheit bleibt allein bei den Patientinnen und Patienten.
- Jede versicherte Person erhält durch eine eindeutige Identifikationsnummer Zugang zu ihrem eGD und kann die Speicherung der medizinischen Daten durch einen einfachen Widerruf ablehnen (Opt-out).
- Das EGDG⁴⁹ legt fest, welche Daten im Minimum ins Dossier einzustellen sind, bietet jedoch gleichzeitig Spielraum für die Speicherung weiterer Daten.
- Es werden minimale technische Anforderungen gestellt, abgesehen von den hohen Standards zu Datenschutz und IT-Sicherheit.
- Die Finanzierung für den Betrieb und die Weiterentwicklung des eGD übernimmt der Staat. Für die Integration eigener Primärsysteme müssen die Gesundheitsdienstleister selbst aufkommen.
- Auf komplexe Konzepte sowie auf ein kosten- und zeitintensives Zertifizierungssystem wird verzichtet.

⁴⁹ Gesetz über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG), LR 2021.213.

Die in Liechtenstein implementierte Lösung basiert auf der E-Health-Plattform von Siemens Healthineers und verwendet somit dieselbe Technologie wie die österreichische elektronische Gesundheitsakte und das elektronische Patientendossier in der Schweiz. Das System ermöglicht spezifische Anpassungen an die Bedürfnisse Liechtensteins wie beispielsweise die Integration der eID für die Authentifizierung der Anwender. Mit diesem Ansatz profitiert Liechtenstein durch die globale Ausrichtung von Siemens Healthineers von fortlaufenden Entwicklungen und Innovationen des Systems.

8.2.2 Verbreitung und Nutzung

Die Verbreitung des eGD hängt wesentlich von der konkreten Umsetzung ab. Im Gegensatz zur Lösung in der Schweiz⁵⁰ sind alle inländischen Leistungserbringer zur Speicherung behandlungsnotwendiger Daten im eGD verpflichtet, sofern Versicherte der Speicherung nicht widersprochen haben.

Trotz einiger Bedenken, die Opt-out-Lösung könnte die Trägheit der Versicherten ausnutzen, sehen Experten diese als notwendig für eine effektive Verbreitung des eGD. Diese Ansicht spiegelt sich offensichtlich auch mehrheitlich in der Bevölkerung wider: Eine Initiative für den Wechsel zu einem Opt-in-Ansatz wurde Anfang 2024 an der Urne knapp abgelehnt.

Gemäss Expertenaussagen haben bis zum März 2024 etwa 3'400 Versicherte (8.5 Prozent) vom Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht – ein deutlich höherer Prozentsatz als in Österreich, wo der Wert auf 3 Prozent geschätzt wird. Ein Grund für diese höhere Quote sehen die Experten in der Grösse Liechtensteins und dem stärkeren Einfluss medialer Berichterstattung. Mittlerweile hat sich die Quote jedoch stabilisiert.

Eine Herausforderung der Opt-out-Lösung sind inaktive oder «schlafende» eGDs, die zwar erstellt, aber nie genutzt wurden. Denn eine starke Verbreitung allein garantiert noch keine intensive Nutzung. Ein Hauptgrund für die noch geringe Nutzung ist gemäss Experten die Notwendigkeit, dass Versicherte die Dokumente im eGD jedem einzelnen Gesundheitsdienstleister individuell freigeben müssen. Zudem erlischt diese Freigabe auch wieder⁵¹ und muss bei einer künftigen Inanspruchnahme von Leistungen wieder erteilt werden. Die Vorteile des eGD kommen jedoch nur zum Tragen, wenn die gespeicherten Informationen für die Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind.

50 In der Schweiz wurde die «doppelte Freiwilligkeit» gewählt, das heisst, ausschliesslich stationäre Einrichtungen wurden zur Nutzung der elektronischen Patientenakte verpflichtet. Für ambulante Gesundheitsdienstleister und Patienten waren der Anschluss und die Nutzung hingegen freiwillig. Dieser Ansatz hat sich als nicht wirksam erwiesen.

51 Für Ärzte, Spitäler, Chiropraktoren und Zahnärzte nach 28 Tagen, für Apotheken nach 24 Stunden, für Gesundheitsdienstleister des besonderen Vertrauens nach 365 Tagen.

Ein Hauptgrund für die noch geringe Nutzung des eGD dürfte die aktuelle Regelung zur Freigabe der Zugriffsrechte sein.

Es wird deutlich, dass das eGD viele Versicherte noch nicht erreicht hat. Innovative Lösungen für digitale Gesundheitsanwendungen (mHealth) wie eine mobile App oder einfache Freigabeverfahren in Arztpraxen, beispielsweise über QR-Codes, könnten die Nutzung fördern. Ebenso könnte die Hinterlegung administrativer Daten wie beispielsweise Rechnungskopien im eGD die Vertrautheit der Versicherten mit dem System erhöhen.

8.2.3 Finanzierung

Im Gegensatz zur Schweiz übernimmt in Liechtenstein der Staat die Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung des eGD. Der Aufwand für die Gesundheitsdienstleister besteht damit in der Pflege des eGD, das heisst der Befüllung des Systems mit den notwendigen Behandlungsinformationen. Liechtensteinische Dienstleister können dazu entweder das kostenfreie Online-Tool des Staates nutzen oder sie entscheiden sich für eine integrierte Lösung mit Anbindung an die Praxissoftware.⁵² Eine Befragung zum elektronischen Patientendossier in der Schweiz ergab, dass pro Praxis etwa 25 Stellenprozente für die Verwaltung der Dossiers eingeplant werden müssen, was auch für die liechtensteinische Lösung realistisch erscheint. Heute nutzen etwa zwei Drittel der Gesundheitsdienstleister eine integrierte Lösung, ein Drittel arbeitet mit dem offiziellen Online-Tool.

8.2.4 Sicherheit

Bezüglich Sicherheit bietet die E-Health-Plattform von Siemens Healthineers eine moderne Lösung, die in mehreren Ländern erfolgreich eingesetzt wird und nach aktuellem Stand der Technik ein sehr hohes Sicherheitsniveau erreicht.

8.2.5 Chancen und Herausforderungen des eGD

Zusammengefasst ergeben sich folgende Chancen und Herausforderungen des eGDs für Liechtenstein:

Chancen

- Vollständiger Patientendatensatz: Die Digitalisierung schafft die Möglichkeit, pro Versicherten einen vollständigen Datensatz zu erhalten.

⁵² Eine integrierte Lösung wurde von Praxissoftware-Anbietern in Zusammenarbeit mit Siemens entwickelt. Die Gesamtkosten von rund 100'000 Franken wurden von den beteiligten Gesundheitsdienstleistern gemeinschaftlich finanziert.

Doppelspurigkeiten und damit unnötige Behandlungen werden vermieden, die Qualität und Effizienz erhöhen sich.

- Zurückhaltender Staat: Die geringe Regulierung allgemein und das schlanke Gesetz zum eGD im Speziellen bieten Spielraum für weitere Entwicklungen im E-Health-Bereich.
- Zukunftsorientierte IT-Investitionen: Investitionen in die eGD-Umsetzung können als Katalysator für weitere E-Health-Entwicklungen dienen. Experten führen das Landesspital als Beispiel an. Dort wurden notwendige Schnittstellen so realisiert, dass zukünftige weitere Anbindungen problemlos möglich sind. Investitionen in integrierte Lösungen halten den Aufwand für die Gesundheitsdienstleister gering und unterstützen dadurch die Nutzung des Systems.
- Weiterentwicklung: Das eGD kann und soll weiterentwickelt werden, um den potenziellen Nutzen möglichst umfassend zu realisieren. Das Beispiel des mangelhaften Datenaustauschs beim Meldewesen mit den Behörden zeigt, dass weiterhin Potenzial im Digitalisierungsbereich besteht.

Herausforderungen

- Unterschiedliche rechtliche Grundlagen: Ausländische Gesundheitsdienstleister – vor allem Spitäler in der Schweiz und in Österreich – müssen Zugang zum eGD erhalten. Ansonsten bleiben viele Dossiers unvollständig. Unterschiedliche Grundlagen bergen die Gefahr zu vieler Schnittstellen und damit verbundener Unübersichtlichkeit.
- Anbindung des eGD an die Nachbarländer: Die Anbindung ausländischer Dienstleistung beruht auf Freiwilligkeit. Gemäss Experten finden in der Schweiz hierzu bereits Gespräche statt. Mit einer Anbindung der wichtigsten ausländischen Leistungserbringer⁵³ wäre bereits die grösste Hürde genommen.
- Fehlendes Monitoring: Die Auswirkungen des eGD und von E-Health allgemein sind aktuell nicht ausreichend überwacht. So fehlt es an einer systematischen Überprüfung der strategischen Ziele und Massnahmen.
- Zugriffsrechte: Die Notwendigkeit einer individuellen Freigabe durch die Versicherten erweist sich als erhebliches Hindernis. Derzeit werden die meisten eGD ohne Leserechte befüllt und die entsprechenden Vorteile gehen verloren. Der Einsatz innovativer Lösungen sollte zu mehr Zugriffsfreigaben führen.
- Abstimmung mit den Nachbarländern: Die Entwicklung neuer Funktionen, wie beispielsweise der E-Medikation, sollte im Einklang mit den Rahmenbedingungen der Nachbarländer erfolgen.

⁵³ Über 90 Prozent der im Ausland bezogenen Leistungen erbringen folgende Spitäler: Kantonsspital St.Gallen, Spital Grabs, Kantonsspital Graubünden, Ostschweizer Kinderspital.

9 | Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung ist derzeit von starken dynamischen Entwicklungen geprägt. Verschiedene, teilweise gegensätzliche Trends in der Schweiz können für Liechtenstein durch die engen Verflechtungen beider Länder sowohl Herausforderungen als auch Chancen mit sich bringen. Dieses Kapitel beleuchtet den allgemeinen Trend zur Ambulantisierung und die sich abzeichnende verstärkte Regulierung des ambulanten Bereichs in der Schweiz.

