



Internationale Verflechtungen des liechtensteinischen Gesundheitswesens

Schlussbericht

Studie im Auftrag der Stiftung Zukunft.li



Internationale Verflechtungen des liechtensteinischen Gesundheitswesens Schlussbericht

Studie im Auftrag der Stiftung Zukunft.li

Marc Bill
Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser

17. Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Obligatorische Krankenpflegeversicherung	6
2.1	Ausgestaltung	6
2.2	Leistungserbringer	11
2.3	Finanzierung und Kostenentwicklung	14
3	Internationale Verflechtungen	22
3.1	Bedarfsplanung	22
3.1.1	Ziele und Ausgestaltungsmöglichkeiten	22
3.1.2	Ambulante Leistungserbringer	26
3.1.3	Stationäre Leistungserbringer	29
3.2	Patientenmobilität	30
3.3	Finanzströme in der OKP	32
3.3.1	Stationäre Leistungserbringer	33
3.3.2	Ambulante Leistungserbringer	38
3.4	Arzneimittel	43
3.4.1	Arzneimittelkosten OKP	43
3.4.2	Zulassung, Vertrieb und Vergütung	44
3.4.3	Parallelimporte aus dem EWR	46
3.4.4	Verhinderungsgründe für Import von EWR-Arzneimitteln	47
4	Chancen und Herausforderungen	49
4.1	Ambulanter Sektor	49
4.2	Stationärer Sektor	51
4.3	Arzneimittelmarkt	53
4.4	Fazit	56
5	Quellenverzeichnis	58
6	Anhang	60

1 Einleitung

Liechtenstein ist sehr stark mit der Schweiz verbunden, und der Zollvertrag zwischen den beiden Ländern wird 2023 hundertjährig. Aus diesem Grund möchte die Stiftung Zukunft.li diese starke Verbindung zwischen den beiden Staaten in einem Schwerpunktprojekt beleuchten. Im Rahmen dieses Schwerpunktprojekts soll das Beziehungsgeflechts zwischen Liechtenstein und der Schweiz sowohl generell als auch in einzelnen Politikbereichen speziell beleuchtet werden. Einer dieser Bereiche ist das Gesundheitswesen, welches alle Bereiche der medizinischen Versorgung der Bevölkerung umfasst. Zu nennen sind beispielsweise die stationäre und ambulante Versorgung der Kranken, die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln, die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung oder die Vorbeugung von Krankheiten bei Gesunden.

Der Hauptfokus der vorliegenden Studie liegt auf der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit besonderem Augenmerk auf die Beziehungen zur Schweiz. Die OKP ist eine Sozialversicherung, die der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung sicherstellen soll. Diese medizinische Versorgung umfasst die stationäre und ambulante Versorgung der Kranken, beginnend beim Hausarzt und Physiotherapeuten bis hin zu Spezialkliniken und Rehabilitationen. Liechtenstein orientiert sich dabei stark an der Umsetzung in der Schweiz.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die internationale Verflechtung des liechtensteinischen Gesundheitswesens, respektive der OKP, insbesondere mit der Schweiz darzustellen. Die Versorgungssituation und die Finanzströme im In- und Ausland sollen dargestellt werden. Die wesentlichen Verflechtungen, d. h. sowohl Parallelen als auch Zusammenarbeiten mit der Schweiz, sollen identifiziert und analysiert werden. In Anbetracht der gleichzeitigen Einbindung von Liechtenstein in den Wirtschaftsraum der Schweiz und den EWR sollen die daraus entstehenden Chancen und Herausforderungen herausgearbeitet und bewertet werden. Dabei sollen insbesondere folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Wie stellt sich die heutige Versorgung der liechtensteinischen Bevölkerung mit stationären und ambulanten Gesundheitsleistungen dar?
2. Welches sind die wesentlichen Verflechtungen/Verbindungen zwischen Liechtenstein und der Schweiz im Gesundheitsbereich?
3. Wie gestalten sich die grenzüberschreitenden Patienten- und Finanzströme von Liechtenstein ins Ausland?
4. Was bedeutet die Anbindung Liechtensteins an die zwei Wirtschaftsräume, einerseits der Schweiz und andererseits des EWR, für die Ausgestaltung des liechtensteinischen Gesundheitswesens betreffend gesetzlichen Regelungen, Autonomie, Herausforderungen und ungenutzten Möglichkeiten?
5. Welche Bedingungen müssten erfüllt sein und welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, damit eine regionale ambulante Bedarfsplanung (z. B. FL-SG) realisiert werden könnte, welche den gesundheitspolitischen Zielen in beiden Ländern dient, für beide Länder Mehrwert bzw. Vorteile schafft und allenfalls auch grenzüberschreitend den Wettbewerb unter den Leistungserbringern verstärkt?
6. Welche Fragen stellen sich betreffend die stationäre Versorgung und deren Einbettung in die Spitallandschaft der Nachbarländer?

Das nachfolgende Kapitel 2 skizziert als Ausgangslage den Aufbau und die Finanzierung der OKP und diskutiert, wo Regelungen von der Schweiz übernommen wurden oder abweichen. Im Kapitel 3 fokussieren wir auf vier Bereiche des Gesundheitssystems, wo die internationale Anbindung besonders wichtig ist. Dies sind die Bedarfsplanung und Leistungserbringung im ambulanten und stationären Sektor, die (grenzüberschreitende) Patientenmobilität sowie der Arzneimittelbereich. Schliesslich diskutieren wir in einem abschliessenden Kapitel, welche Chancen und Herausforderungen in der Zusammenarbeit zwischen Liechtenstein und seinen Nachbarländern bestehen. Dabei betrachten wir insbesondere auch das Spannungsfeld, welches durch die enge Zusammenarbeit mit der Schweiz und der gleichzeitigen Mitgliedschaft im EWR entsteht.

2 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

2.1 Ausgestaltung

Versicherungssystem

Die Kranken- und Unfallversicherung Liechtensteins beruht wie in der Schweiz auf dem Modell des regulierten Wettbewerbs. Alle Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in Liechtenstein müssen eine obligatorische Krankenpflegeversicherung [OKP] abschliessen.¹ Diese umfasst einen bestimmten Leistungskatalog und muss von allen in Liechtenstein anerkannten Krankenkassen angeboten werden.² Es besteht Aufnahmepflicht für alle Personen, unabhängig ihres Gesundheitszustands. Die Abgeltung der Leistungen erfolgt über einheitliche Kopfprämien, welche weder vom Gesundheitszustand bzw. dem Krankheitsrisiko noch dem Einkommen der Versicherten abhängig sind. Ein Kassenwechsel ist jeweils auf Ende des Kalendermonats möglich, wobei aber die Höhe der Kostenbeteiligung nur einmal im Jahr geändert werden kann.³

Aktuell sind drei anerkannte Krankenkassen in Liechtenstein tätig. Dies sind namentlich die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, die FKB – Die liechtensteinische Gesundheitskasse und die SWICA Krankenversicherung AG. Beide ausländischen Unternehmen (Concordia und SWICA) sind mit einer Zweigniederlassung in Liechtenstein vertreten. Die Concordia ist mit 68% Marktanteil am Versichertenbestand der Marktführer in der OKP. Die FKB folgt mit 23% Marktanteil auf dem zweiten Platz und die SWICA versichert lediglich 8% des Versichertenbestandes (Amt für Gesundheit, 2019).

Die OKP gewährt Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft,⁴ wobei der Leistungskatalog stark an die Schweizer OKP angelehnt ist. Damit Leistungen von der OKP bezahlt werden, müssen sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfüllen. Die Überprüfung dieser Kriterien kommt der Leistungskommission zu, welche entsprechende, nicht-bindende Empfehlungen über die Abgeltung von Leistungen an die Regierung richtet. Sie ist aus Vertretern der Behörden, Ärzten und des Krankenkassenverbandes zusammengesetzt.⁵ Wird der Leistungskatalog der Schweizer OKP geändert, evaluiert die Leistungskommission zudem regelmässig, ob der liechtensteinische Leistungskatalog entsprechend angepasst werden soll.

Die OKP ist in eine Grundversicherung und eine Hochkostenversicherung unterteilt. Die Grundversicherung übernimmt Leistungen bis 5'000 Franken, die Hochkostenversicherung solche über 5'000 Franken pro Jahr.

¹ Grenzgänger aus Österreich können von der Versicherungspflicht befreit werden, sofern sie in Österreich selber nachweislich über eine gleichwertige Krankenversicherung verfügen. Schweizer Grenzgänger sind von der Versicherungspflicht ausgenommen. Für sie gilt auf Basis der Vaduzer Konvention das Wohnortprinzip. Im Jahr 2018 hatten nur rund 4% der Versicherten einen Wohnsitz ausserhalb des Fürstentums Liechtenstein (Amt für Statistik, 2019a).

² Der Markt ist für alle Krankenkassen offen. Ausländische Krankenkassen müssen für die Anerkennung in Liechtenstein eine Agentur, eine Zweigniederlassung oder ein Büro in Liechtenstein betreiben, welches von eigenem Personal oder einer unabhängigen Person im Auftrag der Krankenkassen geführt wird.

³ In der Schweiz kann sowohl der Krankenversicherer wie auch die Kostenbeteiligung nur einmal im Jahr gewechselt werden.

⁴ Die Krankenversicherung gewährt zudem Leistungen bei Unfall, sofern dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

⁵ Art. 45 und 46 Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV).

Prämien und Kostenbeteiligung

In der Grundversicherung wird zwischen vier Altersgruppen unterschieden. Kinder zahlen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres weder eine Versicherungsprämie noch besteht eine Kostenbeteiligung an den bezogenen Leistungen. Für Jugendliche, d. h. Versicherte im Alter von 17 bis 21, dürfen die Prämien maximal die Hälfte der Erwachsenenprämien betragen, eine Kostenbeteiligung ist hingegen nicht vorgesehen. Ab dem 21. Altersjahr müssen sich die Versicherten neben den Prämienzahlungen zusätzlich an den Behandlungskosten beteiligen. Der Versicherte übernimmt 100% der Behandlungskosten bis zur Höhe der gewählten Franchise⁶ (mindestens 500 Franken) und beteiligt sich mit 20% Selbstbehalt an den die Franchise übersteigenden Kosten. Übersteigen die Behandlungskosten 5'000 Franken, muss der Versicherte keine weitere Kostenbeteiligung mehr leisten, da die Hochkostenversicherung fortan sämtliche Kosten trägt. Die Kostenbeteiligung setzt sich demzufolge aus der Franchise und dem Selbstbehalt, der in Abhängigkeit der Höhe der gewählten Franchise maximal 900 Franken beträgt, zusammen. Ab Erreichen des ordentlichen Rentenalters gilt ein reduzierter Selbstbehalt von 10%. In der Hochkostenversicherung ist grundsätzlich keine Kostenbeteiligung zu entrichten (vgl. Tabelle 1).

Die Krankenkassen sind verpflichtet, in der Grundversicherung mindestens drei Franchisestufen zusätzlich zur obligatorischen Kostenbeteiligung von 500 Franken anzubieten, wobei im Gesetz eine Maximalfranchise von 3'500 Franken vorgesehen ist. Diese kann von der Regierung jeweils per Verordnung an die Teuerung angepasst werden. Aktuell werden von den Kassen die Wahlfranchisen 1'500, 2'500 und 4'000 Franken angeboten. Im Gegenzug für die grössere Kostenbeteiligung müssen die Prämien auf den Wahlfranchisen reduziert werden. Der mögliche Prämienrabatt liegt bei 70% des zusätzlichen Eigenbeitrags.

Tabelle 1 Überblick Prämien und Kostenbeteiligung in der Grund- und Hochkostenversicherung

	Grundversicherung				Hochkostenversicherung
	Kinder (0-16)	Jugendliche (17-20)	Erwachsene (21 – 65)	Rentner (65+)	Erwachsene (17+)
Prämie	Nein	½ Erwachsenenprämie	Erwachsenenprämie	Erwachsenenprämie	Ja
Franchise	Nein	Nein	500 – 4'000	500 – 4'000	Nein
Selbstbehalt	Nein	Nein	20%	10%	Nein

Kinder müssen in Liechtenstein keine Krankenkassenprämien zahlen. Jugendliche zahlen die Hälfte der Prämien der Erwachsenen, eine Kostenbeteiligung ist nicht vorgesehen. Erwachsene müssen sich in der Grundversicherung neben der Prämie mit einem festen Jahresbeitrag (Franchise) und einem Selbstbehalt von 20%, bzw. 10% an der den festen Jahresbeitrag übersteigenden Kosten beteiligen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Vergleich zur Schweiz, in welcher die Franchisestufen gesetzlich vorgegeben sind (300, 500, 1'000, 1'500, 2'000, 2'500 CHF für Erwachsene), fallen die angebotenen Wahlfranchisen und die gesetzlich geregelte Minimal- und Maximalfranchise in Liechtenstein deutlich höher aus. Ein zusätzlicher Unterschied ist, dass in der Schweiz auch für Kinder (reduzierte) Krankenkassenprämien und eine Kostenbeteiligung entrichtet werden müssen. Letzteres gilt auch für Jugendliche. Die möglichen Prämienrabatte für Wahlfranchisen werden hingegen gleich kalkuliert; auch in der

⁶ In Liechtenstein wird für die Franchise auch der Begriff «Fester Betrag» verwendet.

Schweiz dürfen sie bei maximal 70% der zusätzlichen Kostenbeteiligung liegen. Auf den die Franchise übersteigenden Kosten gilt für Erwachsene (Kinder) ein Selbstbehalt von 10% bis zu einem Maximalbetrag von 700 (350) Franken. Bei Wahl der höchsten Franchise ergibt sich damit in der Schweiz ein maximal möglicher Selbstbehalt von 3'200 Franken, in Liechtenstein liegt der Wert bei 4'200 Franken.

Im Jahr 2004 hat Liechtenstein in der OKP das Instrument der Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte eingeführt (vgl. die Kapitel 2.2 und 3.1 für eine ausführliche Darstellung). Die Bedarfsplanung legt Maximalzahlen der Leistungserbringer nach Facharztgruppen fest, die in der OKP abrechnen dürfen. Für die Versicherten besteht freie Wahl unter den für die OKP zugelassenen Leistungserbringern. Die Krankenkassen müssen neben der OKP aber seit 2014 eine erweiterte OKP anbieten, in welcher zusätzlich die Kosten für Behandlungen bei nicht zur OKP zugelassenen Leistungserbringern gedeckt sind. Versicherte, welche die erweiterte OKP wählen, zahlen einen Aufschlag auf ihre monatliche Prämie. Dieser wird nach Anhörung des Liechtensteinischen Krankenkassenverbands [LKV] durch die Regierung per Verordnung festgesetzt und ist damit unabhängig von der gewählten Franchise und dem jeweiligen Krankenversicherer. Aktuell beträgt der monatliche Zuschlag für Erwachsene 40 Franken, für Jugendliche 20 Franken und für Kinder 10 Franken. Im Jahr 2018 wählten 28% der Versicherten die erweiterte OKP (Amt für Statistik, 2019a).