9.1 Ambulantisierung im Gesundheitswesen

Wie in vielen anderen Ländern zeichnet sich auch in der Schweiz ein zunehmender Übergang von stationären zu ambulanten Behandlungen ab. Der technologische Fortschritt ermöglicht es, mit unterschiedlichen minimalinvasiven, das heisst mit kleinstmöglichem Aufwand eingreifenden Operationstechniken, Anästhesien mit geringeren Nebenwirkungen und einer besseren Nachsorge viele Eingriffe sicherer als früher und effizienter auch ohne Spitalaufenthalt durchzuführen. Ambulante Behandlungen bieten damit oft eine kostengünstigere Alternative zu stationären Aufenthalten ohne Einbussen bei der Qualität der Versorgung. Auch sind mit ambulanten Eingriffen eine geringere körperliche Belastung und kürzere Erholungszeiten für die Patienten verbunden. Gesundheitspolitik und Versicherungen unterstützen diese Entwicklung im Sinne einer effizienten und patientenorientierten Versorgung.

Bereits 2017 hat der Kanton Luzern eine erste Liste mit Eingriffen erstellt, die Spitäler neu ambulant durchzuführen hatten. Einzelne Kantone wie beispielsweise Zürich zogen 2018 mit eigenen Ambulant-vor-Stationär-Listen (Avos) nach. Per 1. Januar 2019 hat das Bundesamt für Gesundheit schliesslich eine schweizweit gültige Regelung erlassen.⁵⁴ Liechtenstein hat diese Liste unverändert und zeitgleich in die KVV⁵⁵ übernommen. Seit 2023 gilt in der Schweiz eine zwischen Bund und Kantonen harmonisierte Liste mit 18 Gruppen von Eingriffen.

Vier Jahre nach Inkrafttreten der Avos-Listen hat die stationäre Versorgung bei allen sechs ursprünglichen Gruppen von betroffenen Eingriffen⁵⁶ abgenommen. Der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe ist entsprechend angestiegen und die Gesamtkosten sind gesunken. Dabei erfolgte der stärkste Rückgang im stationären Bereich im ersten Jahr nach der Einführung der neuen Regelung.

54 Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), SR 832.112.31. Die Kantone konnten allerdings weitergehende Listen verabschieden.

55 Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV), LR 832.101

56 Krampfaderoperationen der unteren Extremität, Eingriffe an Hämorrhoiden, einseitige Bruchoperationen, Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter, Kniearthroskopien einschliesslich Eingriffe am Meniskus, Eingriffe an Mandeln in Mundhöhle und Rachenmandeln.

9.2 Zunehmende Regulierung

In der Schweiz zeichnet sich derzeit ab, dass die Kantone den ambulanten Bereich zukünftig deutlich stärker regulieren dürften als heute.

Ausgelöst wird diese Entwicklung durch die Gesetzgebung auf Bundesebene: die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) und die neue Zulassungsregulierung mit regionaler Bedarfsplanung für ambulant tätige Ärzte.

9.2.1 Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen

Heute werden in der Schweiz und auch in Liechtenstein die Kosten für stationäre medizinische Behandlungen zu 55 Prozent durch die öffentliche Hand und zu 45 Prozent durch die Krankenversicherung getragen.

Die Versicherer haben damit weniger Anreize, eine insgesamt kostensparende Entwicklung zu fördern. Aufgrund der staatlichen Vorgaben findet die Verlagerung von den teureren stationären zu den günstigeren ambulanten Behandlungen trotzdem statt. Dies hat zur Folge, dass die Prämien stärker steigen als die Gesamtkosten beziehungsweise der Kostenanteil für die Krankenkassen steigt und jener der Kantone sinkt.

Diese Fehlanreize führen in der Schweiz zu Bestrebungen, alle Leistungen – ambulant und stationär – einheitlich zu finanzieren. Ab 2028 werden ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert.⁵⁷ Dies mit der Vorgabe, EFAS für die Kantone kostenneutral einzuführen. So zahlen die Kantone ab diesem Zeitpunkt 24.5 Prozent der Nettokosten (nach Abzug der Kostenbeteiligung) aller OKP-Leistungen an die Versicherer, 75.5 Prozent werden durch Prämien finanziert.

Weil die Kantone neu auch ambulante Leistungen mitfinanzieren, erhalten sie zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten für diesen Bereich. Die konkrete Ausgestaltung ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Allerdings hat die politische Debatte gezeigt, dass die Kantone diese Steuerungsmöglichkeiten wahrnehmen möchten und unter anderem den Zugang zu detaillierten Versichererdaten fordern, um eine «sinnvolle kantonale Steuerung und Planung der Versorgung mit zusätzlichem Kostendämpfungspotenzial» zu ermöglichen.

⁵⁷ Ab 2032 werden die Pflegeleistungen ebenfalls einheitlich finanziert. Zu diesem Zeitpunkt sollen die Verteilschlüssel auf 26.9 Prozent für die Kantone und 73.1 Prozent für die Krankenversicherer angepasst werden.

9.2.2 Regionale Bedarfsplanung

2021 wurde die Zulassungsbeschränkung für ambulant tätige Ärzte in der Schweiz neu geregelt. Die Kantone sind verpflichtet, bis Juni 2025 in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen Höchstzahlen für die Anzahl der Ärzte zu definieren, die Leistungen im ambulanten Bereich zulasten der OKP erbringen.⁵⁸

Die neue Zulassungsregulierung zielt (wie bereits die Vorgängerregulierung «Ärztstopp») darauf ab, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen. Diesem Ziel liegt die Beobachtung zugrunde, dass die Kosten dort hoch sind, wo es auch die Ärztedichte ist. Das ökonomische Konzept der angebotsinduzierten Nachfrage versucht dies dadurch zu erklären, dass Ärzte aufgrund ihres Informationsvorsprungs gegenüber den Patienten die Nachfrage nach Leistungen beeinflussen können. Wenn sie diese Informationen für ihre finanziellen Interessen verwenden, kommt es zu Mehrkosten bei geringem Nutzen für die Patienten (vgl. auch Kapitel 6.2).

Die Schweizer Regulierung nähert sich der liechtensteinischen Bedarfsplanung an.

Damit nähert sich die Schweizer Regulierung der Bedarfsplanung in Liechtenstein an. Leistungserbringer kritisieren die neue Regelung zum einen wegen der komplizierten Methode zur Berechnung der Höchstzahlen und zum anderen, weil die Wahlfreiheit von Ärzten in Bezug auf Spezialisierung und Niederlassung tangiert ist. Bei relativ langen Aus- und Weiterbildungszeiten kann sich dies negativ auf die Karriereplanung von Ärzten auswirken. Gleiches gilt für Nachfolgeregelungen bei Pensionierungen. Infrage gestellt wird zudem, dass die Anzahl der Ärzte tatsächlich zu einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen führt. Die empirische Literatur kommt dabei zu keinem eindeutigen Ergebnis und kann ebenfalls nicht belegen, dass eine Begrenzung der Anzahl von Ärzten zur Kostendämpfung beiträgt.

Unklar sind die Auswirkungen derzeit vor allem deshalb, weil die konkrete Umsetzung der nationalen Gesetzgebung durch die Kantone nicht absehbar ist. Einige Kantone wie Zug, Genf oder Neuenburg haben bereits deutliche Einschränkungen vorgenommen. Andere, etwa Luzern, Aargau, Freiburg oder die Waadt, setzen nur das Minimumerfordernis um.

⁵⁸ In mindestens einem Fachbereich mussten Höchstzahlen bereits bis Mitte 2023 festgelegt werden. Kriterien und methodische Grundsätze für die Berechnung des regionalen Bedarfs sind auf Verordnungsstufe definiert (Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich, SR 832.107).

Wieder andere wie Zürich oder die liechtensteinischen Nachbarkantone St. Gallen und Graubünden nutzen den gesetzlichen Spielraum und wollen zuerst die kantonalen Gesetzesgrundlagen erarbeiten, bevor sie Höchstzahlen definieren.

9.3 Chancen und Herausforderungen für Liechtenstein

9.3.1 Chance: Reduktion der ausländischen Abhängigkeit durch Ambulantisierung?

Die starke Verflechtung Liechtensteins mit der Schweiz im ambulanten Sektor zeigt sich am stärksten bei der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal, die nahezu vollständig in der Schweiz erfolgt. Auch wurde das Schweizer Tarifsystem Tarmed unverändert übernommen. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstständigkeit des Landes hingegen hoch. Nur für wenige Spezialdisziplinen müssen liechtensteinische Patienten ins nahe Ausland ausweichen.

Anders zeigt sich die Situation in der stationären Versorgung mit einer starken Abhängigkeit von der Schweiz. Die stationäre Notfallversorgung wird zwar am Landesspital noch selbst bereitgestellt. Sobald die Behandlung aber etwas komplexer wird oder Spezialdisziplinen betrifft, muss sie in ausländischen Spitälern – meistens in der Schweiz – erfolgen.

Deshalb stellt sich die Frage, ob durch den Trend der Ambulantisierung, der mit Avos regulatorisch noch verstärkt wird, die Auslandabhängigkeit Liechtensteins reduziert werden kann, indem vermehrt auf inländische Versorgung gesetzt wird. Laut Expertenmeinungen ist dies nicht der Fall. Für einen solchen Weg sind Strukturen notwendig, die Eingriffe ambulant statt stationär ermöglichen. Da es sich abgesehen von einzelnen Eingriffen hauptsächlich um solche handelt, die vom gleichen Operateur entweder ambulant oder stationär vorgenommen werden, ist eine gut ausgebaute Spitalinfrastruktur zwingend notwendig. Daher ist nicht mit wesentlichen Verschiebungen von der Schweiz nach Liechtenstein zu rechnen. Grundsätzlich werden im stationären Bereich komplexere Leistungen eingekauft, die ausserhalb der Basisversorgung liegen und für die es im Inland kein Angebot gibt. Daran wird also auch der Trend zur Ambulantisierung wenig ändern.

9.3.2 Herausforderung: Probleme in der ambulanten Spezialversorgung

Die neue Gesetzeslage in der Schweiz (kantonale Bedarfsplanung im ambulanten Bereich, Höchstzahlen für die OKP-Zulassung bei gewissen Facharztgruppen) könnte das Angebot an der Grenze zu Liechtenstein beeinflussen. Auch wenn die ambulanten Leistungen heute vorwiegend im Inland erbracht werden, könnten sich hier potenzielle Probleme bei der spezialärztlichen Versorgung ergeben. Bei einigen Fachdisziplinen (z. B. Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohren-Medizin) ist Liechtenstein aktuell auch im ambulanten Sektor auf Leistungserbringer in der Schweiz angewiesen.

Bis anhin haben die Kantone St. Gallen und Graubünden keine ambulante Bedarfsplanung mit Höchstzahlen vorgenommen. Spätestens nach Ablauf der Übergangsfrist Mitte 2025 stellt sich für Liechtenstein jedoch die Frage, wie die Abstimmung mit den Grenzkantonen in diesem Bereich erfolgen soll. Idealerweise könnte eine gemeinsame überregionale Bedarfsplanung realisiert werden, in die auch die liechtensteinischen Bedürfnisse einfließen. Ohne eine solche Abstimmung besteht die Gefahr, dass Wege oder Wartezeiten für die Spezialversorgung von Patienten aus Liechtenstein länger werden.

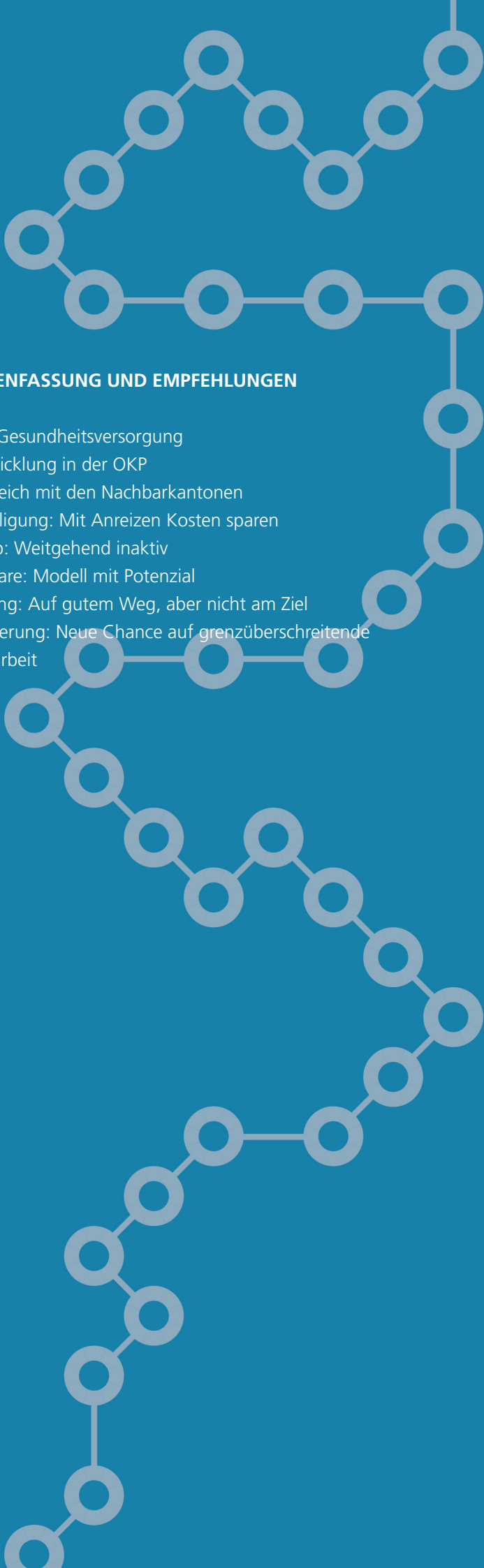
Der Trend der Ambulantisierung in den Spitälern kann dieses Risiko zusätzlich verstärken. Die vom stationären in den spitalambulantem Bereich verlagerten Leistungen werden nicht kostendeckend vergütet. Praktisch alle Schweizer Spitäler schreiben in diesem Bereich seit längerem Defizite. Ein Grund dafür ist die veraltete Tarifstruktur Tarmed. Aber auch regulatorische Eingriffe wirken sich negativ aus. So hat der Schweizer Bundesrat 2014 und 2018 mit Anpassungen der Tarmed-Tarifstruktur dazu beigetragen, dass sich die bereits bestehenden Defizite im spitalambulantem Bereich noch vergrößert haben. Im Jahr 2018 betrug der durchschnittliche Kostendeckungsgrad der ambulanten Spitalleistungen nur 79 Prozent. Aufgrund der allgemeinen Teuerung – vor allem auch bei den Personalkosten – dürfte der Wert heute noch tiefer liegen. Diese Entwicklung kann Liechtenstein negativ tangieren, wenn sie zu einem Konzentrationsprozess bei den Spitälern führt.

9.3.3 Chance: Verbesserung der ambulanten Versorgung für Liechtenstein

Die neuen Vorgaben zur kantonalen Bedarfsplanung in der Schweiz können jedoch auch eine Chance für Liechtenstein sein. Durch die Annäherung der beiden Regulierungssysteme könnte eine gemeinsame überregionale Bedarfsplanung mit den Grenzkantonen einfacher umgesetzt werden.

Die Chancen für eine überregionale
Bedarfsplanung mit den Nachbarkantonen
verbessern sich.

Daran könnten auch St. Gallen und Graubünden ein Interesse haben, um zu verhindern, dass die (zukünftige) kantonale Bedarfsplanung nicht durch das Angebot in Liechtenstein unterwandert wird.



TEIL 4 – ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

- 10. Kosten der Gesundheitsversorgung
- 10.1 Kostenentwicklung in der OKP
- 10.2 Kostenvergleich mit den Nachbarkantonen
- 11. Kostenbeteiligung: Mit Anreizen Kosten sparen
- 12. Wettbewerb: Weitgehend inaktiv
- 13. Managed Care: Modell mit Potenzial
- 14. Digitalisierung: Auf gutem Weg, aber nicht am Ziel
- 15. Ambulantisierung: Neue Chance auf grenzüberschreitende Zusammenarbeit

10.1 Kostenentwicklung in der OKP

Die durchschnittlichen OKP-Kosten pro versicherte Person betrugen im Jahr 2004 3'400 Franken, 18 Jahre später waren es mit 5'544 Franken 62 Prozent mehr. Naturgemäss sind sie stark vom Alter der Versicherten abhängig. 2022 betrugen die Pro-Kopf-Kosten für Kinder und Jugendliche 1'500 Franken, für 31- bis 35-Jährige waren es 3'200 und für über 90-Jährige rund 25'000 Franken.

Auch die veränderte Alters- und Geschlechtsstruktur hat einen Einfluss auf die Kostenentwicklung. Wäre sie seit 2004 unverändert geblieben, wären die OKP-Kosten 2022 um 33 Millionen Franken tiefer ausgefallen. Dieser Demografieeffekt erklärt rund 30 Prozent des Kostenwachstums.

Die höchsten Kosten pro Kopf entstehen für stationäre Spitalaufenthalte. Allerdings haben sich die Anteile der einzelnen Leistungsbereiche von 2004 bis 2022 kaum verändert. 2022 entfielen 36 Prozent der Kosten auf stationäre Spitalbehandlungen, 30 Prozent auf ambulante Behandlungskosten (Ärzte und Spitäler), weitere 20 Prozent auf andere Leistungen (Laboranalysen, Physio- und Psychotherapien) und die restlichen 13 Prozent auf den Konsum von Medikamenten.

Der Gesundheitsbereich ist stark reguliert. Dementsprechend haben gesetzliche Änderungen einen hohen Einfluss auf die Kosten. Die regulatorischen Änderungen im Jahr 2013 (Einführung Abrechnungssystem SwissDRG für akutstationäre Leistungen) und 2017 mit einem umfangreichen Massnahmenpaket (u. a. Anpassungen bei der Kostenbeteiligung, Einführung Tarmed, Anpassungen bei der Bedarfsplanung) haben die Entwicklung zwar langfristig gedämpft, die Kosten sind aber weiterhin angestiegen.

10.2 Kostenvergleich mit den Nachbarkantonen

Die OKP-Kosten pro versicherte Person liegen in Liechtenstein um rund 20 Prozent über dem Niveau der Kantone St. Gallen und Graubünden. Eine unterschiedliche Altersstruktur kann nicht als Erklärung für die höheren Kosten dienen, denn sie ist für Liechtenstein sogar vorteilhaft. Vor allem der tiefere Anteil der über 76-Jährigen mit hohen Pro-Kopf-Kosten wirkt sich positiv aus.

Die Differenz zwischen Liechtenstein und den Nachbarkantonen zeigt sich in praktisch allen Leistungsbereichen. In einzelnen Bereichen beträgt sie

mehr als 100 Prozent und nimmt vor allem bei Versicherten ab Alter 55 stark zu. Insbesondere die Kosten für ambulante Leistungen und für den Pflegebereich heben sich stark ab. Eine Erklärung für den Unterschied bei den Pflegekosten kann das Betreuungs- und Pflegegeld in Liechtenstein sein. Dieses ermöglicht es, länger zuhause zu leben und macht einen Heimeintritt erst bei höherem Pflegebedarf notwendig. Das führt zu einem höheren durchschnittlichen Pflegegrad der Patienten in Pflegeheimen im Vergleich zu den Nachbarkantonen. Trotz der markant höheren OKP-Kosten der sehr alten Versicherten – rund 8'000 Franken pro Kopf bei über 90-Jährigen – trägt ihre geringe Zahl nur wenig zur Erklärung der gesamten Kostenunterschiede bei. Stärker ins Gewicht fallen die 61- bis 70-Jährigen, die 20 Prozent der Gesamtdifferenz generieren.

Das Versicherungsverhalten in Liechtenstein unterscheidet sich deutlich von den Nachbarkantonen. Ein markant höherer Anteil der Versicherten entscheidet sich für die Grundfranchise und damit gegen Prämienrabatte für ein höheres Risiko bei höheren Franchisen. Die Gründe dafür können eine höhere Risikoaversion, ein zu hohes Risiko bei Wahlfranchisen oder zu geringe Anreize für einen Franchisenwechsel sein. Letzteres könnte damit zusammenhängen, dass die finanzielle Belastung vieler Haushalte mit der Grundfranchise gering ist oder dass die Versicherten hohe Leistungsbezüge erwarten.