Im KVG ist zudem die Möglichkeit einer weiteren Versicherungsform vorgesehen, welche die Wahlmöglichkeit der Versicherten noch stärker beschränken würde. Namentlich kann der LKV mit Leistungserbringern, welche sich zu einem Versorgungsnetz zusammengeschlossen haben, einen Versorgungsvertrag abschliessen, bei welchem die Leistungserbringer eine Kostenmitverantwortung übernehmen. Alle zugelassenen Krankenversicherer wären in der Folge dazu verpflichtet, ein Versicherungsmodell anzubieten, bei welchem die Versicherten sich verpflichten, alle Leistungen der OKP im Rahmen dieses Versorgungsnetzes zu beziehen. Im Gegenzug können die Krankenversicherer die Prämien dieser Versicherten im Umfang der erzielten Kosteneinsparungen reduzieren. Bislang hat der LKV keine solchen Versorgungsverträge abgeschlossen.⁷

Im Vergleich dazu besteht in der Schweiz bei den niedergelassenen Ärzten keine eigentliche Bedarfsplanung.⁸ Jeder zugelassene Arzt ist demnach berechtigt, über die obligatorische Krankenversicherung abzurechnen. Demgegenüber haben aber die Krankenversicherer bei der Ausgestaltung von Versicherungsverträgen einen grösseren Gestaltungsspielraum als in Liechtenstein. Neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung können sie Versicherungsverträge anbieten, welche die Wahl des Leistungserbringers einschränken oder die Höhe der Prämie vom Leistungsbezug im Vorjahr abhängig machen⁹. Die konkrete Ausgestaltung dieser Versicherungsverträge obliegt dabei dem einzelnen Krankenversicherer. Im Jahr 2018 haben rund 72% der Schweizer Versicherten einen solchen Versicherungsvertrag gewählt (vgl. (Bundesamt für Gesundheit,

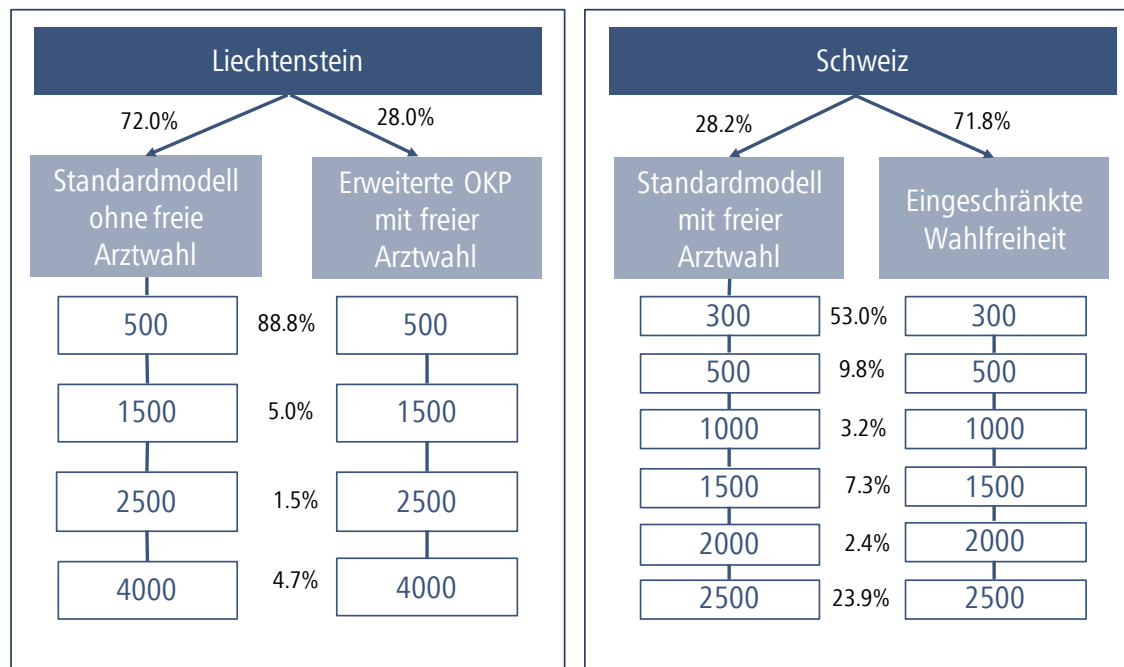
⁷ Laut dem Geschäftsführer des LKV ist das Interesse der Krankenversicherer an solchen Versorgungsverträgen begrenzt, da sie diese nicht selber aushandeln können und diese damit keine Möglichkeit darstellen, sich im Wettbewerb von den anderen Krankenversicherern abzuheben (Gespräch mit T. Hasler, Geschäftsführer LKV, vom 18. März 2019).

⁸ Es ist zwar so, dass die Kantone die Zulassung zur Tätigkeit für die OKP einschränken können, dies gilt aber nur für Ärzte, welche nicht für mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren. In der Praxis hat dieser sogenannte «Zulassungsstopp» daher vor allem dazu geführt, dass junge Ärzte länger am Spital bleiben (Schoch, 2014).

⁹ Diese sogenannte BONUS-Versicherung ist in der Praxis nicht attraktiv und wurde im Jahr 2018 von lediglich 0.04% der Schweizer Versicherten gewählt (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

2019)). Im Gegenzug für die eingeschränkte Wahlfreiheit erhalten die Versicherten einen Prämiennrabbatt.

Abbildung 1 OKP Vergleich Liechtenstein Schweiz 2018



In Liechtenstein muss für die freie Arztwahl eine Zuzahlung geleistet werden («Erweiterte OKP»), während in der Schweiz bei Verzicht auf die freie Arztwahl («Eingeschränkte Wahlfreiheit») ein Prämiennrabbatt gewährt wird. Der Anteil der Versicherten, welche sich für ein Modell mit vollständig freier Arztwahl entschieden hat, ist in beiden Ländern nahezu identisch (28% vs. 28.2%). In Liechtenstein besteht die Wahl zwischen vier Franchisestufen, wobei sich rund 89% der Versicherten für die ordentliche Franchise von 500 CHF entschieden hat. In der Schweiz bestehen neben der ordentlichen Franchise fünf Wahlfranchisen, wobei nur etwas mehr als die Hälfte der Versicherten die ordentliche Franchise gewählt hat.

Quelle: Amt für Statistik (2019a) und Bundesamt für Gesundheit (2019), eigene Darstellung.

Abbildung 1 veranschaulicht die Unterschiede zwischen Liechtenstein und der Schweiz. In Liechtenstein wählt im Jahr 2018 die überwältigende Mehrheit der Versicherten (89%) die ordentliche Franchise und verzichtet auf einen Prämiennrabbatt zu Lasten eines höheren Selbstbehaltes.¹⁰ In der Schweiz wählen hingegen nur etwas mehr als die Hälfte der Versicherten die ordentliche Franchise. Grund dafür sind allenfalls die im Vergleich zur Schweiz niedrigeren Prämien und der Finanzierungbeitrag des Arbeitgebers (vgl. Kapitel 2.3). Im Hinblick auf die freie Arztwahl verfolgen Liechtenstein und die Schweiz einen gegensätzlichen Ansatz. In Liechtenstein muss für die freie Arztwahl eine Zuzahlung geleistet werden, während in der Schweiz bei Verzicht auf die freie Arztwahl ein Rabatt gewährt wird. Gleichwohl ist der Anteil der Versicherten, welche sich für ein Modell mit vollständig freier Arztwahl entschieden hat, in beiden Ländern nahezu identisch.

¹⁰ Das Durchschnittsalter ist über alle Franchisen weitgehend konstant (rund 40 Jahre). Hingegen ist der Frauenanteil bei den Wahlfranchisestufen (um 39%) deutlich geringer als bei der ordentlichen Franchise (52%) (Amt für Statistik, 2019a, LKV Datenpool 2019).

Risikoausgleich

In einem Krankenversicherungssystem mit risikounabhängigen Einheitsprämien besteht für die Krankenversicherer grundsätzlich ein Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. In Liechtenstein ist daher, wie auch in der Schweiz, der Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen ein wichtiger Grundpfeiler des Systems des regulierten Wettbewerbs in der OKP. Der Risikoausgleich sorgt dafür, dass Krankenversicherer mit einer guten Risikostruktur ihrer Versicherten Ausgleichszahlungen an die Versicherer mit einer schlechten Risikostruktur bezahlen. Durch diese Risikoausgleichszahlungen wird versucht, die Risikoselektionsanreize unter den Krankenversicherern zu vermindern, die durch die risikounabhängige Kopfprämie entstehen. Um diese Ausgleichszahlungen zu berechnen, wird mittels Morbiditätsindikatoren das Kostenrisiko des Versichertenkollektivs der Krankenversicherer approximiert. Je genauer das Risikoausgleichsmodell die erklärbaren und vorhersehbaren Kostenunterschiede zwischen Versichertengruppen prognostizieren kann, desto geringer werden die Anreize, Risikoselektion zu betreiben.

Das Risikoausgleichsmodell in der Schweiz umfasst im Jahr 2019 die Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht, Wohnkanton, Spital/Pflegeheimaufenthalt-im-Vorjahr sowie Arzneimittelkosten-im-Vorjahr. Letzterer wird 2020 durch den Indikator pharmazeutische Kostengruppen (PCG) ersetzt. Dies erlaubt die Kostenfolgen gewisser chronischer Krankheiten besser abzubilden, wodurch sich das Risikoausgleichsmodell massgebend verbessern wird. In Liechtenstein beschränkt sich das Risikoausgleichsmodell auf die Morbiditätsindikatoren Alter und Geschlecht.¹¹ Die geringe Versichertenzahl in Liechtenstein beschränkt die Ausgestaltung des Risikoausgleichsmodells, da die Kostengewichte bei zu vielen Morbiditätsfaktoren nicht mehr zuverlässig berechnet werden können.

Im Jahr 2018 musste die Swica 939 CHF pro Versicherter in den Risikoausgleich einzahlen, wohingegen die FKB 150 CHF pro Versicherter und die Concordia 34 CHF pro Versicherter aus dem Risikoausgleich erhielten (Amt für Gesundheit, 2019). Gemäss diesen Zahlen weisen die Versicherten der Swica ein geringeres Krankheitsrisiko betreffend den Morbiditätsindikatoren Alter und Geschlecht auf als die Versicherten der anderen Krankenversicherer. Tendenziell ist also der Anteil an jungen, gesunden und männlichen Versicherten bei der Swica grösser.

Exkurs Freiwillige Versicherung

Die Krankenversicherer können für Personen, welche in Liechtenstein eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben, zusätzlich eine sogenannt freiwillige Versicherung für Leistungen anbieten, die über den Rahmen dieser Pflichtversicherung hinausgehen. In der Ausgestaltung dieser Leistungen sowie einer allfälligen Kostenbeteiligung der Versicherten sind die Krankenkassen frei. Ebenso besteht im Unterschied zur OKP keine Aufnahmepflicht. Namentlich kann für die Aufnahme in eine freiwillige Versicherung eine Altersgrenze vorgesehen werden, oder es können bestehende Krankheiten durch einen Vorbehalt von der Versicherungsleistung ausgeschlossen werden, wobei dieser Vorbehalt allerdings nach spätestens fünf Jahren entfällt.

Die Prämienfestsetzung unterliegt hingegen gewissen Einschränkungen. Diese dürfen weder nach dem Alter noch nach dem Geschlecht abgestuft werden. Erlaubt ist aber eine Abstufung der Prämien nach dem Eintrittsalter. Im Gegensatz dazu dürfen die Prämien für Zusatzversicherungen zur OKP in der Schweiz nach dem Lebensalter abgestuft werden.

¹¹ Vgl. Art. 19 KVV.

Im Jahr 2016 verfügten rund 89% der in Liechtenstein obligatorisch versicherten Personen über mindestens eine freiwillige Versicherung für ambulante oder stationäre Leistungen. Im Jahr 2007 waren es noch rund 98% der Versicherten gewesen. Der Grund für diesen starken Rückgang sieht die Regierung des Fürstentums Liechtenstein in der Abstufung der Prämien nach Eintrittsalter. Der Grossteil der Versicherten bezahlt heute die Prämien für das Eintrittsalter 26-35 Jahre. Da der Versichertenbestand mit diesem Eintrittsalter stetig älter wird, müssen die Prämien dieser Stufe fortlaufend angehoben werden, um die Kosten zu decken. Für junge Versicherte wird der Abschluss einer solchen freiwilligen Versicherung damit immer unattraktiver (Regierung des Fürstentum Liechtensteins, 2018).

2.2 Leistungserbringer

Zulassungsbedingungen

Die Voraussetzung und das Verfahren zum Erlangen einer Berufsausübungsbewilligung im liechtensteinischen Gesundheitswesen sind im Gesundheitsgesetz und der dazugehörigen Verordnung geregelt.¹² In den allermeisten Fällen bezieht sich die Verordnung auf schweizerische Aus- und Weiterbildungen. So erfüllen beispielsweise Apotheker die fachliche Eignung, sofern sie einen entsprechenden Abschluss an einer Universität oder Hochschule in der Schweiz oder in einem Vertragsstaat des EWR nachweisen können. Betreffend die Chiropraktiker stützt sich die Verordnung sogar auf die Verordnung des Departements des Innern (EDI) über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen.

Die Gesundheitsverordnung regelt ebenfalls die Anerkennung ausländischer Ausbildungsnachweise. Gemäss der Richtlinie 2005/36/EG bestehen in der EU für die Berufe Ärzte, Apotheker, Hebamme, Krankenpfleger und Zahnarzt einheitliche Ausbildungsstandards. Entsprechend werden europäische Ausbildungsnachweise dieser Berufe in Liechtenstein anerkannt. Für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen die von der Schweiz ausgestellt beziehungsweise anerkannt wurden, gilt die Vaduzer Konvention. Diese regelt die Bedingungen zur gegenseitigen Anerkennung von Berufsabschlüssen. Im Wesentlichen werden in den jeweiligen Ländern anerkannte Berufsabschlüsse auch im anderen Vertragsstaat anerkannt.

Bedarfsplanung

Liechtenstein kennt sowohl in der ambulanten wie auch der stationären Versorgung eine Bedarfsplanung. Im ambulanten Sektor besteht diese aktuell für niedergelassene Ärzte, Chiropraktiker und nichtärztliche Psychotherapeuten. Die Regierung kann auf Basis einer Verordnung auch für weitere Berufsgruppen eine Bedarfsplanung einführen. Ausschlaggebend für die Einführung der Bedarfsplanung war der Beitritt Liechtensteins zum EWR und die damit verbundene Personenfreizügigkeit. Es wurde befürchtet, dass durch den Zuzug von Ärzten aus dem EWR-Raum im ambulanten Bereich ein Überangebot entsteht. Aufgrund der Personenfreizügigkeit ist es nicht möglich, die Tätigkeit als Arzt als solches zu beschränken, die Zulassung zur Abrechnung für die OKP kann hingegen gesteuert werden (vgl. auch Abschnitt 3.1).

¹² Ausgenommen davon ist die Ärzteschaft, deren Bewilligungsvoraussetzungen und -verfahren im Ärztegesetz geregelt sind.

Die Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte besteht seit 2004 und wird von der liechtensteinischen Ärztekammer und dem Krankenkassenverband LKV¹³ gemeinsam erstellt und der Regierung zur Genehmigung vorgelegt. Sie legt Maximalzahlen der Leistungserbringer nach Facharztgruppen fest, die in der OKP abrechnen dürfen. Leistungserbringer können sich auf die offenen Stellen bewerben und werden aufgrund vordefinierter Kriterien ausgewählt. Die Stellen werden entweder mit einem 50 oder einem 100 Prozent Pensum vergeben. Eine Erneuerung der Bedarfsplanung als Ganzes wurde zuletzt 2017 durchgeführt. Seitdem sind insgesamt 79 Stellen vorgesehen, 32 für Grundversorger und 47 für Spezialärzte der verschiedenen Fachrichtungen (Regierung des Fürstentum Liechtensteins, 2017).¹⁴ Im Jahr 2004 waren es 71 Stellen, 30 Grundversorger und 41 Spezialisten (Regierung des Fürstentum Liechtensteins, 2004). Die ärztliche Versorgungsdichte ist damit konstant bei 2 Ärzten pro 1'000 Einwohner geblieben. Mit der Erneuerung der Bedarfsplanung im Jahr 2017 wurde diese zudem verschärft. Davor war eine Abrechnung über die OKP auch dann möglich, wenn ein Arzt mit OKP-Zulassung Patienten an einen Arzt ohne eine solche Zulassung überwies. Derartige Überweisungen sind nun nur noch in Ausnahmefällen möglich.¹⁵

Bei den nichtärztlichen Psychotherapeuten geht die Bedarfsplanung auf das Jahr 2008 zurück. Sie wird gemeinsam durch den Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtenstein und dem Krankenkassenverband LKV erstellt und der Regierung zur Genehmigung vorgelegt. Die Auswahl der Bewerber erfolgt wie bei den Ärzten auf Basis einer Reihe vordefinierter Kriterien. Aktuell sind acht Stellen im Bereich Psychotherapie für Erwachsene sowie drei Stellen im Bereich Psychotherapie für Kinder und Jugendliche vorgesehen. Der Bedarf wird regelmässig im Abstand von zwei Jahren durch die Verbände überprüft. Der LKV hat zudem Verträge mit psychiatrischen Tageskliniken abgeschlossen (LKV & BPL, 2016; Regierung des Fürstentum Liechtensteins, 2018).

Im stationären Sektor wird die Bedarfsplanung nicht durch den LKV, sondern durch die Regierung durchgeführt. Sie umfasst die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. In der Akutsomatik baut die Versorgung auf zwei Pfeiler auf. Für die Grundversorgung der liechtensteinischen Bevölkerung hat die Regierung ein Leistungsauftrag an das Liechtensteinische Landespietral vergeben, welches sich seit dem Jahr 2004 und der Übernahme von der Gemeinde Vaduz im Besitz des Landes befindet. Daneben schliesst die Regierung Verträge mit schweizerischen und österreichischen Spitaler ab, um eine umfassende Grund- und spezialisierte Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen. Im Bereich Psychiatrie und Rehabilitation verfügt Liechtenstein über keine eigenen Kliniken und stellt eine angemessene Versorgung daher vollständig über Verträge mit Schweizer, deutschen und österreichischen Spitalern sicher.

Tarifierung

Bei der Abgeltung der Leistungserbringer orientiert sich Liechtenstein grundsätzlich stark an der Schweiz. Für die Aushandlung der Tarifverträge ist der LKV zuständig. Vertragspartner sind im ambulanten Bereich die Verbände der Berufsgruppen. Anders als in der Schweiz ist es für die Krankenversicherer daher nicht möglich, unterschiedliche Tarifverträge mit einzelnen Leistungserbringern abzuschliessen. Für die Einführung neuer Abrechnungsmodelle sind sie damit immer

¹³ Alle in Liechtenstein tätigen Krankenversicherer gehören von Gesetzes wegen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband an (Art. 3 KVG).