Die Pro-Kopf-Kosten der Versicherten mit Grundfranchise sind deutlich höher als bei Versicherten mit Wahlfranchise. Zwar kann dies zum Teil damit begründet werden, dass Versicherte mit niedrigerem Krankheitsrisiko höhere Franchisen wählen. In der Gesamtbetrachtung sind die um 20 Prozent höheren Pro-Kopf-Kosten in Liechtenstein auf den tiefen Anteil Versicherter mit Wahlfranchise zurückzuführen. Es ist aber auch plausibel, anzunehmen, dass eine stärkere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen die Differenz mit beeinflusst. In die gleiche Richtung zielt der Umstand, dass im internationalen Vergleich ein starker Zusammenhang zwischen der Wirtschaftsleistung pro Kopf und den Gesundheitsausgaben festgestellt werden kann. Das hohe Einkommensniveau in Liechtenstein dürfte die Kostendifferenz zu den Nachbarkantonen zusätzlich erklären.

11 | Kostenbeteiligung: Mit Anreizen Kosten sparen

Das in Liechtenstein angewendete System der Kostenbeteiligung mit Franchise und Selbstbehalt entspricht dem gängigen Ansatz vieler westlicher Gesundheitssysteme. Beide Instrumente haben nachweislich einen Effekt auf den Moral Hazard und reduzieren somit die Kosten der Krankenversicherung. Untersuchungen zeigen, dass selbst eine geringfügige Kostenbeteiligung wirksam ist.

Ein grundsätzlich negativer Effekt auf die Gesundheit durch den Verzicht auf Gesundheitsleistungen als Folge der Kostenbeteiligung lässt sich im Allgemeinen nicht feststellen. Die Forschung zeigt aber, dass dies nicht für alle Versichertengruppen gleichermassen gilt. Im RAND-HIE-Experiment war der Gesundheitszustand von einkommensschwachen und besonders kranken Personen schlechter, wenn sie einem System mit höherer Kostenbeteiligung zugeteilt wurden.

Unerwünschte gesellschaftliche und ethische Effekte können auftreten, wenn beispielsweise einkommensschwache Haushalte durch die Kostenbeteiligung notwendige Behandlungen aufschieben, die Wahl von Franchisen und Behandlungen strategisch geplant wird oder Patienten in gutem Gesundheitszustand hohe Franchisen wählen. Gerade dieser Selektionseffekt bei der Franchisewahl ist nicht zu vernachlässigen. Dem gewünschten Nutzen von Kostenbeteiligungen steht eine mögliche Entsolidarisierung von Personen mit gutem Gesundheitszustand entgegen. Die Höhe der Grundfranchise und der höchsten Wahlfranchise sind zentrale Stellschrauben, um ineffizientes Verhalten einzuschränken.

Der kostenreduzierende Effekt ist aber nicht beliebig skalierbar und nimmt mit zunehmender Höhe der Kostenbeteiligung ab. Im Vergleich zur Schweiz scheinen die höchsten Franchisen von 4'000 Franken für Erwachsene und 3'500 Franken für Personen im Rentenalter wegen des höheren Risikos auf den ersten Blick als eher hoch. Sie wirken aufgrund des höheren finanziellen Risikos für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand unattraktiv. Die Gesellschaft profitiert wenig, weil der Moral Hazard nur in geringem Mass weiter reduziert wird.

Gleichzeitig erweist sich die Wahl der höchsten Franchise für Versicherte im erwerbstätigen Alter und in gutem Gesundheitszustand bei genauerer Betrachtung als attraktiv. Die Versicherten tragen dabei ein zusätzliches Kostenrisiko von 2'800 Franken und erhalten als Gegenleistung mit den

aktuellen Angeboten der Krankenkassen einen Prämienrabatt von rund 1'700 Franken. Das Risikokapital beträgt somit rund 1'100 Franken. Dies erhöht die Gefahr, dass sich Versicherte, die üblicherweise kaum Gesundheitsleistungen nachfragen, durch eine hohe Franchise ent-solidarisieren. Ihre ohnehin meist geringen Gesundheitsausgaben sinken nicht oder kaum. Gleichzeitig leisten sie einen deutlich geringeren Beitrag an die soziale Krankenversicherung.

In Liechtenstein gibt es – auch im Vergleich zur Schweiz – einige Ausnahmen bei den Regelungen zur Kostenbeteiligung. Kinder und Jugendliche sowie Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen sind von der Kostenbeteiligung befreit, die Rentner seit 2023 von der Franchise. Obwohl es für Rentner Wahlfranchisen gibt, sind die Anreize, von der Null-Franchise abzuweichen, offensichtlich sehr gering.

Gemäss Literatur orientieren sich die Versicherten bei ihren Entscheidungen stark an den Kosten zum Zeitpunkt der Behandlung. Für Rentner sind die Grenzkosten ab der ersten Behandlung sehr tief. Dies dürfte zu einer geringeren Eindämmung des Moral Hazard und damit zu einer stärkeren Inanspruchnahme von Leistungen führen. Bei Kindern und Jugendlichen sowie chronisch kranken Personen, die von der Kostenbeteiligung befreit sind, liegen die Grenzkosten von vornherein bei null. Es ist davon auszugehen, dass diese Ausnahmeregelungen in Liechtenstein ein erhebliches Potenzial aufweisen.

Ein Kostenbeteiligungssystem reduziert nicht nur die Nachfrage nach tendenziell überflüssigen, sondern auch nach wirksamen oder präventiven Gesundheitsleistungen. Deshalb kann nicht einfach gefolgert werden, dass die genannten Sonderregelungen abgeschafft werden sollten. Aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit und einer besseren Lebensqualität ist es wünschenswert, bestimmte Versichertengruppen von der Kostenbeteiligung zu entlasten.

Empfehlungen zur Kostenbeteiligung

Höhere Kostenbeteiligung für gewisse Gruppen

Auch bei Kindern, Rentnern sowie ausgewählten chronisch Kranken besteht die Gefahr einer übermässigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wegen der Versicherungsdeckung. Aus ökonomischer Perspektive kann eine stärkere Kostenbeteiligung für diese Personengruppen

die potenziellen Kosteneinsparungen durch die Verringerung des Moral Hazard erhöhen. Wie der Kosten- und der Nutzenrückgang durch die nicht durchgeführten Behandlungen abzuwägen ist, bleibt offen. Gleiches gilt für die Erhöhung der ordentlichen Franchise aller Versicherten. Um potenziell negative Effekte abzufedern, sind auch Mischformen denkbar: Für chronisch Kranke könnten beispielsweise nur Ausgaben im Zusammenhang mit ihrer chronischen Erkrankung von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden.

Obwohl die Befreiung von Personen im Rentenalter von der Franchise im Jahr 2022 an der Urne beschlossen wurde, darf dieser Entscheid aus Sicht von Zukunft.li hinterfragt werden. Das Ziel, nämlich einkommensschwache Haushalte zu entlasten, kann durch ein zielgerichtetes Prämienverbilligungssystem auf deutlich effizientere Art erreicht werden. Wenn durch eine schon geringe Franchise die Gesundheitskosten sinken und zu hohe Belastungen von Haushalten mit geringem Einkommen gezielt vermieden werden können, muss diesem Ansatz aus Sicht von Zukunft.li klar der Vorzug vor einem System gegeben werden, das flächendeckend auch Personen und Haushalte ohne jede Notwendigkeit subventioniert.

Reduzierung von Moral Hazard mit stärkerer Verbreitung von Wahlfranchisen

Der Anteil der Versicherten im erwerbstätigen Alter, der sich für eine Wahlfranchise entscheidet, könnte gesteigert werden, um die Kosten aufgrund einer übermässigen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu verringern.

Es gibt verschiedene Massnahmen, die zu diesem Ziel beitragen können, darunter eine Reduktion der Höhe der Wahlfranchisen oder der Prämien- und Kostenbeteiligungssubventionen. Mehr Franchisestufen könnten den unterschiedlichen Budgets der Haushalte besser gerecht werden und damit einen höheren Anteil an Wahlfranchisen generieren. In Liechtenstein steigen die Wahlfranchisen nach der Grundfranchise von 500 Franken gleich um 1'000 Franken auf zuerst 1'500, dann 2'500 und schliesslich 4'000 Franken für die höchste Stufe an. In der Schweiz sind nach der Grundfranchise von 300 Franken kleinere Schritte möglich (500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 Franken).

Um das Franchisensystem möglichst zielgerichtet auszugestalten, sollten die Gründe dafür vertieft untersucht werden, weshalb fast alle Versicherten in Liechtenstein die Grundfranchise wählen.

Einschränkung des Franchisenwechsels

Die jährlich neu wählbare Franchise führt dazu, dass sich Versicherte mit geringem Gesundheitsrisiko tendenziell für höhere Franchisen entscheiden. Es ist auch zu erwarten, dass ein Teil der Versicherten den Wechsel der Franchise mit planbaren Behandlungen kombiniert, beispielsweise einen Eingriff so plant, dass zuerst eine Umstellung auf die Grundfranchise erfolgt, die dann ein Jahr später rückgängig gemacht wird. Damit wird das Ziel der Franchisewahl, nämlich bewusst ein höheres finanzielles Risiko einzugehen, um Prämien zu sparen, untergraben. Um diesem Verhalten entgegenzuwirken, sollte die Möglichkeit des Franchisenwechsels eingeschränkt werden, beispielsweise auf alle drei Jahre.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen ist aufgrund der strengen Regulierung grösstenteils inaktiv. Zwar kam es bei den Krankenversicherungen in den letzten Jahren zu Marktanteilsverschiebungen. Eintritte neuer Marktteilnehmer finden aber seit Jahren nicht mehr statt. Die Versicherungen haben wenig Gestaltungsspielraum bei Versicherungsmodellen und Preisen. Wo es Spielräume gibt, beispielsweise bei Versicherungsmodellen mit Versorgungsnetzen, werden sie nicht genutzt, und es scheint auch kein Bedarf bei den Leistungserbringern zu bestehen. In Bezug auf Versicherungsmodelle und Preise herrscht zwar hohe Transparenz, aber nicht im Hinblick auf die Servicequalität.

In der ambulanten Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte eliminiert die Bedarfsplanung in der OKP kombiniert mit dem OKP-Leistungskatalog und vorgegebenen Tarifen den Wettbewerb weitgehend. Bei der Ausgestaltung der Behandlungen selbst besteht Handlungsspielraum, der lediglich durch Qualitätsvorgaben und Wirtschaftlichkeitskontrollen eingeschränkt wird. Zudem besteht keine Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringer. Die Informationsasymmetrie zwischen Ärzten und Patienten, die durch Einzelleistungsvergütung noch verstärkt wird, bieten Anreize zur Mengenausweitung.

Die stationäre Versorgung durch Spitäler wird ebenfalls durch die staatliche Bedarfsplanung gesteuert. Im Rahmen des Leistungsauftrags haben einzelne Spitäler Spielraum und können sich durch die Qualität ihrer Leistungen auszeichnen. Patienten können sich vor einem Spitalaufenthalt anhand verschiedener Qualitätsindikatoren informieren. Die hohe Anzahl von Versicherten mit der niedrigsten Kostenbeteiligung lässt jedoch Zweifel daran, ob Wettbewerb in der Praxis relevant ist, da die Kostendifferenz der Spitäler sich für Versicherte mit Grundfranchise kaum auswirken. Bei höherer Franchise je nach Art und Länge des Aufenthalts jedoch schon.

Empfehlungen zum Wettbewerb

Krankenversicherer

Verfeinerung des Risikoausgleichs

Die Unterschiede in den Prämien und die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherer deuten darauf hin, dass die Ausgleichszahlungen im Risikoausgleich nicht alle relevanten Risikounterschiede zwischen den Krankenversicherern eliminieren können. Dies schafft Anreize für die Versicherer zur Risikoselektion, anstatt in das Kostenmanagement zu investieren.

Entsprechend sollte das System des Risikoausgleichs verfeinert werden, um die Anreize in die richtige Richtung zu lenken.

Der Risikoausgleich basiert aktuell ausschliesslich auf den Faktoren Alter und Geschlecht. In der Schweiz werden zusätzlich Spitalaufenthalte des Vorjahres sowie pharmazeutische Kostengruppen berücksichtigt. Ersteres könnte auch mit dem kleinen Versichertenkollektiv in Liechtenstein umgesetzt werden. Um pharmazeutische Kostengruppen zu berücksichtigen, müsste jedoch eine Kooperation mit der Schweiz angestrebt werden, da die Parameter mit dem kleinen Versichertenkollektiv in Liechtenstein nicht identifiziert werden können.

Alternativ wäre auch die frühere Schweizer Variante mit den zwei Indikatoren «Spitalaufenthalt im Vorjahr» und «Medikamentenschwelle» denkbar. Diese Variante reduziert die Anreize für Risikoselektion ebenfalls bereits stark und ist einfach umsetzbar.

Alternative Versicherungsmodelle

Aktuell findet zwischen den Krankenversicherern keine Produktdifferenzierung und damit auch keine Innovation in Bezug auf Versicherungsmodelle statt. In Kapitel 13 wird beschrieben, wie die Anreize zum Angebot alternativer Versicherungsmodelle verstärkt werden können.

Ärztinnen und Ärzte

Tarifverhandlungen mit einzelnen Ärzten oder Facharztgruppen

Der Preiswettbewerb kann durch die Zulassung von Tarifverhandlungen mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten respektive einzelnen Facharztgruppen gestärkt werden. Dieser Liberalisierungsschritt ist möglich, ohne am Tarifsysteem selbst relevante Änderungen vorzunehmen.

Angepasste Bedarfsplanung

Einmal in die Bedarfsplanung aufgenommen, verbleiben Leistungserbringer in der Regel bis zu ihrer Pensionierung OKP-abrechnungsberechtigt. Die periodische Neuausschreibung der Bedarfsplanung, verknüpft mit Qualitätsindikatoren, würde den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern stärken.

Eine Abschaffung der Bedarfsplanung mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen den Ärzten zu beleben, ist mit Risiken behaftet.

Liechtenstein ist wegen der hohen Einkommen und der damit zusammenhängenden starken Nachfrage nach Gesundheitsleistungen für Ärzte attraktiv. Insbesondere aufgrund der Personenfreizügigkeit im EWR dürfte nach einer Abschaffung der Bedarfsplanung mit einer starken Zunahme von Ärzten zu rechnen sein. Eine höhere Anzahl Ärzte bedeutet aber nicht automatisch mehr Wettbewerb und ein effizienteres Gesundheitssystem. Vielmehr führt der Kontrahierungszwang dazu, dass alle zusätzlich zugelassenen Ärzte ebenfalls über die OKP abrechnen dürften. Aufgrund der asymmetrischen Information zwischen Ärzten und Patienten ist damit zu rechnen, dass auch mehr unnötige Leistungen sowohl angeboten als auch nachgefragt werden und die Gesundheitsausgaben steigen, ohne dass den Zusatzkosten ein entsprechender Zusatznutzen gegenübersteht.

Eine Abschaffung der Bedarfsplanung wäre zudem nur dann vertretbar, wenn gleichzeitig der Kontrahierungszwang aufgehoben würde. Der kleine Versicherungsmarkt in Liechtenstein könnte auch in diesem Zusammenhang eine Hürde darstellen. So stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit und Effizienz, wenn jeder Versicherer individuelle Verträge mit den Leistungserbringern aushandeln würde. Zudem müsste wegen des hohen Marktanteils einer einzelnen Versicherung darauf geachtet werden, dass diese Marktmacht nicht missbraucht wird.

Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Veröffentlichung vorhandener Informationen

Öffentliche Informationen zur Qualität der erbrachten Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind heute nicht verfügbar. Auch in anderen Ländern und insbesondere in der Schweiz sind Qualitätsinformationen im ambulanten Bereich häufig nur vereinzelt vorhanden. Für Liechtenstein ist die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsindikatorensystems kaum umsetzbar. Dennoch könnte die Qualitätsmessung und -information mit einigen wenigen Indikatoren gestartet werden, die wissenschaftlich gut erforscht sind, beispielsweise potenziell inadäquate Medikation. Als Minimum könnte eine Erhebung zur Patientenzufriedenheit vorgenommen und veröffentlicht werden.

Ein einfacher Schritt zu mehr Transparenz ist die Veröffentlichung des jährlichen Berichts der Liechtensteinischen Ärztekammer zur Vereinbarung mit dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband. Wenn Leistungserbringer

in diesem wichtigen Bereich die vorgegebenen Qualitätskriterien oder Vorgaben zur Weiterbildung nicht erfüllen, haben die von ihnen behandelten Versicherten ein Anrecht auf diese Information.

Managed Care bezeichnet einen Ansatz, mit dem Gesundheitsdienstleistungen durch verbesserte Organisation und durch optimierte Strukturen und Prozesse – bei gleichzeitig hoher Qualität – kosteneffizienter erbracht werden. Hausärzte oder Managed-Care-Organisationen sind erste Anlaufstellen für gesundheitliche Fragen und koordinieren den Behandlungsprozess. Eine Untersuchung in der Schweiz belegt den kostensparenden Effekt solcher Modelle.

In der Praxis schliessen Krankenversicherer Verträge mit Versorgungszentralen oder Hausärzten ab, die neben finanziellen Anreizen Ziele zur Versorgungsqualität, Effizienz und Patientenzufriedenheit definieren.

Die Krankenkassen in Liechtenstein bieten bis heute keine solchen Modelle an. Verschiedene aktuelle Regulierungen reduzieren die Anreize für Leistungserbringer und Krankenkassen bis anhin deutlich. Auch ist fraglich, ob sich ausreichend Versicherte dazu entschliessen würden, die freie Arztwahl zugunsten von günstigeren Prämien aufzugeben. In Kombination mit dem kleinen liechtensteinischen Markt ist die vermutete geringe Nachfrage das Haupthindernis für die Entstehung von Managed-Care-Modellen unter den geltenden Rahmenbedingungen.

Empfehlungen zu Managed Care

Mit der aktuellen Gesetzeslage können Versorgungsverträge nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die Teil der Bedarfsplanung sind und über die OKP abrechnen können. Die Erweiterung auf Leistungserbringer ausserhalb der Bedarfsplanung eröffnet den Krankenversicherern neue Möglichkeiten, etwa Verträge mit bereits bestehenden Versorgungsnetzen in der Schweiz abzuschliessen und so ein Konkurrenzangebot zu den Ärzten mit Bedarfsplanung zu schaffen.

Die Frage bleibt offen, ob sich ausreichend Versicherte für ein Versorgungsnetz entscheiden würden. Da die öffentliche Hand ein Interesse an einer kosteneffizienten Gesundheitsversorgung hat, sollte ein Teil des heutigen Staatsbeitrags an die Krankenkassen zeitlich begrenzt für den Aufbau entsprechender Strukturen in Liechtenstein eingesetzt werden.

Um diese Hemmnisse abzubauen, sind folgende Lösungsansätze denkbar:

1. Managed Care als verpflichtendes Standardmodell
2. Gesetzliches Verbot zur Anbindung von Zusatzversicherungen an die Grundversicherung durch Krankenversicherer
3. Abschaffung der Bedarfsplanung
4. Staatliche Unterstützung für den Aufbau von Managed-Care-Modellen
5. Versorgungsverträge mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung

Aus theoretischer Sicht hätte Lösungsansatz 1, in dem Managed Care zum regulierten Standardmodell in der OKP wird, den grössten Effekt auf die Verbreitung von integrierten Versorgungsstrukturen. Allerdings ist die Akzeptanz dafür als gering einzuschätzen.

Einzelne Krankenkassen machen heute den Abschluss von Zusatzversicherungen davon abhängig, dass Versicherte auch die Grundversicherung bei ihnen abschliessen. Lösungsansatz 2 stärkt den Wettbewerb und verbessert für alle Krankenversicherer die Möglichkeit, durch Managed-Care-Modelle Marktanteile zu gewinnen.

Bei Lösungsansatz 3 würde die heutige Bedarfsplanung abgeschafft. Damit würden vor allem die bestehenden Hürden für die Leistungserbringer weitgehend beseitigt. Dieser Lösungsansatz dürfte allerdings den kleinsten Effekt auf die Verbreitung von Managed Care haben. Denn die Massnahme wirkt nur indirekt auf die Etablierung von Managed-Care-Modellen, dürfte aber verschiedene andere (Markt-)Reaktionen auslösen.