¹⁴ Dazu kommen drei Übergangsstellen, welche nach der Pensionierung des Stelleninhabers nicht neu besetzt werden. Unter die Grundversorgung fällt die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin.

¹⁵ Gespräch mit T. Hasler, Geschäftsführer LKV, vom 6. Juni 2019.

auf ein Interesse des gesamten Leistungserbringerverbandes angewiesen. Der LKV wäre beispielsweise im Bereich der Augenheilkunde an der Aushandlung einer Fallpauschalen für Kataraktoperationen interessiert, stösst damit beim Ärzteverband derzeit aber nicht auf Interesse.¹⁶ In der Schweiz wäre es den Krankenversicherern hingegen möglich, mit den Augenärzten direkt eine solche Pauschale auszuhandeln, ohne dass der Ärzteverband beteiligt ist.¹⁷

Für ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich gilt die gesamtschweizerische Tarifstruktur, wobei die Regierung mittels Verordnung Abweichungen beschliessen kann.¹⁸ Die Abrechnung erfolgt somit aktuell nach dem TARMED. Die Höhe des Taxpunktswerts beruht auf einer Vereinbarung zwischen dem LKV und der Liechtensteinischen Ärztekammer und entspricht mit 0.83 Franken pro Taxpunkt demjenigen der Tarifregion Ostschweiz (LKV & Liechtensteinische Ärztekammer, 2019). Eine Abrechnung nach dem jeweiligen Schweizer Tarifvertrag erfolgt auch für die Logopäden, Ergotherapeuten¹⁹, Hebammen, Physiotherapeuten und Chiropraktiker²⁰. Eigene Tarifverträge bestehen hingegen für die Ernährungsberater²¹, die medizinischen Masseure, die Naturheilkunde²² und die Psychotherapeuten. Letztere können in Liechtenstein im Unterschied zur Schweiz direkt über die OKP abrechnen.

Bei der Abgeltung der stationären Leistungen übernimmt Liechtenstein für das Landesspital ebenfalls das Schweizer Tarifsysteem SwissDRG. Bei stationären Einrichtungen mit Standort im Ausland kommt in der Regel jeweils der Tarif des Standortlandes zur Anwendung. Teilweise leistet Liechtenstein auch einen Beitrag an die Infrastruktur (z. B. Stiftung Maria Ebene) oder die universitäre Lehre und Forschung (z. B. Kantonsspital St. Gallen). Bei den Schweizer Akutspitälern erfolgt die Abrechnung somit nach SwissDRG, wobei die Verhandlung des Basispreises in der Kompetenz des LKV liegt. Unklar ist allerdings, wer im Falle einer Nicht-Einigung bei Tarifverhandlungen zwischen dem LKV und Schweizer Spitälern Entscheidungsinstanz wäre. Bei Verhandlungen zwischen den Schweizer Krankenversicherern und den Spitälern sind die Kantone zuständig. Diese haben in Liechtenstein aber naturgemäss keine Weisungsbefugnis.

Im Arzneimittelbereich orientiert sich Liechtenstein ebenfalls stark an der Schweiz (vgl. Kapitel 3.4). Es gilt die vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassene Arzneimittel- und Spezialitätenliste, d. h. die Preise für Arzneimittel werden nicht selber festgelegt. Ebenso wird die Medikamentenabgabe gleich wie in der Schweiz vergütet (AVFL & LKV, 2005). Apotheker und selbstdispensierende Ärzte können auf den Fabrikabgabepreis des Medikamentes eine vorgegebene Vertriebsmarge erheben. Diese besteht einerseits aus einem fixen, nach Preisspannen abgestuften Frankenbetrag pro Packung und andererseits einem preisbezogenen Zuschlag auf den Fabrikabgabepreis von bis zu 12%.²³ Die Apotheker können zusätzlich auch bestimmte Beratungsleistungen in Rechnung stellen (Art. 52a KVV).

¹⁶ Gespräch mit T. Hasler, Geschäftsführer LKV, vom 6. Juni 2019.

¹⁷ In der Schweiz finden in Bezug auf die Einführung von Fallpauschalen für bestimmte ambulante Eingriffe aktuell Verhandlungen zwischen santésuisse und der FMCH statt. Sollten entsprechende Anpassungen am TARMED vorgenommen werden, würde Liechtenstein diese voraussichtlich übernehmen (Auskunft E. Mödlaß vom 23. Oktober 2019).

¹⁸ Art. 16c KVG. Bislang wurden keine solchen Abweichungen beschlossen.

¹⁹ Es gilt der Taxpunktswert des Kantons St. Gallen.

²⁰ Es gilt der Taxpunktswert des Kantons St. Gallen.

²¹ Der Tarifvertrag orientiert sich stark an der Schweiz. Die Sitzungspauschale verringert sich in Liechtenstein aber erst ab der 13. Konsultation während dies in der Schweiz bereits ab der 7. Konsultation der Fall ist. Zudem ist der Taxpunktswert in Liechtenstein höher.

²² Die Naturheilkunde ist lediglich im Bereich der Akkupunktur Teil der OKP. Für die Abrechnung ist eine ärztliche Überweisung nötig.

²³ Art. 38 Schweizer Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

Qualitätssicherung

Die Leistungen in der OKP sollen einerseits das Prinzip der Wirtschaftlichkeit erfüllen und andererseits in hoher Qualität erbracht werden. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit fällt in die Kompetenz des LKV. Die einzelnen Krankenversicherer müssen dem LKV zu diesem Zweck detaillierte Daten liefern. Ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei einer Behandlung nicht erfüllt, kann die Vergütung verweigert werden. Der LKV erstattet der Regierung über das Ergebnis der Überprüfung Bericht.

Zur Qualitätssicherung schliesst der LKV mit den verschiedenen Berufsverbänden Qualitätsvereinbarungen ab. Spezifiziert werden Vorgaben betreffend die Ausgestaltung der Praxisräumlichkeiten, einer Messung der Patientenzufriedenheit und der Auswertung von allfälligen Beschwerden, die Patientendokumentation sowie den Umfang und die Ausgestaltung der Weiterbildung. Für manche Berufsgruppen, z. B. die Logopäden, sind die Vereinbarungen des entsprechenden schweizerischen Berufsverbandes massgeblich. Das Landesspital ist Mitglied des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), was einen Qualitätsvergleich mit den Schweizern Akutspitälern ermöglicht.

Liechtenstein ist zudem Mitglied des Swiss Medical Boards, welches mittels sogenannter Health Technology Assessments (HTA) die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen evaluiert. Die Empfehlungen des Swiss Medical Boards sind nicht-bindend, sie können aber bei der Festlegung des OKP-Leistungskatalogs berücksichtigt werden oder in die Leitlinien der Fachärztesellschaften einfließen. Den liechtensteinischen Ärzten steht die Mitgliedschaft in den Schweizer Fachärztesellschaften offen.

Die Qualitätssicherung in der Schweiz stützt sich zum einen ebenfalls auf den Abschluss von Qualitätsvereinbarungen mit den Leistungserbringern und der für Listenspitäler verpflichtenden Teilnahme an den Qualitätsmessungen des ANQ. Zum anderen finanziert das BAG seit 2012 vier nationale Programme zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit, welche durch die Stiftung für Patientensicherheit umgesetzt werden. Diese umfassen die sichere Chirurgie (Checkliste im Operationssaal), die Medikationssicherheit bei Schnittstellen im Akutspital (Medikationsabgleich beim Spitaleintritt), Sicherheit bei Blasenkathetern (Reduktion unnötiger Kathetertage) sowie die Medikationssicherheit in Pflegeheimen (Vermeidung Polymedikation, altersgerechte Medikamente). Im Juni 2019 hat das Schweizer Parlament zudem der Schaffung einer eidgenössischen Kommission zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen zugestimmt. Diese soll aus Vertretern der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Patientenorganisationen und Experten zusammengesetzt werden. Die Kommission soll die Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren sowie die Durchführung von Studien und Programmen zur Qualitätsentwicklung fördern (NZZ, 2019).

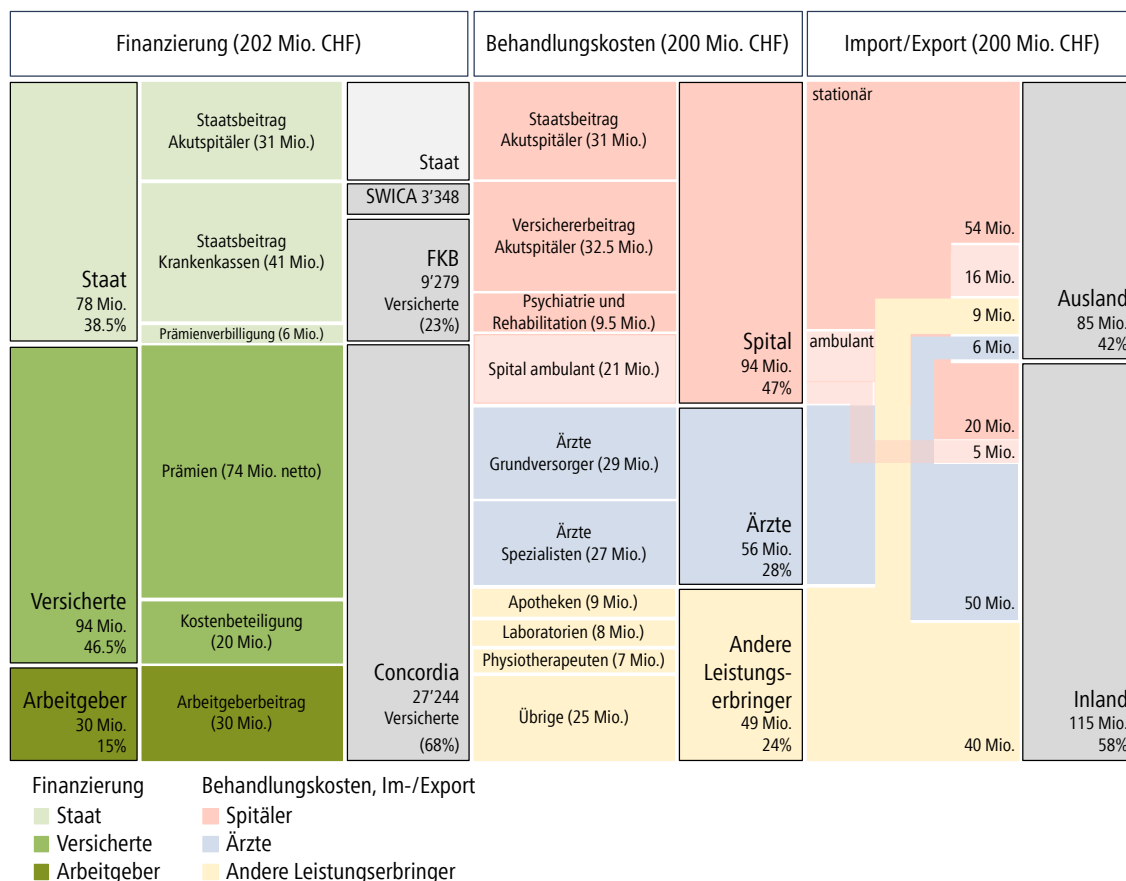
2.3 Finanzierung und Kostenentwicklung

Finanzierung

Die Leistungen der OKP werden durch die Versicherten, die Arbeitgeber und den Staat finanziert (vgl. Abbildung 2). Rund die Hälfte der Kosten werden im Jahr 2018 durch die Versicherten getragen. Einerseits in Form der monatlichen Prämiegelder, andererseits über die Kostenbeteiligung, deren Höhe von den bezogenen Gesundheitsleistungen abhängt. Die Arbeitgeber übernehmen die Hälfte der Prämie ihrer Angestellten und damit rund 15% der Gesamtkosten. Der Beitrag des Arbeitgebers richtet sich dabei nicht nach der tatsächlich bezahlten Prämie einer versicherten Person, sondern nach dem Landesdurchschnitt der Prämien, welcher jeweils jährlich durch das

Amt für Gesundheit bekannt gegeben wird. Demnach bezahlen alle Arbeitgeber pensumsbereinigt einen einheitlichen Betrag für jeden Arbeitnehmer.

Abbildung 2 Finanzierungsströme in der OKP im Jahr 2018²⁴



Die Leistungen der OKP werden durch die Versicherten (46.5%), die Arbeitgeber (15%) und den Staat (38.5%) finanziert. 47% der Kosten entfallen auf die stationären Leistungserbringer, 28% auf die niedergelassenen Ärzte und 24% auf andere Leistungserbringer. Rund 42% der Bruttoleistungen werden von ausländischen Leistungserbringern erbracht, wobei hier der grösste Teil auf ausländische Spitäler entfällt.

Quelle: Amt für Statistik (2019a), LKV Datenpool 2018, Regierung des Fürstentums Liechtenstein (2019a), eigene Darstellung.

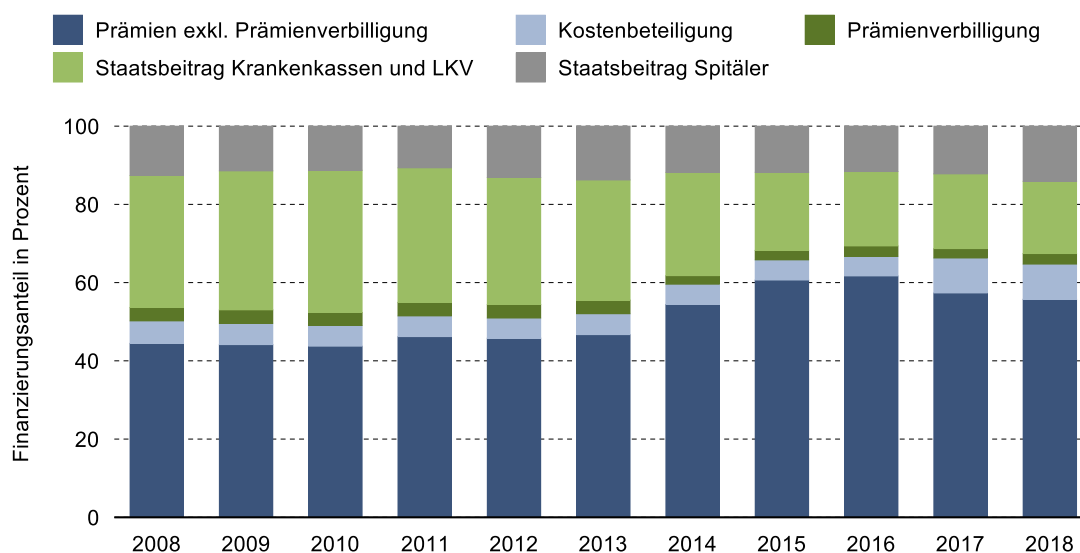
Der Staat beteiligt sich an den Kosten der OKP auf vier Arten und trägt insgesamt rund 38.5% der Gesamtkosten. Er leistet einen Staatsbeitrag an die Krankenkassen, der sich aus der Übernahme von 90% der Kosten für den Leistungsbezug von Kindern und einem fixen Beitrag an die Hochkostenversicherung zusammensetzt. Er entlastet einkommensschwache Versicherte im Rahmen der Prämienvorbereitung, wobei im Unterschied zur Schweiz nicht nur ein Beitrag an die Versicherungsprämien, sondern auch an die Kostenbeteiligung der Versicherten geleistet wird. Die Auszahlung erfolgt an die Versicherten selber und nicht direkt an die Krankenversicherer, wie das in manchen Schweizer Kantonen der Fall ist. Weiter übernimmt der Staat 55% der Kosten

²⁴ Die Differenz von zwei Millionen Franken zwischen der Finanzierungs- und Kostenseite entsteht einerseits aufgrund unterschiedlicher Datenquellen respektive Erfassungs- und Rundungsdifferenzen und andererseits der Veränderung der Reserven der Krankenversicherer.

stationärer Leistungen bei einer Behandlung in einem Schweizer oder liechtensteinischen Vertragsspital (50% in einem österreichischen), welches ein regionaler Grundversorger ist²⁵. Bei einer Behandlung in einer Spezialklinik wird hingegen, auch wenn diese ein Vertragsspital ist, kein Beitrag geleistet. Insgesamt erhielten im Jahr 2017 neun der 28 Vertragspartner einen Staatsbeitrag (Bericht Regierung 2018).²⁶ Schliesslich leistet der Staat einen jährlichen Beitrag an das Landesspital zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen.²⁷

Der staatliche Anteil an der Finanzierung der OKP hat sich in den letzten Jahren reduziert (vgl. Abbildung 3). Während er im Jahr 2008 noch bei rund 50% lag, beträgt er im Jahr 2018 nur noch 35%. Eine Reduktion erfolgte insbesondere in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund des staatlichen Sparprogrammes. Gestiegen ist hingegen die Kostenbeteiligung von 5.8% im Jahr 2008 auf rund 9% im Jahr 2018. Dieser Anstieg ist im Wesentlichen auf die Erhöhung der Franchisen und des prozentualen Selbstbehaltes im Jahr 2017 zurückzuführen.