Als am zielführendsten erachtet Zukunft.li den Lösungsansatz 5 in Kombination mit dem Lösungsansatz 4 – mit dem Ziel, den Markt auf nicht OKP-Ärzte zu erweitern. Dieser kombinierte Ansatz hat zwar auch keinen direkten Effekt auf Managed Care wie Ansatz 1, würde aber neuen Freiraum für die Krankenversicherer schaffen, um Managed Care zu etablieren. Zusammen mit der Nutzung bestehender Synergien mit Versorgungsnetzen in der Schweiz würden die finanziellen Risiken zusätzlich reduziert. Damit könnte in einer Anfangsphase durch eine budgetneutrale Umschichtung eines Teils des heutigen Staatsbeitrags an die Krankenkassen unterstützt werden, um die durch den kleinen Markt und durch staatliche Regulierung bestehenden Unsicherheiten zu überbrücken. Widerstand gegen diesen Lösungsansatz ist am ehesten vonseiten der Ärzte in der Bedarfsplanung zu erwarten.

14 | Digitalisierung: Auf gutem Weg, aber nicht am Ziel

116

Stiftung Zukunft.li

Mit Anwendungen wie beispielsweise Telemedizin, Wearables, E-Research oder E-Learning lassen sich Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung erheblich verbessern. Nicht zuletzt wegen Bedenken zum Datenschutz bestehen noch verbreitet Vorbehalte zur Nutzung dieser Technologien. Ihr Potenzial lässt sich jedoch nur durch eine breite Akzeptanz und Nutzung ausschöpfen.

Liechtenstein hat auf Gesetzesstufe wie auch technologisch mit der digitalen Identität und dem elektronischen Gesundheitsdossier die Voraussetzungen für die Digitalisierung des Gesundheitswesens geschaffen. Seit Januar 2023 verfügt jede krankenversicherte Person über ein eGD, sofern sie sich nicht für ein «Opt-out» entschieden hat. Mit Stand März 2024 haben rund 8.5 Prozent der Bevölkerung von diesem Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht. Die Notwendigkeit, dass die Zugriffsrechte für Leistungserbringer individuell durch die Freigabe der Patientinnen und Patienten erteilt werden müssen, dürfte ein Hauptgrund für die noch geringe Nutzung des eGD sein. Auch hier gilt, dass die Vorteile des eGD sich erst dann deutlich entfalten, wenn die gespeicherten Informationen auf breiter Basis für die Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind. Die Vertrautheit der Versicherten mit dem System soll durch innovative Lösungen oder einfache Freigabeverfahren in Arztpraxen gesteigert werden.

Ein weiterer wichtiger Schritt für die Vollständigkeit der Dossiers besteht in der Anbindung der wichtigsten ausländischen Spitäler an das eGD. Die vier Spitäler in den Kantonen St. Gallen und Graubünden decken mehr als 90 Prozent der ausländischen stationären Leistungen ab.

Empfehlungen

Anreize zur Freigabe der Zugriffsrechte oder implizite Zugriffsrechte

Um die Nutzung des eGD zu steigern, sollten Massnahmen wie mobile Applikationen und einfache Freigabeverfahren in Praxen sowie die Integration zusätzlicher administrativer Daten und mHealth-Applikationen geprüft und umgesetzt werden. Eine Alternative stellt auch die Einführung impliziter Zugriffsrechte dar. Dabei werden Leseberechtigungen automatisch aus den Metadaten bestimmter Dokumente, wie beispielsweise der Überweisung eines Patienten an einen anderen Leistungserbringer, abgeleitet. Dies ermöglicht es, dass Autor und Empfänger des Dokuments ohne eine zusätzliche Freigabe durch den Patienten Zugriff er-

halten. Allerdings sollten Patienten nach wie vor die Möglichkeit haben, den Zugriff für bestimmte Gesundheitsdienstleister einschränken zu können.

Monitoring der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Auswirkungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind derzeit noch unklar. Deshalb sollten die Fortschritte der Digitalisierung im Gesundheitswesen allgemein und das eGD im Besonderen systematisch gemessen werden. Kann die Entwicklung mit positiven Resultaten hinterlegt werden, steigt auch die Akzeptanz in der Bevölkerung, wodurch sich digitale Lösungen stärker verbreiten und intensiver genutzt werden.

Digitalisierung des Austauschs mit den Behörden

Der digitale Informationsaustausch zwischen Gesundheitsdienstleistern und Behörden sollte durch entsprechende Schnittstellen für strukturierte Datenformate verbessert werden. Wenn Gesundheitsdienstleister aus digitalen Gesundheitsdaten ein PDF erstellen und dieses per E-Mail versenden müssen, führt dies zu unnötigen Arbeitsschritten.

Abstimmung mit den Nachbarländern

Entwicklungen neuer digitaler Lösungen, wie zum Beispiel die E-Medikation, müssen an die Rahmenbedingungen der Nachbarländer angepasst werden. Dies gilt auch für die Koordination der Schnittstellen für den grenzüberschreitenden Datenaustausch. Diese Schnittstellen müssen je nach gesetzlicher Grundlage länderspezifisch angepasst werden. Die Integration der ausländischen Dienstleister in das eGD beruht zwar auf Freiwilligkeit, ist aber für Liechtenstein von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund ist der kontinuierliche Austausch mit den Nachbarländern essenziell. Bei der Implementierung von Lösungen ist genauso zwingend darauf zu achten, dass diese nicht nur die lokalen Gegebenheiten abdecken, sondern mit den Bedingungen der Nachbarländer kompatibel sind.

15 | Ambulantisierung: Neue Chance auf grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Der technologische Fortschritt ermöglicht es zunehmend, verschiedene Eingriffe ambulant statt stationär vorzunehmen. Ambulante Eingriffe sind kostengünstiger und nicht mit Einbussen bei der Qualität verbunden.

Seit 2019 sind in der Schweiz sechs Gruppen von Eingriffen definiert, die ambulant durchzuführen sind. Durch die beabsichtigte Verschiebung sind die Gesamtkosten gesunken, mit dem stärksten Effekt im ersten Jahr.

Durch die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und durch neue Bestimmungen für die regionale Bedarfsplanung dürfte die Regulierung im ambulanten Bereich auf Kantonsebene zunehmen.

Mit der heutigen Finanzierungssystematik tragen die Krankenkassen die vollen Kosten von ambulanten Behandlungen, im stationären Bereich hingegen nur 45 Prozent. Der Anreiz, die beabsichtigte Verlagerung von stationär zu ambulant zu fördern, ist damit gering. Ab 2028 werden in der Schweiz ambulante und stationäre Leistungen gleich finanziert: 24.5 Prozent durch die Kantone, 75.5 Prozent durch die Krankenkassenprämien. Die Mitfinanzierung der Kantone an ambulanten Behandlungen führt dazu, dass sie nun auch in diesem Bereich regulatorisch mitbestimmen möchten. Aktuell ist unklar, wie diese Steuerung und Planung ausgestaltet sein werden.

Veränderungen sind auch bei Zulassungsregelungen für ambulant tätige Ärzte im Gang. Die Kantone können neu Höchstzahlen für Ärzte pro Fachgebiet festlegen. Ziel ist es auch dort, die Kosten zu reduzieren, basierend auf der Beobachtung, dass Ärztedichte und Kostenhöhe in einem engen Zusammenhang stehen. Auch wenn die Umsetzung auf kantonaler Ebene in unterschiedlichem Tempo verläuft, nähert sich die Regulierung der Bedarfsplanung in Liechtenstein an.

Bei der Aus- und Weiterbildung und beim Ärztetarif ist die Verflechtung Liechtensteins mit der Schweiz im ambulanten Bereich besonders stark. Bei den ambulanten Arztleistungen hingegen ist das Land weitgehend selbstständig. Die meisten Eingriffe, die neu ambulant statt stationär durchgeführt werden, verlangen in der Regel eine adäquate Spitalstruktur. Diese Entwicklung dürfte jedoch nicht zu einem wesentlichen Anstieg der ambulanten Eingriffe führen, die in Liechtenstein durchgeführt werden.

Der Trend zur Ambulantisierung könnte für Liechtenstein zum Risiko in der ambulanten Spezialversorgung werden, wenn die Grenzkantone in bestimmten Disziplinen das Angebot durch die kantonale Bedarfsplanung reduzieren. Gleiches gilt für den spitalambulantem Bereich. Nicht kostendeckende Tarife in der Schweiz können zu einem Konzentrationsprozess bei den Spitälern führen, durch den Kapazitäten abgebaut werden und Wege und Wartezeiten für Patienten aus Liechtenstein länger werden.

Durch die Annäherung der beiden Regulierungssysteme kann sich allerdings auch die Chance für eine gemeinsame überregionale Bedarfsplanung ergeben.

Empfehlungen

Überregionale Bedarfsplanung mit Grenzkantonen

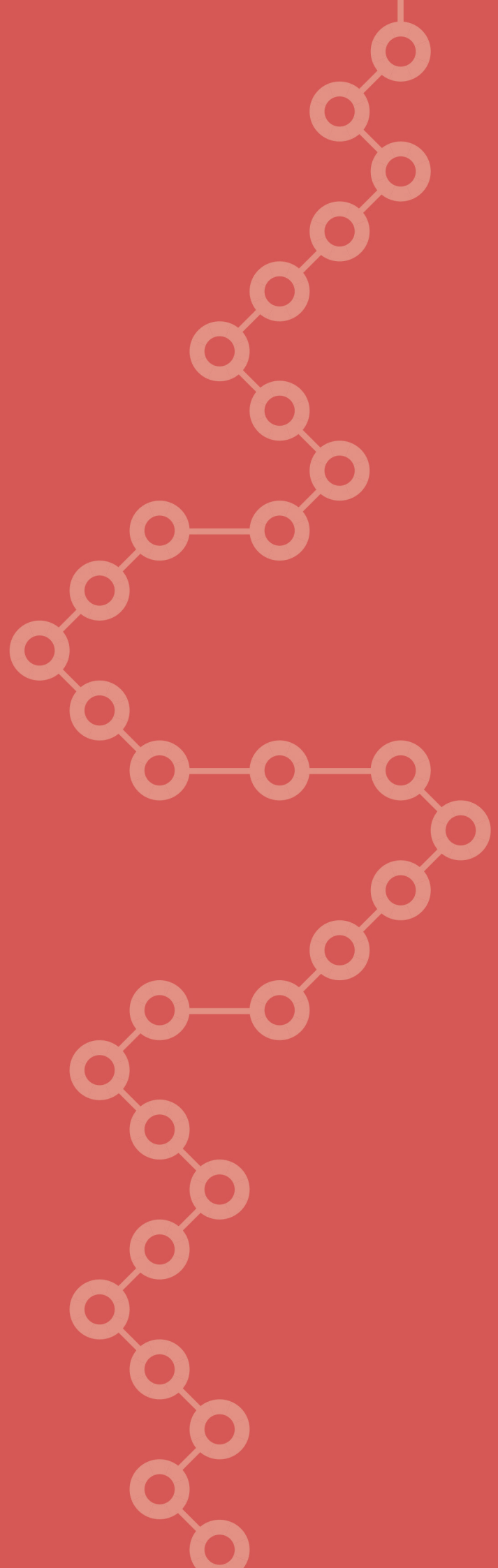
Die beschriebenen Entwicklungen sollten zum Anlass genommen werden, gemeinsam mit den Nachbarkantonen eine überregionale Bedarfsplanung anzustreben und dazu zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die entsprechenden Gespräche zu initiieren.