Abbildung 3 Finanzierungsanteile OKP 2008 bis 2018



Der Finanzierungsanteil des Staates hat sich von einem Wert von rund 50% im Jahr 2008 auf einen Anteil von 35% im Jahr 2018 reduziert. Angestiegen ist hingegen die Kostenbeteiligung der Versicherten. Dies geht im Wesentlichen auf die Erhöhung der Franchisen im Jahr 2017 zurück.

Quelle: Amt für Statistik (2019b), eigene Darstellung.

Das schweizerische Finanzierungssystem unterscheidet sich vom liechtensteinischen einerseits in Bezug auf die Rolle des Staates und andererseits darin, dass die Arbeitgeber keinen Kostenbeitrag leisten. Die Kantone beteiligen sich an den Kosten der OKP einzig über Prämienverbilligungen, Beiträge an die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie einer Kostenübernahme von 55% bei

²⁵ Der Staat übernimmt 55% (50% in Österreich) der Behandlungskosten der folgenden Spitäler: Landespitale Liechtenstein, Spital Grabs, Spital Walenstadt, Kantonsspital Graubünden, Kantonsspital St. Gallen, Landeskrankenhaus Feldkirch, Landeskrankenhaus Rankweil.

²⁶ Vor dem Jahr 2018 wurden bei einer Behandlung im Landesspital nur 23% der Kosten durch den Staat übernommen (Regierung des Fürstentum Liechtensteins, 2018).

²⁷ Im Jahr 2017 hat das Landesspital vom Staat zudem Geld für den Sanierungsaufwand sowie eine Sonderzahlung zur Überbrückung eines Liquiditätsengpasses erhalten.

stationären Behandlungen. Es wird kein direkter Beitrag an die Krankenversicherer geleistet und die Kostenübernahme im stationären Sektor erstreckt sich auf alle Listenspitäler, d. h. es wird kein Unterschied zwischen Grundversorgern und Spezialkliniken gemacht.

Aktuell diskutiert die Schweiz intensiv über die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Die Vereinheitlichung des durch die Kantone getragenen Behandlungskostenanteils hat zum Ziel, Fehlanreize im System betreffend die Mehrfachrolle der Kantone zu verringern. Weiter wird sie als Grundlage für die konsequente Umsetzung der Strategie «ambulant vor stationär» gesehen. Das Ziel dieser Strategie ist es, wenn immer möglich aktuell stationär durchgeführte Behandlungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein erachtet einen Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung im Hinblick auf die Kostentransparenz und die Anreizwirkung ebenfalls als wünschenswert. Aus Praktikabilitätsgründen und damit in Bezug auf das Landesspital der Kostenvergleich mit der Schweiz weiterhin möglich ist, hat die Regierung bei der letzten KVG-Revision aber auf eine diesbezügliche Änderung der Finanzierung verzichtet (Regierung des Fürstentum Liechtensteins, 2018).

Exkurs Prämienverbilligung

Sowohl Liechtenstein als auch die Schweizer Kantone leisten einen Beitrag an die Prämienzahlungen von Haushalten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.²⁸ Die konkrete Ausgestaltung der Prämienverbilligung obliegt in der Schweiz den Kantonen. Der Bund gibt lediglich vor, dass bei anspruchsberechtigten Haushalten die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligt werden müssen.²⁹ Das massgebende Einkommen für den Erhalt einer Prämienverbilligung unterscheidet sich sodann sowohl in der Art der Berechnung wie auch in der Höhe stark zwischen den einzelnen Kantonen. In der Regel wird aber die Einkommensobergrenze für den Bezug einer Prämienverbilligung nach dem Zivilstand und der Anzahl Kinder abgestuft. In Liechtenstein zahlen Kinder keine Krankenversicherungsprämien, die Abstufung erfolgt daher einzig nach dem Zivilstand und dem Einkommen. Im Grundsatz erhalten in Liechtenstein alle Kinder eine hundertprozentige Prämienverbilligung. Ein Vergleich der Bezügerquote und der durchschnittlich erhaltenen Prämienverbilligung zwischen Liechtenstein und der Schweiz ist daher wenig aussagekräftig.

Um einen Eindruck der relativen Prämienbelastung von Haushalten mit niedrigen Einkommen (und Vermögen) zu erhalten, ist vielmehr ein Vergleich von unterschiedlichen Modellhaushalten zielführend. Abbildung 4 vergleicht die Prämienbelastung zwischen Liechtenstein und den Kantonen Graubünden und St. Gallen für sieben Modellhaushalte. Für Liechtenstein wird dabei sowohl die aktuelle Regelung im Jahr 2019, wie auch die Ausgestaltung der Prämienverbilligung ab 2020 – auf Basis der Referenzprämien 2019 - aufgezeigt.³⁰ Die Abbildung zeigt die Prämienbelastung, den Anteil, den der Haushalt selber tragen muss, die allfällig erhaltene Prämienverbilligung sowie für Liechtenstein den Arbeitgeberbeitrag. Die Modellhaushalte basieren auf dem von Ecoplan (2018) im Auftrag des BAG durchgeführten Monitoring der Wirksamkeit der Prämienverbilligung. Sie unterscheiden sich im Einkommen und Zivilstand sowie

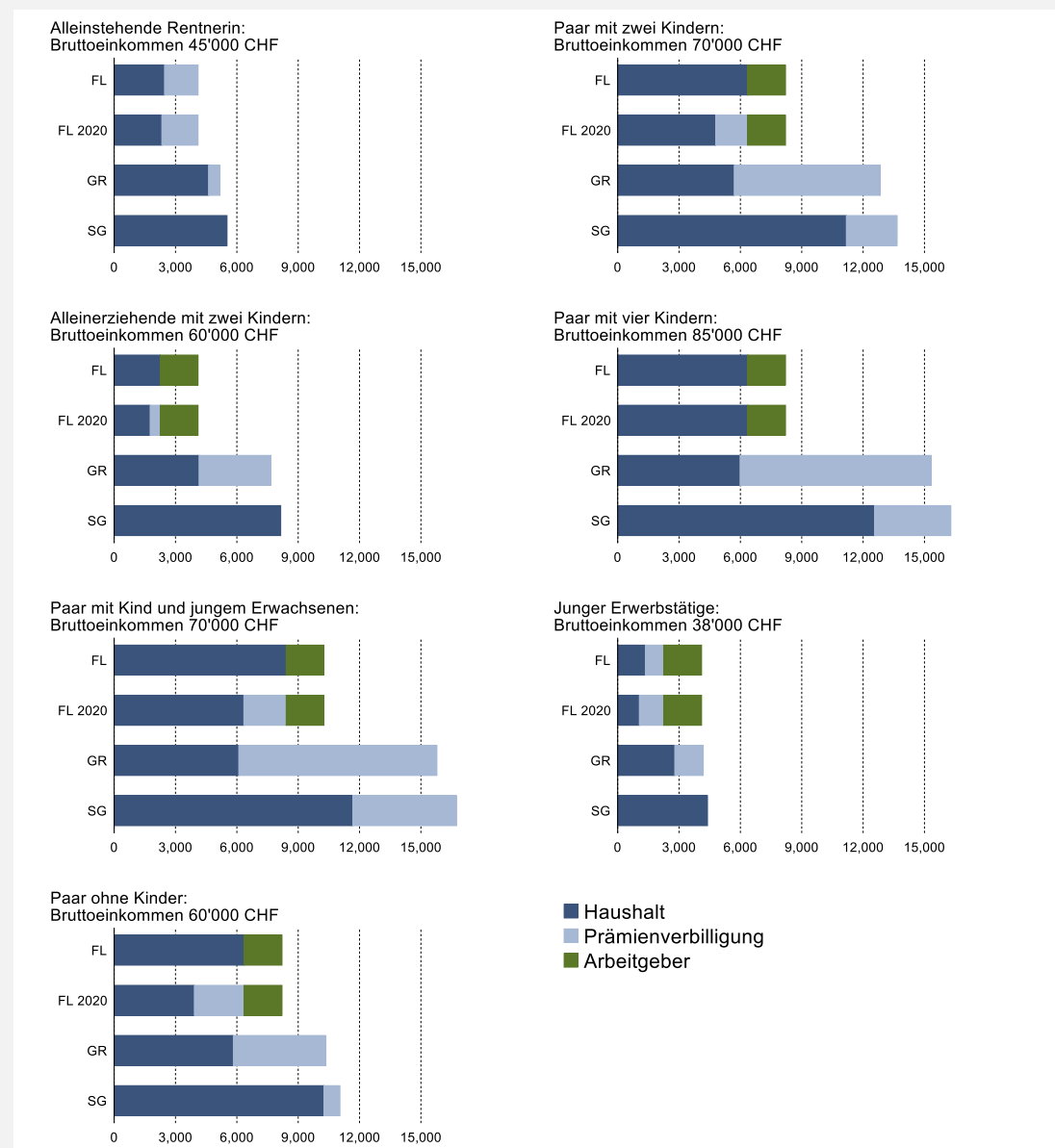
²⁸ In Liechtenstein beteiligt sich der Staat zudem auch an der Kostenbeteiligung von Haushalten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.

²⁹ Ab dem Jahr 2020 müssen die Prämien von Kindern mindestens um 80% und diejenigen von jugendlichen in Ausbildung mindestens um 50% verbilligt werden.

³⁰ Der Kanton St. Gallen plant per 2020 ebenfalls ein Ausbau der Prämienverbilligung. Einerseits soll die Prämienverbilligung von Kindern von 50% auf 80% erhöht werden, andererseits soll die Einkommensobergrenze, welche zum Bezug einer Prämienverbilligung berechtigt angehoben werden. Für den Kanton Graubünden sind derzeit keine geplanten Änderungen bekannt.

bei der Anzahl Kinder (vgl. Tabelle 3 im Anhang für die detaillierte Definition der Modellhaushalte).

Abbildung 4 Vergleich Prämienbelastung 2019
Modellhaushalte Liechtenstein, Graubünden und St. Gallen



Die Abbildung veranschaulicht die Prämienbelastung für sieben Modellhaushalte in Liechtenstein sowie den Kantonen Graubünden und St. Gallen. Für Liechtenstein wird zusätzlich die Auswirkung der Neuregelung der Prämienverbilligung per 2020 veranschaulicht («FL 2020»). In Liechtenstein fällt die Prämienbelastung für Familien insgesamt deutlich geringer aus, weil für Kinder keine Krankenkassenprämien bezahlt werden müssen. Mit der Neuregelung fällt die Prämienverbilligung in Liechtenstein zudem deutlich grösszügiger aus.

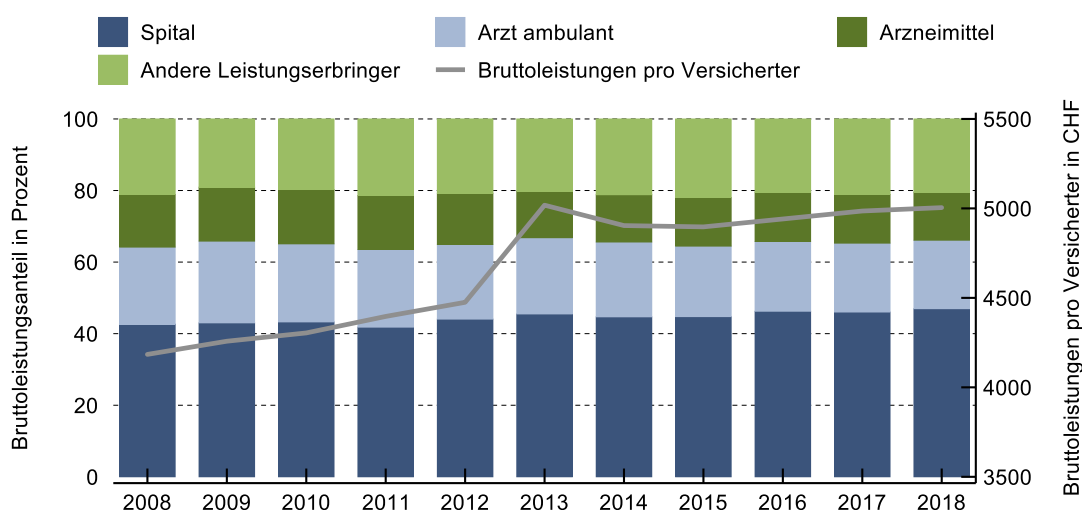
Quelle: In Anlehnung an Ecoplan (2018), eigene Berechnungen und Darstellung.

Die Abbildung zeigt, dass in Liechtenstein die Prämienbelastung für Haushalte mit Kindern insgesamt deutlich geringer ausfällt. Mit der Neuregelung der Prämienverbilligung in Liechtenstein ab 2020 erfolgt zudem ein deutlicher Ausbau der Prämienverbilligung. Einerseits steigt die Einkommensgrenze für das Anrecht auf eine Prämienverbilligung, andererseits wird auch ein grösserer Prozentsatz der Prämie übernommen. Es zeigt sich ferner, dass der Kanton Graubünden die Prämien der Haushalte viel stärker verbilligt als der Kanton St. Gallen.

Kostenentwicklung

Der grösste Teil der Behandlungskosten, rund 47%, entfällt auf die Spitäler (vgl. Abbildung 2). Am wichtigsten sind dabei die stationären Behandlungen in den Akutspitälern (32%), gefolgt von der spitalambulant Versorgung (11%) und den Aufenthalten in psychiatrischen und rehabilitativen Kliniken (5%). An zweiter Stelle stehen die Behandlungskosten bei den niedergelassenen Ärzten, welche rund 28% der Gesamtkosten ausmachen. Dabei entfallen 15% auf die Grundversorger und 14% auf die Spezialisten. Die restlichen 24% entfallen auf weitere Leistungserbringer, wobei hier vor allem die Apotheker (5%), die Laboratorien (4%) und die Physiotherapeuten (4%) ins Gewicht fallen. Abbildung 2 veranschaulicht auch die starke Verflechtung Liechtensteins mit dem Ausland. Rund 42% der Behandlungskosten entfallen auf ausländische Leistungserbringer, wobei es sich hier mehrheitlich um Spitäler handelt.

Abbildung 5 Bruttoleistungsanteile nach Leistungserbringer 2008 bis 2018



Die Bruttoleistungsanteile der verschiedenen Leistungserbringer sind über die Jahre 2008 bis 2018 weitgehend konstant geblieben. Die Bruttoleistungen pro Versicherten haben sich seit 2008 um rund 20% erhöht.

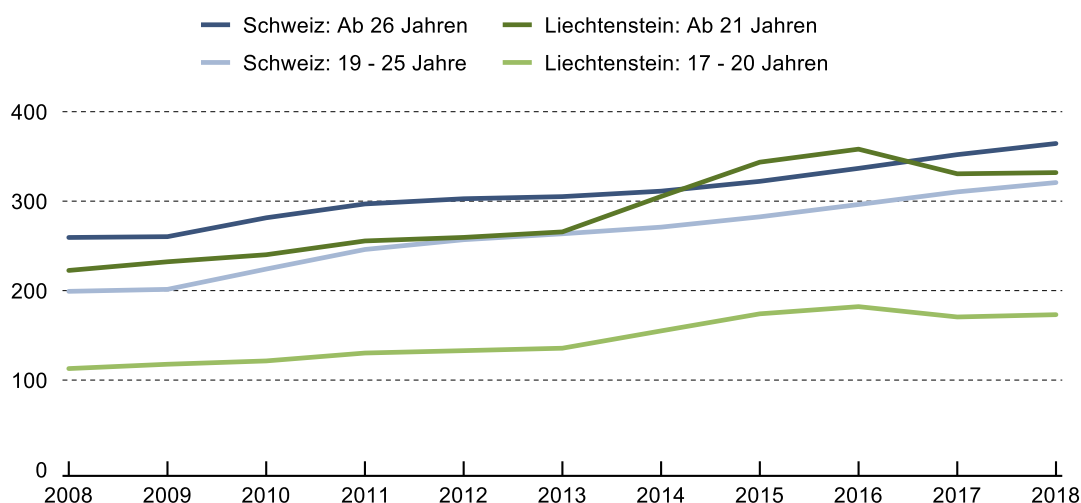
Quelle: Amt für Statistik (2019b), eigene Darstellung.

Der Anteil der verschiedenen Leistungserbringer an den Behandlungskosten ist zwischen 2008 und 2018 weitgehend konstant geblieben (vgl. Abbildung 5). Zugenommen haben hingegen die Kosten, welche pro Versicherten im Jahr 2018 rund 20% höher lagen als im Jahr 2008. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Kostenwachstum von 1.9%. Das starke Wachstum

im Jahr 2013 geht vermutlich auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung Swiss DRG in der Schweiz³¹ und des neuen Arzttarifs in Liechtenstein zurück. Mit der neuen Spitalfinanzierung erfolgte im akutstationären Bereich der Übergang von einer Objekt- zu einer Subjektfinanzierung. Ein Spital muss damit neu alle seine Kosten, d. h. auch Investitionen in die Infrastruktur, über leistungsbezogene Fallpauschalen abdecken. Dies bedeutet, dass bei öffentlichen Spitälern Kosten, welche früher teilweise durch die Kantone übernommen wurden, nun von den (liechtensteinischen) Patienten getragen werden.³²

In der Schweiz sind die Kosten pro Versicherten im gleichen Zeitraum um rund 29% gewachsen. Dies entspricht einem durchschnittlichen Kostenwachstum von 2.7%, wobei ebenfalls im Jahr 2013 ein bedeutender Kostensprung (+6.6%) beobachtet werden kann (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

Abbildung 6 Durchschnittliche monatliche Prämie Liechtenstein und Schweiz 2008 bis 2018



Die durchschnittliche monatliche Prämie ist sowohl in der Schweiz wie auch in Liechtenstein zwischen 2008 und 2018 stark angestiegen. In den Jahren 2015 und 2016 fällt die Durchschnittsprämie für Erwachsene in Liechtenstein höher aus als in der Schweiz. Die Durchschnittsprämie für Jugendliche ist in Liechtenstein hingegen über den gesamten Zeitraum deutlich niedriger, wobei die Definition von Jugendlichen sich zwischen den beiden Ländern unterscheidet.

Quelle: Amt für Statistik (2019b) und Bundesamt für Gesundheit (2019), eigene Darstellung.

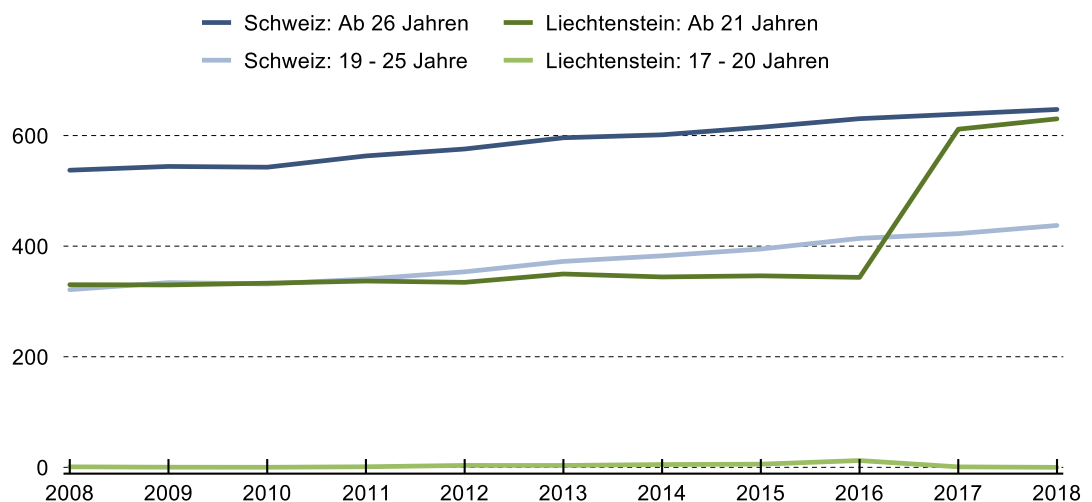
Dieser Kostenanstieg widerspiegelt sich auch in der Entwicklung der effektiv bezahlten durchschnittlichen monatlichen Prämie in Liechtenstein und der Schweiz (vgl. Abbildung 6). Lag diese für Erwachsene im Jahr 2008 in Liechtenstein noch bei 222 Franken, so waren es im Jahr 2018 bereits 332 Franken. In der Schweiz wurde im selben Zeitraum ein Anstieg von 259 auf 364 Franken beobachtet. Der starke Anstieg in den Jahren 2014 und 2015 in Liechtenstein geht auf

³¹ Aufgrund der verzögerten Abrechnung wird die Änderung erst im Jahr 2013 sichtbar.

³² Im Rahmen einer Vereinbarung zwischen Liechtenstein und dem Kanton St. Gallen hatte sich Liechtenstein davor an den jährlichen kantonalen Aufwendungen für das Kantonsspital St. Gallen und die Spitäler in Grabs und Walenstadt beteiligt (vgl. Kapitel 3.2).

die Kürzung des Staatsbeitrages an die Krankenversicherer zurück (vgl. Abbildung 3). Die Prämiensenkung im Jahr 2017 steht mit der Erhöhung der Franchise im Zusammenhang (vgl. Kapitel 2.1). Letzteres zeigt sich auch bei der Entwicklung der durchschnittlichen Kostenbeteiligung der Versicherten über die Jahre 2008 bis 2018 (vgl. Abbildung 7). Während diese in der Schweiz über die Jahre kontinuierlich zunimmt, bleibt sie in Liechtenstein bis ins Jahr 2016 weitgehend konstant und steigt dann im Jahr 2017 bei den Erwachsenen stark an und befindet sich nun auf einem ähnlich Niveau wie in der Schweiz. Abbildung 7 veranschaulicht auch, dass jugendliche Versicherte in Liechtenstein im Vergleich zur Schweiz keine Kostenbeteiligung kennen, wobei die Definition eines Jugendlichen in den beiden Ländern nicht deckungsgleich ist.

Abbildung 7 Durchschnittliche Kostenbeteiligung der Versicherten in Liechtenstein und der Schweiz 2008 bis 2018



Die durchschnittliche Kostenbeteiligung der erwachsenen Versicherten bleibt in Liechtenstein in den Jahren 2008 bis 2016 weitgehend konstant. Im Jahr 2017 steigt sie aufgrund der Erhöhung der Franchise stark an. In der Schweiz kann über den selben Zeitraum ein kontinuierlicher Anstieg beobachtet werden.

Quelle: Amt für Statistik (2019b) und Bundesamt für Gesundheit (2019), eigene Darstellung.

3 Internationale Verflechtungen

Das Fürstentum Liechtenstein und die Schweiz sind durch ausgezeichnete Beziehungen und traditionell engem Kontakt freundschaftlich verbunden. Im Jahr 1923 trat der Zollvertrag zwischen der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein in Kraft. Seither ist das Fürstentum Liechtenstein als ausländisches Gebiet an das schweizerische Zollgebiet angeschlossen und hat dadurch Zugang zum schweizerischen Wirtschaftsraum sowie allen der Schweiz offenstehenden Märkten. 1924 führte Liechtenstein den Schweizer Franken als offizielle Währung ein, wodurch der gemeinsame Wirtschaftsraum auch ein gemeinsamer Währungsraum wurde. Im Laufe der Zeit musste der Zollvertrag neuen Rahmenbedingungen angepasst werden. Insbesondere als das Fürstentum Liechtenstein 1995 zum europäischen Wirtschaftsraum (EWR) beitrug und die Schweiz dies nicht tat, waren Ergänzungen notwendig. Seither gilt gegenüber EWR-Staaten das EWR-Recht, sofern es vom Schweizer Recht abweicht. Gegenüber Staaten ausserhalb des EWR gelten nach wie vor die Bestimmungen des Zollvertrags.

Liechtenstein orientiert sich bei der Ausgestaltung und Umsetzung der OKP stark an der Schweiz. So gilt beispielsweise das Schweizer Heilmittelgesetz zu einem Grossteil auch in Liechtenstein, und den meisten liechtensteinischen Gesundheitsgesetzen diente das Schweizer Recht als Vorlage. In der Umsetzung wurde u. a. die ärztliche ambulante Tarifstruktur TARMED von der Schweiz übernommen. Die aktuellen Hauptanknüpfungspunkte an die Schweiz sind in der stationären Versorgung, der Heilmittelgesetzgebung und dem Heilmittelimport sowie bei Standards betreffend die Qualität der Leistungserbringung und neuer Therapieformen.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels fokussieren wir auf die ambulante und stationäre Versorgung sowie auf Arzneimittel. Abschnitt 3.1 und 3.3 beschreiben die internationale Verflechtung der ambulanten und stationären Leistungserbringung in Bezug auf die Bedarfsplanung und die Finanzströme in der OKP. Die Patientenmobilität zwischen Liechtenstein und der Schweiz sowie dem EWR wird in Abschnitt 3.2 diskutiert. Abschnitt 3.4 zeigt die Finanzströme der Arzneimittel in der OKP auf und erläutert die Zulassungs- und Importmöglichkeiten von Arzneimitteln in Liechtenstein.

3.1 Bedarfsplanung

3.1.1 Ziele und Ausgestaltungsmöglichkeiten

Das Ziel einer Bedarfsplanung im Gesundheitswesen ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten und stationären medizinischen Versorgung. Dabei soll der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen gleichmässig und wohnortsnah sein. Eine Bedarfsplanung kann sowohl genutzt werden, um Überversorgung als auch Unterversorgung zu vermeiden. Während die stationäre Bedarfsplanung meistens die Sicherstellung der Versorgung zum Ziel hat, steht im ambulanten Bereich häufig die Bekämpfung von Überversorgung im Fokus.

Eine Bedarfsplanung kann an unterschiedlichen Stellen im Gesundheitswesen ansetzen. Nüsken & Busse (2011) sehen in ihrem Modell fünf Ansatzpunkte einer ambulanten oder stationären Bedarfsplanung (vgl. Abbildung 8):

- *Die Aus- und Weiterbildung.* Der Zugang zum Medizinstudium wird in vielen Ländern durch einen Numerus Clausus beschränkt. Ebenso kann auf die Verteilung der Ärzte auf Fachgebiete über die Anzahl Weiterbildungsplätze Einfluss genommen werden.

- *Die Zulassung zur Tätigkeit.* Die Anzahl Arztpraxen und Krankenhäuser kann z. B. durch eine Lizenzvergabe beschränkt werden.
- *Die Zulassung zur Leistungsvergütung durch die soziale Krankenversicherung.* Der Regulator kann Abrechnungsberechtigungen an ambulant tätige Ärzte und stationäre Leistungserbringer vergeben.
- *Die Regulierung der Versorgungsstrukturen.* Im ambulanten Sektor kann beispielweise die Anzahl Patienten pro Arzt und im stationären Sektor die Anzahl Spitalbetten im Verhältnis zur Bevölkerung festgelegt werden. Gleiches gilt für die Anzahl und Verteilung von Grossgeräten.
- *Die Regulierung des Leistungsvolumens.* Denkbar ist die Festlegung von minimalen oder maximalen Fallzahlen für stationäre Einrichtungen insgesamt oder auch für individuelle Leistungserbringer. Eine weitere Möglichkeit ist die Vorgabe eines Globalbudgets.

Diese fünf Ansatzpunkte dürften in der Praxis teilweise unterschiedliche Ziele verfolgen. Bei der Zulassung zur Tätigkeit steht die Qualität der medizinischen Versorgung im Vordergrund. Es soll sichergestellt werden, dass medizinische Leistungen nur von Personen und Institutionen erbracht werden, welche über die dafür notwendigen Qualifikationen verfügen. Bei der Abrechnungsberechtigung dürfte hingegen vor allem im ambulanten Bereich eine Vermeidung der Überversorgung und damit eine Begrenzung der Kosten im Zentrum stehen, obwohl die Vergabe der Plätze im Prinzip auch an Qualitätskriterien gebunden werden könnte. Bei der Regulierung der Versorgungsstruktur wiederum dürfte die Versorgungssicherheit und der einheitliche Zugang zu den Leistungserbringern zentral sein. Im Hinblick auf das Leistungsvolumen soll die Vorgabe von Mindestfallzahlen eine hohe Leistungsqualität sicherstellen, während maximale Fallzahlen eine Überversorgung verhindern wollen.

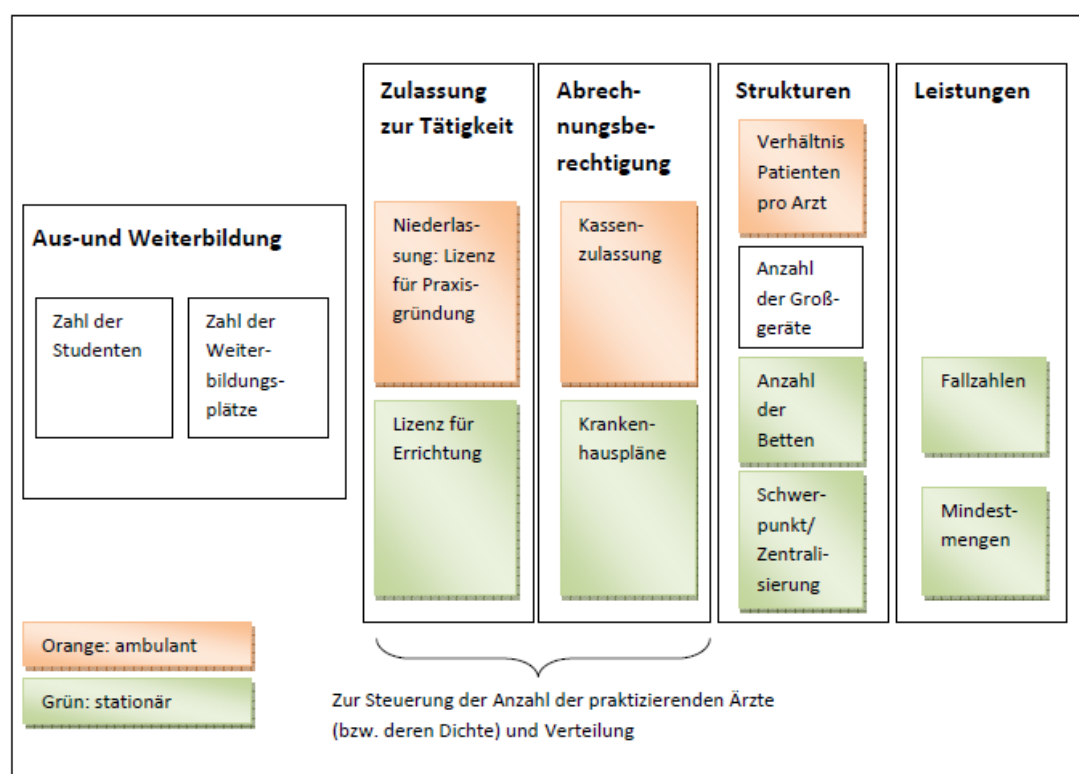
Tabelle 2 veranschaulicht die Ausgestaltung dieser fünf Ansätze der Bedarfsplanung in Liechtenstein und der Schweiz. Der erste Ansatzpunkt entfällt für Liechtenstein komplett, da im eigenen Land keine Ärzte ausgebildet werden. Dieser Mangel an eigenen Bildungsangeboten auf der tertiären Stufe im medizinisch-pharmakologischen Bereich schränkt zudem auch die Gestaltungsmöglichkeiten bei den Gesundheitsberufen ein. Teil der Gesundheitsstrategie der liechtensteinischen Regierung ist die Übernahme von gewissen ärztlichen Leistungen durch den neu zu etablierenden Berufsstand der «Advanced Practice Nurse» sowie durch die Apotheker (Regierung des Fürstentums Liechtensteins, 2018). Damit dies gelingt, ist Liechtenstein aber darauf angewiesen, dass insbesondere die Schweiz für Erstere einen entsprechenden Masterstudiengang anbietet und die Ausbildung der Apotheker angepasst wird.³³ Bei den Apothekern wäre es allenfalls auch möglich, diesbezüglich selber eine Weiterbildung bzw. Zusatzausbildung anzubieten. Aufgrund der sehr geringen Anzahl Apotheker dürfte ein solches Vorgehen aber relativ kostspielig sein.

Bei der Zulassung zur Tätigkeit kennt Liechtenstein keine eigentliche Bedarfsplanung. Zwar muss für die Eröffnung einer Arztpraxis oder einer stationären Einrichtung eine Betriebsbewilligung eingeholt werden. Deren Vergabe hängt aber von der Erfüllung formaler Kriterien ab und kennt

³³ Studiengänge für Advanced Practice Nurses werden in der Schweiz derzeit an den Universitäten Basel und Lausanne sowie den Fachhochschulen Bern, St. Gallen, Zürich und Kalaidos (Zürich) angeboten; in Österreich an den Fachhochschulen in Linz und Wien. Die Grundlage für die Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Apotheker wurde in der Schweiz 2015 mit der Revision des Heilmittelgesetzes geschaffen. Seitdem wurde der Studieninhalt der Apotheker entsprechend angepasst und wie bei den Ärzten eine Weiterbildungspflicht für die selbstständige Berufsausübung eingeführt (Regierung des Fürstentums Liechtensteins, 2018).

keine Mengenbeschränkung. Zentral für die Bedarfsplanung ist in Liechtenstein der dritte Ansatzpunkt, die Abrechnungsberechtigung gegenüber der OKP. Im ambulanten Bereich wird die Anzahl zur OKP zugelassener Ärzte reguliert, im stationären Bereich wird mit einer gewissen Anzahl sogenannter Vertragsspitäler Leistungsverträge abgeschlossen. Die Leistungsverträge spezifizieren, welche Behandlungen jeweils durch die OKP zu vergüten sind. Bei den niedergelassenen Ärzten gelingt es Liechtenstein dabei, den Bedarf fast ausschliesslich über in Liechtenstein ansässige Ärzte abzudecken. Im stationären Bereich ist es hingegen auf ausländische Leistungserbringer angewiesen, da die Fallzahlen in Liechtenstein zu gering sind, um gewisse Fachgebiete (z. B. Geburten) oder auch ganze Bereiche (Psychiatrie, Reha, Sucht) im Inland in hoher Qualität sowie mit vertretbaren Kosten anzubieten.³⁴ Zugute kommt Liechtenstein hier, dass ein bedeutender Teil der Bevölkerung privat oder halbprivat versichert und damit für ausländische Spitäler attraktiv ist. Zudem ist in der Schweiz die Spitaldichte relativ hoch, sodass sowohl die Kantone als auch die Spitäler ein Interesse daran haben, ihre Auslastung mit ausserkantonalen Patienten zu erhöhen.