Anhang 1: Kostenbeteiligung Schweiz

Anhang 2: Wettbewerbsindikatoren

Abkürzungsverzeichnis

Literatur



Anhang 1: Kostenbeteiligung Schweiz

Tabelle 10:
Kostenbeteiligung in der Schweiz

Quelle: Mäder et al. (2024)

Alter	Franchise (CHF)	Selbstbehalt		Maximale Kostenbeteili- gung (CHF)	Zusätzliches Risiko (CHF)	Prämienrabatt p. a. (CHF)
		%	Maximum (CHF)			
Grundfranchise						
< 18	0	10	350	350		0
>= 18	300	10	700	1'000		
Wahlfranchisen						
< 18	100	10	350	450	100	70
	200			550	200	140
	300			650	300	210
	400			750	400	280
	500			850	500	350
	600			950	600	420
>= 18	500	10	700	1'200	200	140
	1'000			1'700	700	490
	1'500			2'200	1'200	840
	2'000			2'700	1'700	1'190
	2'500			3'200	2'200	1'540

Anhang 2: Wettbewerbsindikatoren

Tabelle 11:
Wettbewerbsindikatoren

Quelle: Mäder et al. (2024)

	Faktor	Indikator	Hinweis auf Wettbewerb
Marktstruktur	Anzahl Anbieter und Nachfrager	■ Gibt es eine Mehrzahl von Marktakteuren mit ähnlichen Produkten? ■ Stehen diese untereinander in Konkurrenz (Grad der Rivalität)?	■ Mindestens zwei Marktakteure mit hohem Rivalitätsgrad
	Marktzutritts-schranken	■ Bestehen Eintrittshürden für potenzielle neue Marktteilnehmer? ■ Sind Markteintritte neuer Wettbewerber zu verzeichnen?	■ Möglichst wenig Eintrittshürden ■ Markteintritt neuer Wettbewerber
	Produktdifferenzierung	■ Ist das angebotene Produkt in der Ausgestaltung differenzierbar?	■ Möglichkeit zur Differenzierung
	Vertikale und horizontale Integration ⁵⁹	■ Bestehen vertikale und/oder horizontale Integrationen?	■ Vertikale und horizontale Integrationen sind tendenziell wettbewerbsbindernd
	Diversifizierung	■ Wie stark sind die Marktakteure in verschiedenen Märkten diversifiziert?	■ Diversifikation (z. B. Zusatzversicherungen)
	Transparenz	■ Sind die Marktakteure sowie deren Verhalten und Ergebnisse transparent?	■ Möglichst hohe Transparenz
Marktverhalten	Preissetzung	■ Ist Preiswettbewerb möglich? Wie intensiv ist er?	■ Nicht abgesprochene Preissetzung ■ Intensiver Preiswettbewerb
	Produktwahl und -qualität	■ Bieten Marktteilnehmer unterschiedliche Produkte an? ■ Unterscheiden sich Marktteilnehmer in der Qualität der Produkte? ■ Konkurrieren Marktteilnehmer über das Preis-Leistungs-Verhältnis?	■ Angebot unterschiedlicher Produkte und Qualität ■ Wettbewerb über Preis-Leistungs-Verhältnis
	Servicequalität	■ Konkurrieren die Marktteilnehmer über die Servicequalität? Wie intensiv ist dieser Wettbewerb?	■ Intensiver Servicewettbewerb
	Abgestimmtes Verhalten	■ Verhalten sich die Marktteilnehmer wettbewerbsbeschränkend (Absprachen etc.)?	■ Kein wettbewerbsbeschränkendes Verhalten
	Werbung	■ Betreiben die Marktakteure Werbung? ■ Wie intensiv sind die Anstrengungen im Bereich Werbung und Öffentlichkeitsarbeit?	■ Intensive Werbeanstrengungen
	Forschung und Entwicklung	■ In welchem Umfang betreiben die Marktteilnehmer Forschung und Entwicklung? Konkurrieren sie sich diesbezüglich?	■ Intensive Bemühungen in Forschung und Entwicklung
Marktergebnis	Produktions-/ Allokationseffizienz	■ Sind bei der Herstellung der Produkte bzw. Leistungen Kosteneinsparungen möglich? ■ Sind im gesamten Gesundheitswesen Verbesserungen des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Leistungen möglich? ■ Gibt es Hinweise auf Risikoselektion und/oder Überkapazitäten im Angebot? ■ Nutzen die Marktakteure Substitutionsmöglichkeiten?	■ Effizienzpotenzial auf Stufe Produktion und Gesamtsystem ■ Keine bzw. möglichst geringe Risikoselektion ■ Nutzung von Substitutionsmöglichkeiten
	Dynamische Effizienz	■ Wie hoch ist die Wechselquote der Versicherten? Inwiefern ist sie auf den Wettbewerbsdruck zurückzuführen? ■ Entwickeln die Marktakteure neue innovative Angebote?	■ Mindestens kleine Wechselquote oder Gefahr, dass die Versicherten wechseln ■ Neue und innovative Angebote

⁵⁹ Bei einer vertikalen Integration kommt es zu einer Integration von in unterschiedlichen Märkten tätigen, aber in der gleichen Produktionslinie stehenden Anbietern, z. B. bei Erwerb einer Gruppenpraxis durch einen Krankenversicherer. Bei einer horizontalen Integration kommt es zu einem Zusammenschluss von im gleichen Markt tätigen Unternehmen, z. B. zwei Krankenversicherer. Aus wettbewerbspolitischer Sicht sind horizontale Zusammenschlüsse generell nicht erwünscht, während vertikale Zusammenschlüsse teilweise zu einem Effizienzgewinn führen können.

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Avos	Ambulant vor stationär
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BNE	Bruttonationaleinkommen
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
eGD	Elektronisches Gesundheitsdossier
EGDG	Gesetz über das elektronische Gesundheitsdossier
EGDV	Verordnung über das elektronische Gesundheitsdossier
eID.li	Digitale Identität des Fürstentums Liechtenstein
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FL	Fürstentum Liechtenstein
GNL	Gesundheitsnetz Liechtenstein
GR	Graubünden
HMO	Health Maintenance Organization
HSG	Universität St.Gallen – Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften, Internationale Beziehungen und Informatik
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung
LKV	Liechtensteinischer Krankenkassenverband
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCG	Pharmaceutical Cost Groups (Pharmazeutische Kostengruppen)
PPP	Purchasing Power Parity (Kaufkraftparität)
SG	St. Gallen
SwissDRG	Swiss Diagnostic Related Groups
Tarmed	tarif médical (französisch für Ärztetarif)

Hauptquelle

- Mäder, B., Bill, M., Kuhlmei, F., Sager, T. & Telser, H. (2024): Das Gesundheitswesen in Liechtenstein – heute und morgen. Polynomics AG.

Weitere Quellen

- AHV-IV-FAK (2011 – 2023): Rechenschaftsberichte 2010 bis 2022. Liechtensteinische AHV-IV-FAK-Anstalten.
- Amt für Gesundheit (AG) (2022): Obligatorische Krankenpflegeversicherung Prämienübersicht 2023. <https://www.llv.li/serviceportal2/amtsstellen/amt-fuer-gesundheit/pramienuebersicht-2023.pdf>. Zugriff: 03.04.2024.
- Amt für Gesundheit (AG) (2023): Obligatorische Krankenpflegeversicherung Prämienübersicht 2024. <https://www.llv.li/serviceportal2/amtsstellen/amt-fuer-gesundheit/pramienuebersicht-2024.pdf>. Zugriff: 03.04.2024.
- Amt für Gesundheit (AG) (2024): Unveröffentlichte Daten zu den Arbeitgeberbeiträgen 2000 bis 2026. Amt für Gesundheit.
- Amt für Statistik (AS) (2017): Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik.
- Amt für Statistik (AS) (2024a): Lohnstatistik eTab: 291.001d Monatlicher Bruttolohn nach Jahr, Voll-/Teilzeit, Wohnsitz, Wirtschaftszweig, Geschlecht und Kennzahl. Zugriff: 21.04.2024.
- Amt für Statistik (AS) (2024b): Beschäftigungsstatistik eTab: 281.001d Beschäftigte nach Jahr, Voll-/Teilzeit, Wirtschaftszweig, Arbeitsgemeinde und Geschlecht. Zugriff: 22.03.2024.
- Amt für Statistik (AS) (2024c): Gesundheitsausgabenrechnung eTab: 461.004d Gesundheitsausgaben in Tausend CHF nach Jahr, Funktion der Gesundheitsversorgung, Ort der Leistung und Leistungserbringer. Zugriff: 22.03.2024.
- Amt für Statistik (AS) (2024d): Krankenversicherer Tab: 462.101d Alle Versicherungsarten – Betriebsrechnung in CHF nach Kennzahl und Versicherungsart. Zugriff: 12.04.2024.
- Amt für Statistik (AS) (2024e): Bevölkerungsszenarien Tab: 219.002d Bevölkerung nach Szenario, Heimat, Geschlecht, Fünfjahresklasse und Jahr. Zugriff: 23.04.2024.
- AOK (2024): Morbidität/Multimorbidität. <https://www.aok.de/pp/lexikon/morbiditaet-multimorbiditaet/>. Zugriff: 03.05.2024.
- Bieri, U., Doriot, A., Kocher, J. P., Pagani, A. & Rey, R. (2023): Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2023. GfS Bern im Auftrag von Interpharma.
- Concordia (2024a): Concordia Liechtenstein. OKP Basic. <https://www.concordia.li/de/privatpersonen/leistungen/obligatorische-krankenpflegeversicherung/okp-basic.html>. Zugriff: 18.01.2024.
- Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (2024b): Concordia Prämienrechner. <https://www.praemienrechner.concordia.ch/ipr/grundversicherung>. Abgerufen am 11.04.2024.
- eHealth Suisse (2024): Glossar. <https://www.e-health-suisse.ch/glossar>. Zugriff: 22.04.2024.
- Frommelt, C. & Rochat, P. (2022): Lie-Barometer 2022. Ergebnisse einer Onlineumfrage zu Lebenszufriedenheit und Sorgen der Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner sowie weiteren Themen. Liechtenstein-Institut.
- Liechtenstein-Institut (2024): Entwicklung Bruttoinlandsprodukt 1972 – 2022, Preis-/Strukturbruchbereinigungen, basierend auf Amt für Statistik. Liechtenstein-Institut.
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband (LKV) (2024): Leistungserbringer-Suche. <https://lkv.li/>. Zugriff: 08.04.2024.
- Lorenz, T., Beck, P. & Augsburg, K. (2017): Finanzierung der Alterspflege. Handlungsbedarf und Lösungsansätze. Stiftung Zukunft.li.
- Lorenz, T., Eisenhut, P. & Beck, P. (2020): Liechtenstein und die Schweiz. Eine gute Freundschaft – auch mit Ecken und Kanten. Stiftung Zukunft.li. Ruggell.
- Marjorie-Wiki (2024): Akutsomatik. <https://marjorie-wiki.de/wiki/Akutsomatik>. Zugriff: 20.02.2024.