Abbildung 8 Ansatzpunkte der Bedarfsplanung



Die Abbildung stellt die fünf Ansatzpunkte der ambulanten und stationären Bedarfsplanung dar. Eingegriffen werden kann bei der Aus- und Weiterbildung, der Zulassung zur Tätigkeit, der Abrechnungsberechtigung, den Strukturen und dem Leistungsumfang.

Quelle: Nüsken & Busse (2011).

³⁴ Geringe Fallzahlen bedeuten auch, dass es schwierig ist, qualitativ gutes Personal zu finden, da die Arbeitsplätze damit in Bezug auf das Tätigkeitsfeld vergleichsweise unattraktiv sind.

Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an Vertragsspitäler und der Eignerstrategie für das Landeshospital verwendet Liechtenstein seit 2016 das Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG).³⁵ Dieses hat auf Basis einer medizinischen und wirtschaftlichen Beurteilung 23 Leistungsbereiche definiert, welche in 125 Leistungsgruppen unterteilt sind. Für jede Leistungsgruppe werden Auflagen festgelegt, die zur Erteilung eines Leistungsauftrages erfüllt sein müssen. Diese Auflagen können beispielweise Mindestfallzahlen, die Führung eines Notfalls und/oder einer Intensivstation, die zeitliche Erreichbarkeit von Fachärzten etc. umfassen. Die Spitäler können sich um einen Leistungsauftrag für die verschiedenen Leistungsgruppen bewerben. Bei der Vergabe der Leistungsaufträge achtet Liechtenstein darauf, dass pro Leistungsbereich immer mindestens zwei Anbieter vorhanden sind.

Bei Vertragsspitalern im Ausland ist es für Liechtenstein in der Praxis nicht möglich, Leistungsaufträge zu definieren, welche über den Leistungsauftrag des Schweizer Standortkantons bzw. des österreichischen Standortbundeslandes hinausgehen. Es ist aber durchaus möglich, den Leistungsauftrag enger zu fassen oder andere Kriterien für die Leistungsvergabe vorzugeben (z. B. Mindestfallzahlen). Ersteres findet in Liechtenstein bei den Spezialkliniken Anwendung, welche jeweils nur für gewisse Fachgebiete und nicht ihr gesamtes Leistungsspektrum einen Leistungsauftrag erhalten. Im Hinblick auf die Festsetzung eigener Kriterien dürfte vor allem bei den Mindestfallzahlen Spielraum bestehen, da nicht unbedingt zu erwarten ist, dass ein Spital für die vergleichsweise kleine Anzahl Liechtensteiner Patienten z. B. eigens einen Notfall zu führen bereit ist oder zusätzliche Qualitätsmessungen tätigt. Eine Ausnahme wäre hier allenfalls das Spital Grabs, welches einen hohen Anteil Liechtensteiner Patienten aufweist.

Die Bedarfsplanung in der Schweiz unterscheidet sich von Liechtenstein im Wesentlichen in zwei Punkten. Erstens werden selber Ärzte ausgebildet bzw. es besteht generell ein Ausbildungsangebot für medizinisch-pharmakologischen Berufe auf der tertiären Bildungsstufe. Die Zulassung zum Medizinstudium wird über einen Numerus Clausus beschränkt, während bei den übrigen Gesundheitsberufen keine Zugangsbeschränkung vorliegt. Zweitens besteht bei den niedergelassenen Ärzten nur bedingt eine Limitierung der Anzahl Ärzte, welche über die OKP abrechnen dürfen. Es ist zwar so, dass die Kantone die Zulassung zur Tätigkeit für die OKP einschränken können, dies gilt aber nur für Ärzte, welche nicht für mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren. In der Praxis hat dieser sogenannte «Zulassungstopp» daher vor allem dazu geführt, dass junge Ärzte länger am Spital bleiben (Schoch, 20.3.2014).

³⁵ Das SPLG, ursprünglich unter dem Namen «Zürcher-Modell» bekannt, wurde vom Kanton Zürich ausgearbeitet und wird von der Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) explizit allen Kantonen zur Umsetzung empfohlen. Es findet heute teils mit gewissen Anpassungen in den meisten Schweizer Kantonen Anwendung.

Tabelle 2 Vergleich Bedarfsplanung Liechtenstein und Schweiz

	Fürstentum Liechtenstein	Schweiz
Aus- und Weiterbildung	Keine eigene Ausbildung von Ärzten.	- Numerus Clausus beschränkt Zulassung zum Medizinstudium. - Weiterbildung nur an anerkannten Weiterbildungsstätten möglich.
Zulassung zur Tätigkeit	- Ambulant: Anerkannter Berufsabschluss oder Bewilligung zur Tätigkeit. Bewilligung zur Praxiseröffnung erforderlich. - Stationär: Betriebsbewilligung durch die Regierung erforderlich.	- Ambulant: Anerkannter Berufsabschluss oder Bewilligung zur Tätigkeit. Bewilligung zur Praxiseröffnung erforderlich. - Stationär: Betriebsbewilligung durch den betroffenen Kanton erforderlich.
Abrechnungsberechtigung	- Beschränkung der Anzahl niedergelassener Ärzte, welche über die OKP abrechnen dürfen. Explizite Vorgabe der Anzahl Stellen für Grundversorger und Spezialärzte nach Fachgebiet. - Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler, welche zur Abrechnung mit der OKP berechtigen.	- Kantone können die Zulassung zur Tätigkeit für die OKP einschränken. Gilt nicht für Ärzte, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren. - Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler, welche zur Abrechnung mit der OKP berechtigen.
Strukturen		Teilweise Orientierung an Höchstzahlen und Versorgungsdichte für Beschränkung der Zulassung zur Abrechnung über die OKP im ambulanten Bereich.
Leistungen	Leistungsaufträge spezifizieren Mindestfallzahlen für Durchführungsbeurteilung bestimmter Eingriffe.	- Leistungsaufträge spezifizieren Mindestfallzahlen für Durchführungsbeurteilung bestimmter Eingriffe. - Globalbudget für Beitrag an stationäre Leistungen in manchen Kantonen.

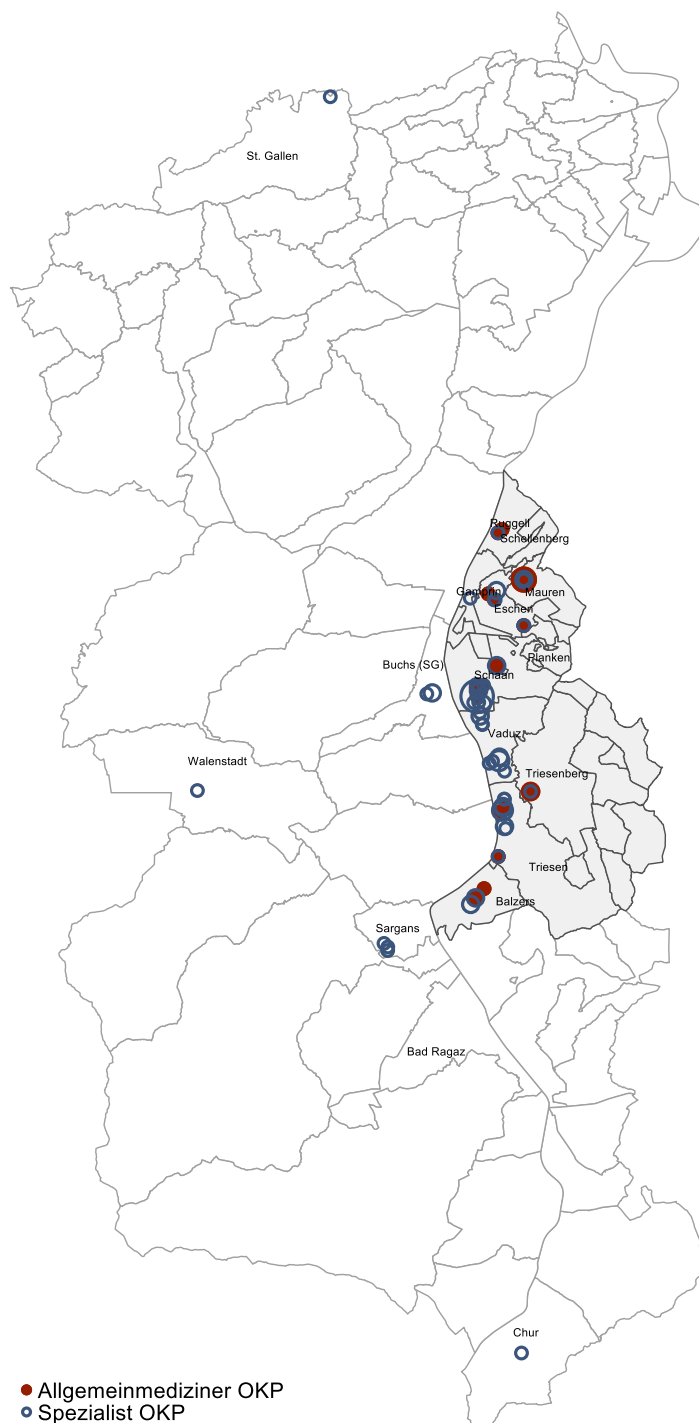
Die Bedarfsplanung in Liechtenstein und der Schweiz unterscheidet sich vor allem in den Ansatzpunkten Aus- und Weiterbildung sowie Abrechnungsberechtigung. Liechtenstein hat im Unterschied zur Schweiz im medizinisch-pharmakologischen Bereich selber kein Ausbildungsangebot auf der tertiären Bildungsstufe. Bei der Abrechnungsberechtigung beschränkt Liechtenstein explizit die Anzahl niedergelassener Ärzte, welche über die OKP abrechnen dürfen. In der Schweiz können die Kantone die Abrechnungsberechtigung im Prinzip zwar auch beschränken, allerdings nicht für Ärzte, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren. Die Wirkung dieses sogenannten «Zulassungsstopps» ist damit stark limitiert.

Quelle: Eigene Darstellung.

3.1.2 Ambulante Leistungserbringer

Abbildung 9 veranschaulicht die Verteilung der niedergelassenen Ärzte mit einem OKP-Vertrag in Liechtenstein. Der Bedarf an Allgemeinmediziner*innen kann vollständig über in Liechtenstein ansässige Ärzte abgedeckt werden, während bei den Spezialisten vereinzelt OKP-Verträge mit Schweizer Ärzten bestehen. Das Angebot an ambulanten Tagesklinik- bzw. Tagesstrukturplätzen wird teilweise ebenfalls über das Ausland abgedeckt. Der LKV verfügt diesbezüglich über Verträge mit den Psychiatrischen Diensten Süd des Kantons St. Gallen (Standort Trübbach) und den Psychiatrischen Diensten Graubünden. Zudem besteht mit dem Verein für Betreutes Wohnen in Schaan ein Vertrag über die Abgeltung psychiatrischer Krankenpflegeleistungen in der Therapeutischen Wohngemeinschaft und durch das mobile sozialpsychiatrische Team.

Abbildung 9 Niedergelassene Ärzte mit OKP-Vertrag im Jahr 2019



Die Karte zeigt die Verteilung der in Liechtenstein zur Abrechnung über die OKP zugelassenen Ärzte. Die Grösse des Kreises bildet die Anzahl an einem Ort tätigen Ärzte ab. Der Bedarf an Allgemeinmediziner wird in Liechtenstein vollständig durch inländische Ärzte abgedeckt. Bei den Spezialisten bestehen hingegen vereinzelt auch OKP-Verträge mit Schweizer Ärzten.

Quelle: Liechtensteinischer Krankenkassenverband 2019, eigene Darstellung.

Einer gemeinsamen Bedarfsplanung mit der Schweiz bei den niedergelassenen Ärzten stehen vor allem die unterschiedlichen Regelungen in den beiden Ländern im Weg. Solange die Schweiz die Zulassung zur Abrechnung bei der OKP nicht ebenfalls strikt beschränkt ist eine Zusammenarbeit schwer vorstellbar. Dies gilt insbesondere, da die Kantone im ambulanten Bereich geringe Gestaltungsmöglichkeiten besitzen und Liechtenstein vermutlich vor allem an einer Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen und nicht unbedingt der Gesamtschweiz interessiert wäre.³⁶ Bislang existieren im ambulanten Bereich keinerlei Vorstösse für eine gemeinsame Bedarfsplanung.

Voraussetzung für eine gemeinsame Bedarfsplanung bei den niedergelassenen Ärzten wäre einerseits die Abschaffung des Kontrahierungszwanges in der Schweiz. Andererseits müsste die Kompetenz zur Festlegung der Anzahl OKP-Plätze für niedergelassene Ärzte den Kantonen zukommen.³⁷ Unter dem Kontrahierungszwang kann jeder in der Schweiz zugelassene Arzt über die OKP abrechnen. Eine Steuerung des Ärzteangebots ist nicht möglich, d.h. einer allfälligen Über- oder Unterversorgung kann nicht entgegengewirkt werden. Bei vergangenen Bestrebungen den Kontrahierungszwang abzuschaffen, war angedacht, das entweder die Kantone oder die Krankenversicherer³⁸ die Kompetenz erhalten das Ärzteangebot zu steuern. Eine gemeinsame Bedarfsplanung bei der Liechtenstein mit den Schweizer Krankenversicherern kooperiert ist dabei nur schwer vorstellbar. Die Planung müsste in diesem Fall mit mehreren Versicherern abgestimmt werden, die vermutlich teilweise unterschiedliche Strategien verfolgen. Aufgrund der überregionalen Tätigkeit der meisten Krankenversicherer dürfte deren Interesse an einer Kooperation mit Liechtenstein zudem allenfalls begrenzt sein. Die Liechtensteiner Nachbarkantone dürften demgegenüber eher an einer Kooperation interessiert sein.

Vorteilhaft ist eine gemeinsame Bedarfsplanung bei den niedergelassenen Ärzten vor allem dann wenn die Fallzahlen in Liechtenstein und den angrenzenden Schweizer Bezirken für sich allein zu klein sind um Ärzte bestimmter Fachrichtungen auszulasten. Diese könnten sich dann gegen eine Praxiseröffnung in diesem Gebiet entscheiden, wodurch für die Patienten längere Anfahrtswege und/oder längere Wartezeiten resultieren würden. Weil der LKV aber auch OKP-Plätze an Schweizer Ärzte vergibt und liechtensteinische Ärzte mit OKP-Zulassung auch Schweizer Patienten zugänglich sind (vgl. Abschnitt 3.2), ist zu erwarten, dass die Ärzte bei ihrem Ansiedlungsentscheid bereits heute sowohl die Nachfrage der Schweizer wie auch der Liechtensteiner Patienten berücksichtigen. Einschneidend wäre für Liechtenstein vor allem, wenn der Kanton St. Gallen eine eigene Bedarfsplanung einführt und die Anzahl OKP-Plätze gegenüber dem heutigen Ärztebestand stark verringert. In diesem Fall könnten sich für Liechtenstein potenziell Probleme bei der spezialärztlichen Versorgung ergeben (vgl. Abschnitt 4.1).

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges war in der Schweiz seit der Einführung des neuen KVG 1996 immer wieder ein Thema. Aufgrund des massiven Widerstandes der Leistungserbringer und der Patienten scheiterten diesbezügliche Vorstösse bislang aber immer deutlich. Insbesondere seit der 2012 mit 76% Nein-Anteil deutlich verlorenen Volksabstimmung zu Managed Care³⁹, wird die Abschaffung des Kontrahierungszwanges in der Schweiz nicht als mehrheitsfähig

³⁶ Die Schwierigkeit einer Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich auf nationaler Ebene zeigt auch das 2017 gescheiterte Abkommen zwischen Liechtenstein und der Schweiz zur Patientenmobilität (vgl. Abschnitt 3.2).

³⁷ Der aktuell in der Schweiz geltende Zulassungsstopp kann in der Praxis einfach umgangen werden (vgl. Abschnitt 3.1.1).

³⁸ In diesem Fall würde jeder Krankenversicherer individuell festlegen, welche Ärzte für seine Versicherten zugänglich sind.

³⁹ Die Managed-Care-Vorlage sah für Versicherungsmodell ohne integriertes Versorgungsnetz und damit freier Arztwahl eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherten vor.

erachtet (Mäder et al., 2019). Im Rahmen der Debatte zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) hat die Aufhebung des Kontrahierungszwanges aber dennoch wieder an Aktualität gewonnen. Die Kantone wollen bei einer Mitfinanzierung des ambulanten Bereiches auch die Kompetenz für eine Angebotssteuerung erhalten. Falls der Kontrahierungszwang in der Schweiz abgeschafft wird, ist daher damit zu rechnen, dass die Kantone für die Festlegung der OKP-Plätze zuständig sein werden. Prinzipiell bereits heute möglich wäre hingegen eine gemeinsame Bedarfsplanung im spitalambulanten Bereich, wobei diese dann vermutlich den ganzen Spitalbereich umfassen würde.