- Ministerium für Gesellschaft (2020): Das Gesundheitswesen im Fürstentum Liechtenstein. Aktuelle Übersicht, strategische Schwerpunkte und Massnahmen. Update 2020. <https://www.regierung.li/files/attachments/20200217-fl-gesundheitspolitische-gesamtplanung-update-638354089909374225.pdf>. Zugriff: 09.02.2024.
- OECD (2023): Government at a Glance 2023, OECD Publishing.
- OECD (2024): Health expenditure and financing. <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA>. Zugriff: 13.04.2024.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (1998): Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2003a): Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2003b): Stellungnahme der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zu den anlässlich der ersten Lesung zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes aufgeworfenen Fragen.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2012): Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2015a): Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und weiterer Gesetze.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2015b): Stellungnahme der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zu den anlässlich der ersten Lesung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und weiterer Gesetze aufgeworfenen Fragen.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2022a): Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend das Initiativbegehren zur Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Befreiung der Kostenbeteiligung (Franchise) für Versicherte, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben).
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2022b): Information zur Volksabstimmung vom 26. Juni 2022 über die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Befreiung der Kostenbeteiligung (Franchise) für Versicherte, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben).
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein (Regierung) (2023): Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend den Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2024.
- Swica (2024): Swica Geschäftsstelle Vaduz. Grund- und Zusatzversicherungen Liechtenstein. <https://www.swica.ch/de/kampagnen/liechtenstein/versicherungen#grundversicherung333>. Zugriff: 18.01.2024.
- Taboada, D. & Cosandey, J. (2023): Mehr Mehrwert im Gesundheitswesen. Für einen Qualitäts- statt Kostenwettbewerb. Avenir Suisse.

Zu dieser Publikation

Diese Publikation wurde von der Geschäftsstelle der Stiftung Zukunft.li – namentlich Thomas Lorenz und Doris Quaderer – verfasst. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Publikation wurden von Beatrice Mäder, Marc Bill, Florian Kuhlmei, Till Sager und Harry Telser der Firma Polynomics AG in Olten erarbeitet (Mäder et al., 2024).

Thomas Hasler hat als «Projektgötti» wertvolle Anregungen und Verbesserungsvorschläge zur Studie beigesteuert. Er ist ein fundierter Kenner des liechtensteinischen Gesundheits- und Sozialwesens. Unter anderem war er von 2015 bis 2023 als Mitglied der erweiterten Geschäftsleitung Verhandlungsleiter bei der Tarifsuisse AG und Geschäftsführer des Liechtensteinischen Krankenkassenverbands.

Den erwähnten Personen gilt unser herzlicher Dank.

Peter Eisenhut hat als Präsident des Stiftungsrats das Vorwort zu dieser Publikation verfasst. Vor der Veröffentlichung dieser Studie ist Peter Eisenhut am 14. Mai 2024 unerwartet verstorben. Er führte die Stiftung seit ihrer Gründung im Oktober 2014 und hat sie mit seinem fundierten Wissen, seiner klaren Haltung und seiner gewinnenden Art geprägt. Die vorliegende Studie ist deshalb in besonderem Mass seinem Wirken für Zukunft.li gewidmet. Wir verlieren mit ihm nicht nur unseren Stiftungsratspräsidenten, sondern auch einen guten Freund.

Impressum

Autoren

Thomas Lorenz und Doris Quaderer
Stiftung Zukunft.li

Lektorat

Textimum GmbH, Triesenberg

Herausgeber

Stiftung Zukunft.li, Ruggell

Zitationsempfehlung

Lorenz, T., Eisenhut, P. &
Quaderer, D. (2024): Gesundheits-
wesen Liechtenstein. Kosten –
Entwicklung – Vergleiche. Stiftung
Zukunft.li. Ruggell.

Druckvorstufe

Gutenberg AG, Schaan

Druck, Bindung

Gutenberg AG, Schaan

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die Stiftung Zukunft.li ist jedoch explizit daran interessiert, die Ergebnisse ihrer Studien möglichst vielen Interessierten zugänglich zu machen. Die Verwendung des Inhalts dieser Publikation ist deshalb erwünscht unter der Bedingung, dass die Quelle eindeutig angegeben wird und die gesetzlichen Bestimmungen zum Urheberrecht eingehalten werden.

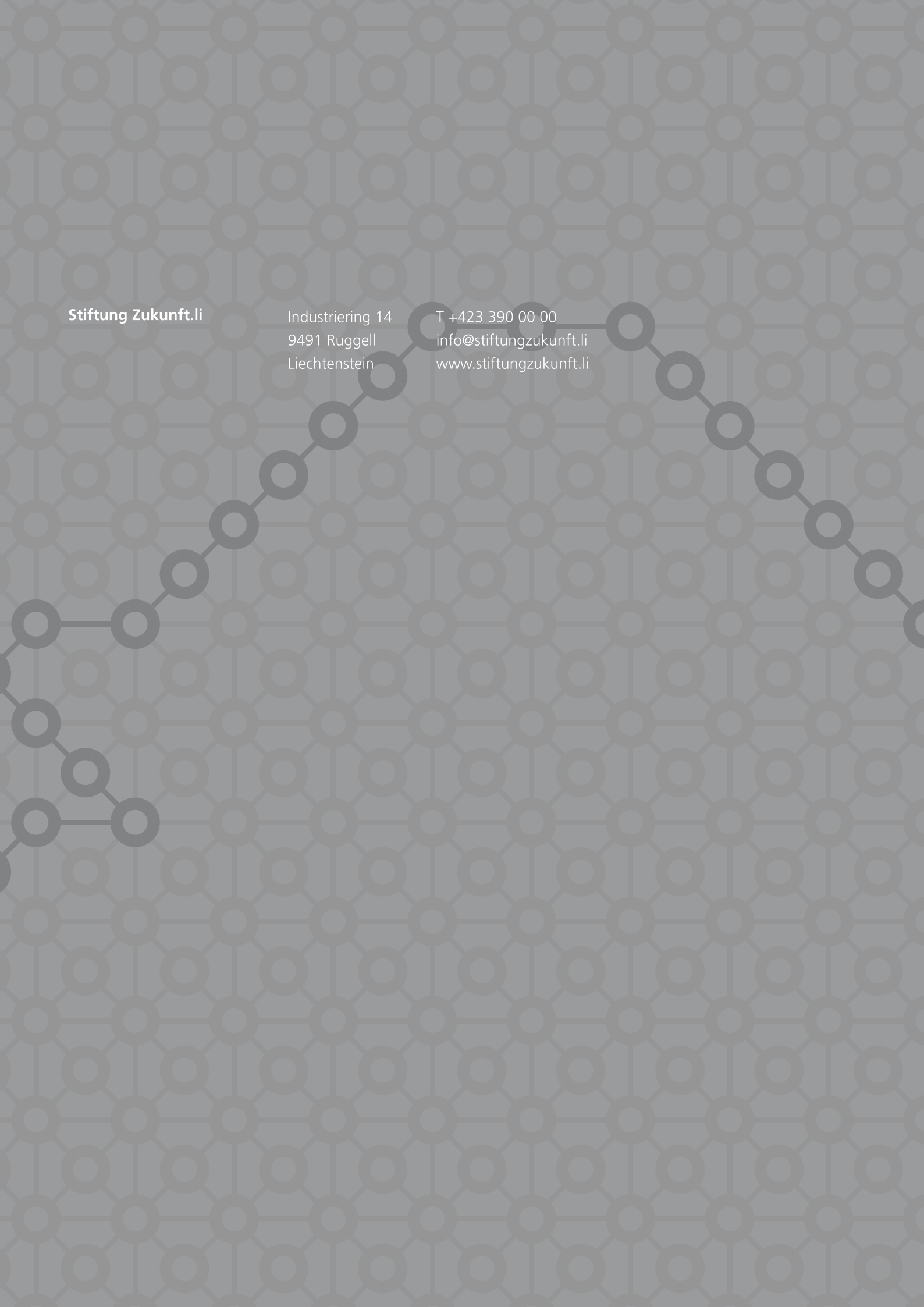
Bestellung

info@stiftungzukunft.li

Download

www.stiftungzukunft.li

© Stiftung Zukunft.li 2024



Stiftung Zukunft.li

Industriering 14
9491 Ruggell
Liechtenstein

T +423 390 00 00
info@stiftungzukunft.li
www.stiftungzukunft.li