3.1.3 Stationäre Leistungserbringer

Abbildung 10 gibt einen Überblick über die Liechtensteiner Vertragsspitäler in den Bereichen Akutsumatik, Rehabilitation und Psychiatrie. In der Akutsumatik unterscheidet Liechtenstein fünf Arten von Spitälern: Grundversorger, Zentrumsversorger, Universitätsspitäler, Kinderspitäler und Spezialkliniken. In die erste Kategorie fällt das Liechtensteinische Landesspital sowie die St. Gallen Spitäler in Grabs und Walenstadt. Die Zentrumsversorgung ist über die Kantonsspitäler Chur und St. Gallen sowie das Landeskrankenhaus Feldkirch abgedeckt. Bei Grund- und Zentrumsversorger ist der erteilte Leistungsauftrag jeweils identisch mit demjenigen des Standortkantons bzw. dem Land Vorarlberg. Bei den Universitätsspitalen beschränkt sich der Leistungsauftrag auf die spitzenmedizinische Versorgung und bei den Spezialkliniken auf bestimmte Fachgebiete. In der Rehabilitation und der Psychiatrie wird der Bedarf aufgrund zu geringer eigener Fallzahlen vollständig über Verträge mit Leistungserbringern in Deutschland, Österreich und der Schweiz abgedeckt.

Die Bedarfsplanung im akutstationären Bereich musste in Liechtenstein nach der Ablehnung eines Kredits für den Neubau des Landesspitals im Jahr 2011 neu ausgerichtet werden. Einerseits wurde die Kooperation mit einem Zentrumsversorger gesucht, andererseits stand auch die Schaffung eines neuen, gemeinsamen Regionalspitals mit dem Kanton St. Gallen zur Diskussion. Für die Rolle des Zentrumsversorgers waren die Kantonsspitäler Graubünden oder St. Gallen sowie das Landeskrankenhaus Feldkirch im Gespräch, wobei die Wahl schliesslich auf das Kantonsspital Graubünden fiel. Dieses kannte zu dem Zeitpunkt bereits eine ähnliche Kooperation mit dem Kanton Glarus, welcher fast gleich viele Einwohner hat wie Liechtenstein und mit der Zusammenarbeit sehr zufrieden ist.⁴⁰ Das Zusammenarbeitsmodell umfasst drei Stufen: Sofern möglich werden medizinische Leistungen im Eigenbetrieb durch einen Belegarzt oder einen angestellten Arzt am Landesspital erbracht. Ist dies nicht möglich, kann der Eingriff entweder durch einen Spezialisten aus Chur direkt am Landesspital durchgeführt werden oder bei komplexen Behandlungen im Kantonsspital Graubünden erfolgen. Vertreter des Landesspitals und des Kantonsspitals nehmen Einsitz im Verwaltungsrat der jeweils anderen Institution.

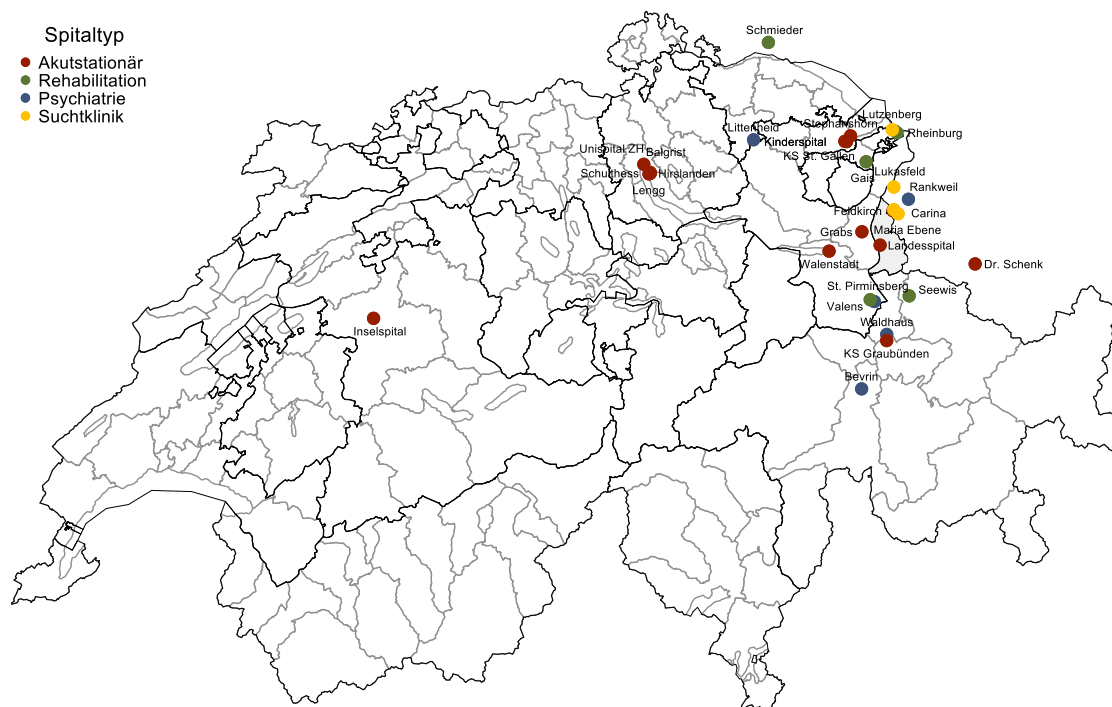
Die Schaffung eines gemeinsamen Regionalspitals konnte hingegen nicht realisiert werden. Liechtenstein war daran interessiert, ein solches zusammen mit dem Spital in Grabs aufzubauen. Das Spital Grabs ist aber zusammen mit den Spitälern in Walenstadt und Altstätten in einem Spitalverbund. Für den Kanton St. Gallen war eine Zusammenlegung nur dann denkbar, wenn diese mit dem gesamten Spitalverbund erfolgt. Dies war wiederum für Liechtenstein nicht attraktiv. Einerseits weil Grabs im Spitalverbund das einzige nichtdefizitäre Spital darstellt⁴¹ und Liechtenstein bei einer solchen Zusammenlegung damit die Defizite in Altstätten und Walenstadt mitfinanzieren müsste. Andererseits hätte Liechtenstein aufgrund der Grössenverhältnisse einen zu

⁴⁰ Gespräch mit S. Tomaselli, Amt für Gesundheit, vom 1. April 2019.

⁴¹ Gespräch mit S. Tomaselli, Amt für Gesundheit, vom 1. April 2019.

geringen Einfluss auf die Führung des gemeinsamen Spitals ausüben und damit die Interessen der liechtensteinischen Patienten nicht ausreichend wahrnehmen können (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2019b). Mit dem aktuell stattfindenden Neubau in Grabs und dem geplanten Neubau des Landesspitals dürfte die Schaffung eines gemeinsamen Regionalspitals in näherer Zukunft eher nicht realisierbar sein.

Abbildung 10 Vertragsspitäler nach Spitaltyp 2019



In der Akutsomatik wird die Grundversorgung durch das Liechtensteinische Landesspital und die Spitäler in Grabs und Walenstadt wahrgenommen. Für die Zentrumsversorgung, die Spitzenmedizin und die hochspezialisierte Medizin bestehen Leistungsverträge mit Schweizern und österreichischen Spitalern. Im Bereich Rehabilitation und Psychiatrie wird der Bedarf vollständig über ausländische Spitäler abgedeckt.

Quelle: Amt für Gesundheit 2019, eigene Darstellung.

3.2 Patientenmobilität

Liechtenstein Schweiz

Die Patientenmobilität zwischen Liechtenstein und der Schweiz wurde erstmals in einem heute noch rechtskräftigen Notenwechsel des Jahres 1938/39 geregelt. Dieser besagt, dass sich liechtensteinische Versicherte bei einem schweizerischen Grenzarzt behandeln lassen können. Umgekehrt galt diese Regelung für grenznah wohnhafte Schweizer Versicherte, die sich bei einem zugelassenen Grenzarzt in Liechtenstein in Behandlung begaben. Es wurden die im Behandlungsland geltenden Tarife vergütet.⁴² Die Patientenmobilität wurde so gelebt, dass auch Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern wie beispielsweise Physiotherapeuten, Chiropraktiker und Apotheken von den liechtensteinischen Kassen vergütet wurden.

⁴² Vereinbarung vom 20. April 1939 über die Ausübung der Krankenkassen- und Unfallversicherungspraxis in der Schweizerischen Nachbarschaft durch die liechtensteinischen Ärzte.

Im Jahr 2004 führte Liechtenstein die Bedarfsplanung ein und schränkte die Anzahl der zur OKP zugelassene Leistungserbringer ein – sowohl im In- als auch im Ausland. Dies führte dazu, dass die liechtensteinischen Krankenkassen nur noch Leistungen von einer sehr beschränkten Anzahl schweizerischer Leistungserbringer vergüten, während die Schweizer Krankenkassen keine Einschränkung der Leistungsvergütung vornahmen. Diese für die Schweiz unbefriedigende Situation veranlasste den Bundesrat 2014 zu einer Teilsuspendierung des erwähnten Notenwechsels. Es wurden fortan nur noch Leistungen der in Liechtenstein zur OKP zugelassenen Leistungserbringer vergütet.

Die Regierungen beider Staaten waren bestrebt, eine neue, den aktuellen Erfordernissen entsprechende Rechtsgrundlage zu schaffen. 2017 wurde ein Abkommen ausgearbeitet, dass den freien Zugang zu Gesundheitsleistungen auf beiden Seiten des Rheins wiederherstellen sollte. Patienten aus den Kantonen Graubünden und St. Gallen könnten sich bei Leistungserbringern mit OKP-Zulassung in Liechtenstein behandeln lassen. Neu wären auch nichtärztliche Leistungserbringer in die Leistungsvergütung eingeschlossen. Der liechtensteinischen Bevölkerung wäre so gut wie der gesamte Schweizer Gesundheitsmarkt geöffnet worden. In Liechtenstein regte sich Widerstand gegen das Abkommen, da u. a. befürchtet wurde, dass die inländische Bedarfsplanung durch den freien Zugang der Patienten zum Gesundheitsmarkt Schweiz untergraben werde. Das liechtensteinische Parlament lehnte das Abkommen schliesslich ab. Aktuell gilt nach wie vor der teilsuspendierte Notenwechsel von 1939.

Im stationären Bereich besteht seit 1977 eine Vereinbarung mit dem Kanton St. Gallen. Dieser verpflichtete sich, Patienten aus Liechtenstein im Kantonsspital St. Gallen und den Spitälern Grabs und Walenstadt aufzunehmen. Im Gegenzug beteiligt sich Liechtenstein an den jährlichen kantonalen Aufwendungen für die Spitäler.⁴³ Die Vereinbarung wurde jeweils 2005⁴⁴ und 2012⁴⁵ erneuert und insbesondere 2012 an die neue Spitalfinanzierung angepasst. Seit 2008 besteht zudem ein Pilotprojekt mit dem Kanton St. Gallen, welches es Personen aus dem Kanton St. Gallen erlaubt, sich im Rahmen der Schweizer OKP am Landesspital in Vaduz behandeln zu lassen. Dabei kommen die gleichen Tarife wie in den Regionalspitälern des Kantons zur Anwendung. Anfangs 2019 hat die St. Galler Regierung für eine dauerhafte Weiterführung dieses Projektes ausgesprochen. Neu sollen zudem nicht mehr einzig stationäre, sondern auch spitalambulante Behandlungen am Landesspital möglich sein. Bislang wurde das Angebot allerdings wenig genutzt; im Jahr 2018 hat das Landesspital nur 18 Patienten aus St. Gallen behandelt („Die Spiesse sollen auf beiden Seiten gleich lang sein“, 2019).

Liechtenstein EWR

Die Patientenmobilität zwischen Liechtenstein und den EU/EWR-Staaten ist seit 2011 in der EU-Patientenmobilitätsrichtlinie geregelt.⁴⁶ Die Patientenmobilitätsrichtlinie ist ein wichtiger Grundstein der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen innerhalb der EU. Für alle Patientinnen und Patienten in Europa werden die Kosten für die Auslandsbehandlung in anderen EU-Staaten von der Krankenversicherung bis zu der Höhe erstattet, die auch bei der entsprechenden

⁴³ Vereinbarung vom 28. September 1977 über die Aufnahme von Patienten aus dem Fürstentum Liechtenstein im Kantonsspital St. Gallen und in den kantonalen Spitälern Grabs und Walenstadt.

⁴⁴ Spitalvereinbarung zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und den Spitalregionen St. Gallen Rorschach und Rheintal Werdenberg Sarganserland vom 1. Februar 2005.

⁴⁵ Spitalvereinbarung zwischen dem Fürstentum Liechtenstein, dem Kantonsspital St. Gallen und der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland vom 1. Juli 2012.

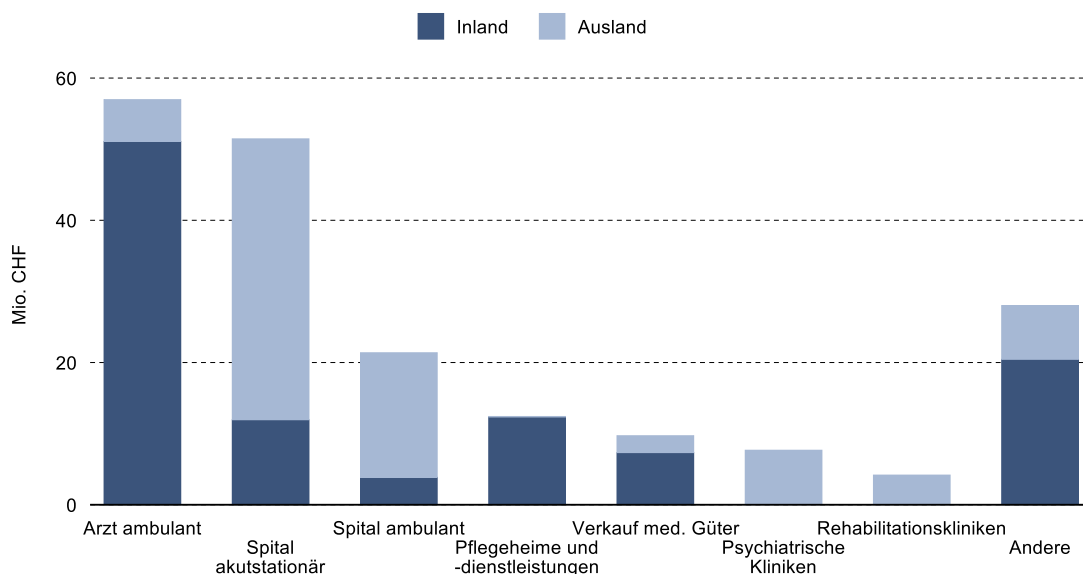
⁴⁶ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Behandlung im Inland angefallen wären. Der Gesundheitsdienstleister kann dabei vom Patienten frei gewählt werden. Von der Richtlinie ausgenommen sind Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege sowie Leistungen im Bereich der Organtransplantationen und der öffentlichen Impfprogramme. Die EU-Patientenmobilitätsrichtlinie gilt auch für Personen, die in den EWR-Staaten krankenversichert sind.

3.3 Finanzströme in der OKP

In diesem Abschnitt betrachten wir die internationalen Finanzströme der OKP. Dabei unterscheiden wir zwischen Im- und Exporten. Wir nehmen dabei stets die Sicht der OKP ein. Das Gesundheitswesen ist ein dienstleistungsintensiver Sektor. Die gehandelten «Waren» respektive Dienstleistungen überqueren typischerweise die Landesgrenze nicht. Vielmehr reist der Patient zum Leistungsbezug ins Ausland. Zur Definition der Zahlungsflüsse ist demzufolge der Leistungserbringungsort entscheidend. Entsprechend verstehen wir unter Import den Leistungsbezug eines liechtensteinischen Versicherten bei einem Leistungserbringer im Ausland. Der Export ist definiert als Leistungsbezug eines ausländischen Versicherten bei einem liechtensteinischen Leistungserbringer.

Abbildung 11 Bruttoleistungen OKP 2017 nach Leistungserbringer und Ort der Leistungserbringung



Die Abbildung zeigt die Kosten der OKP für das Jahr 2017 in Millionen Franken. Der dunkelblaue Teil der Balken zeigt die inländische Leistungserbringung. Der hellblaue Teil der Balken zeigt die Kosten der im Ausland erbrachten Leistungen (Import). Der Grossteil der Bruttoleistungen fällt bei den Ärzten und den Spitälern an. Betreffend Importe weisen die Spitäler (ambulant und stationär) absolut die weitaus höchsten Werte auf. Relativ betrachtet sind die Importe bei den Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken am bedeutendsten. Im Inland besteht kein Angebot, alle Leistungen werden aus dem Ausland importiert. Demgegenüber steht der Pflegebereich mit nur inländischen Leistungserbringern.

Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

Abbildung 11 zeigt die von der OKP übernommenen Kosten für das Jahr 2017 nach Leistungserbringerart und -ort. Die Kosten der frei praktizierenden Ärzte zusammen mit den Spitälern prägen die Gesundheitskosten in Liechtenstein. Betreffend die Importe weisen die Akutspitäler sowohl stationär mit 39.5 Mio. Franken als auch ambulant mit 17.5 Mio. Franken die weitaus höchsten Werte auf. Relativ betrachtet ist die internationale Verflechtung des Gesundheitswesens neben den Akutspitälern insbesondere für die Psychiatrischen und die Rehabilitationskliniken essentiell. In diesen zwei Bereichen werden sämtliche Leistungen im Ausland bezogen. Liechtenstein verfügt über kein eigenes Leistungsangebot. Demgegenüber steht der Pflegebereich, in welchem fast ausschliesslich inländische Leistungserbringer tätig sind (Pflegeheime, SPITEX-Organisationen etc.).

Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts fokussieren wir auf die akutstationäre und die ambulante ärztliche Versorgung. Wir analysieren die Versorgungssituation und die internationale Verflechtung dieser zwei Sektoren anhand der Finanzströme im In- und Ausland.

3.3.1 Stationäre Leistungserbringer

Geografische Verteilung

In Abbildung 12 und Abbildung 13 sind die Spitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken der liechtensteinischen Spitalliste als Punkte dargestellt. Die stationäre Versorgung im liechtensteinischen Gesundheitswesen ist regional stark konzentriert. Die Spitäler und Kliniken sind hauptsächlich im Werdenbergerland über das Rheintal bis und mit Sankt Gallen und in der Stadt Zürich angesiedelt. Ein weiterer wichtiger Standort im akutstationären Bereich ist das Kantonsspital Graubünden in der Stadt Chur. In Österreich steht das Landeskrankenhaus Feldkirch und die Klinik Dr. Schenk auf der akutstationären und das Landeskrankenhaus Rankweil auf der psychiatrischen Spitalliste. In Deutschland sind nur die Rehabilitationskliniken Schmieder Teil der Spitalliste.

Die grosse Mehrheit der importierten akutstationären Gesundheitsleistungen stammen aus den Standortbezirken der Vertragsspitäler, insbesondere dem geografisch nahe gelegenen Rheintal/Werdenberger-/Sarganserland mit den Spitälern Grabs und Walenstadt⁴⁷ sowie aus der Stadt Zürich mit dem Universitätsspital und den Hirsländen-Spezialkliniken auf der Spitalliste. Weitere bedeutende Finanzströme fliessen in die Städte Chur und St. Gallen. Lediglich 3% der importierten akutstationären Leistungen stammen aus anderen Ländern als der Schweiz. In der psychiatrischen und rehabilitativen Versorgung ist eine starke Konzentration auf einzelne Kliniken zu beobachten. Während die Klinik St. Pirminsberg kostenmässig 43% der psychiatrischen Leistungen erbringt, sind es bei der Klinik Valens sogar 50% der rehabilitativen Leistungen (vgl. Tabelle 5 im Anhang). Rund 98% der Leistungen der psychiatrischen und rehabilitativen Versorgung werden aus der Schweiz importiert.

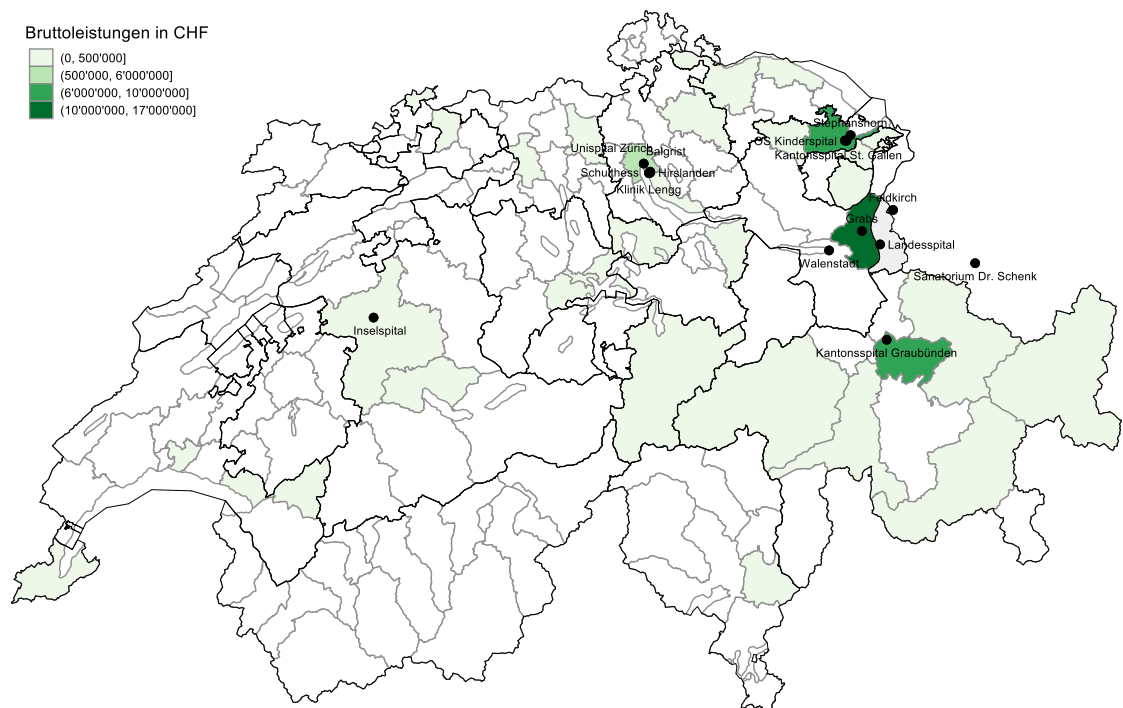
Liechtensteinische Versicherte beziehen in der Schweiz neben den oben genannten Zentren auch vereinzelt Leistungen in Genf, Basel, Bern, Luzern und vielen weiteren Regionen der Schweiz. Dabei handelt es sich jedoch nur um sehr wenige Leistungen, die von Nicht-Vertragsspitalern und -Kliniken erbracht werden, wobei das Verhalten vorwiegend im akutstationären Bereich zu be-

⁴⁷ Da sich die Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt zur Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland zusammengeschlossen haben und ihre Leistungen als Spitalverbund den Krankenversicherern in Rechnung stellen, enthält der LKV Datenpool keine Daten pro Spitalstandort. Die Leistungen des Spitalverbunds wurden dem Bezirk Werdenberg mit dem Spital Grabs zugewiesen.

obachten ist. Die Leistungen können durch Notfallbehandlungen, Leistungsbezügen durch Wochenaufenthalter und der hohen Verbreitung von Zusatzversicherungen in Liechtenstein erklärt werden.

Rund drei Viertel der stationären Kosten und zwei Drittel der stationären Importe fallen in den Akutspitälern an. Mit 39.5 Mio. Franken ist der Finanzstrom ins Ausland an die Akutspitäler am grössten. Zwischen 2011 und 2017 ist die Höhe der importierten akutstationären Leistungen um rund 10 Mio. Franken gestiegen. Ein Kostensprung war sowohl im In- als auch im Ausland 2013 aufgrund der Einführung des DRG-Systems zu verzeichnen. Der Importanteil stieg von 73% im Jahr 2011 auf 77% im Jahr 2017 an. Im Inland wurden 2017 akutstationäre Leistungen im Umfang von rund 12 Mio. Franken erbracht. Obwohl die Kosten in den psychiatrischen Kliniken mit 7.7 Mio. Franken und den Rehabilitationskliniken mit 4.2 Mio. Franken weitaus geringer sind, spielt gerade in diesen zwei Bereichen die internationale Verflechtung des liechtensteinischen Gesundheitswesens eine besonders grosse Rolle. Sämtliche dieser Leistungen werden aus dem Ausland importiert. Liechtenstein verfügt über kein eigenes Leistungsangebot. Die importierten Leistungen stiegen kostenmässig von 2011 bis 2017 in beiden Bereichen um 52% an.

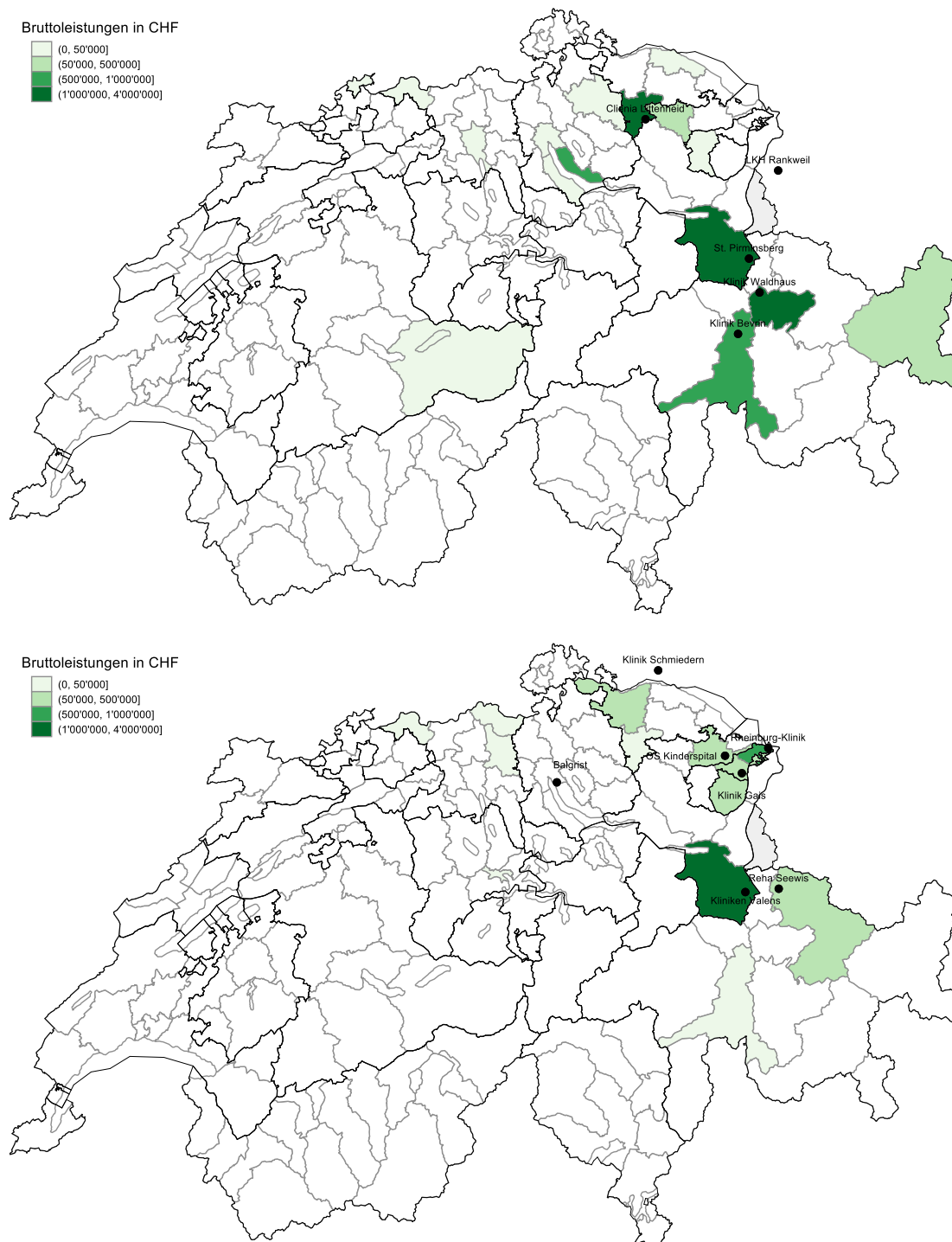
Abbildung 12 Karte der ausländischen akutstationären Versorgung und deren Finanzströme in die Schweiz im Jahr 2017



Die Abbildung zeigt die Vertragsspitäler (schwarze Punkte) und die Finanzströme in die Schweizer Bezirke. Je dunkler der Bezirk eingefärbt ist, desto höher sind die Finanzströme in diesen. Die Leistungen der Spitalregion Rheintal/Werdenberger-/Sarganserland wurden dem Bezirk Werdenberg (Spital Grabs) zugewiesen. Der Grossteil der importierten akutstationären Leistungen stammen aus den Standortbezirken der Vertragsspitäler mit einem Schwerpunkt im Werdenbergerland mit dem Spital Grabs. Weitere wichtige Zentren sind St. Gallen, Chur und die Stadt Zürich.

Quelle: LKV Datenpool, BFS, eigene Darstellung.

Abbildung 13 Versorgungssituation und Finanzströme in die Schweiz im Jahr 2017. Psychiatrische Kliniken (oben) und Rehabilitationskliniken (unten)



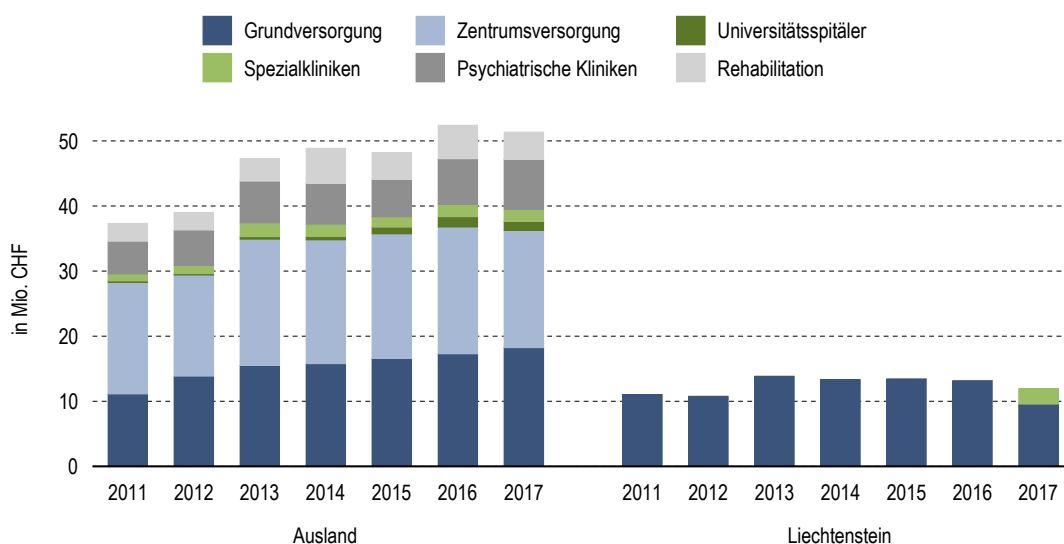
Die Abbildung zeigt die Vertragsspitäler (schwarze Punkte) und die Finanzströme in die Schweizer Bezirke. Je dunkler der Bezirk eingefärbt ist, desto höher sind die Finanzströme in diesen. Im Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich ist eine starke Fokussierung auf einzelne Institutionen zu beobachten, die bis zu 50% Kostenanteil in ihrem Bereich erreichen. Der Leistungsbezug bei Nicht-Vertragsinstitutionen ist wesentlich geringer ausgeprägt als im akutstationären Bereich.

Quelle: LKV Datenpool, BFS, eigene Darstellung.

Spitaltypen und Fachgebiete

Die inländische akutstationäre Versorgung beschränkt sich auf das Liechtensteinische Landesspital (LLS), welches als Grundversorgungsspital⁴⁸ klassifiziert ist. Kurzzeitig erbrachte die Mediconova Privatklinik 2017/2018 Leistungen als Spezialklinik im Inland (vgl. Abbildung 14). Diese musste aufgrund Insolvenz ihre Türen 2018 wieder schliessen. Importiert werden fast ausschliesslich Leistungen von Spitälern der Grund- und Zentrumsversorgung. Ein kleiner Anteil entfällt auf Universitätsspitäler und Spezialkliniken. Die importierten Leistungen von Grundversorgungsspitälern stammen fast ausschliesslich von der Spitalregion Rheintal, insbesondere dem Spital Grabs. Die Importe stellen die stationäre Grundversorgung der liechtensteinischen Patienten sicher. Die Zentrumsversorger, Universitätsspitäler und Spezialkliniken komplettieren das Leistungsangebot für die liechtensteinische Bevölkerung entscheidend.

Abbildung 14 Entwicklung Bruttoleistungen OKP nach Spitaltyp und In-/Ausland



Die Abbildung zeigt die Entwicklung der stationären Bruttoleistungen der Akutspitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken über die Jahre 2011 bis 2017. Der linke (rechte) Teil der Grafik zeigt die im Ausland (Inland) erbrachten Leistungen. Die Spitaltypen sind grundsätzlich gemäss BFS klassifiziert.⁴⁹ Mit dem Landesspital verfügt Liechtenstein im Inland nur über ein Grundversorgerspital. Die importierten akutstationären Leistungen stammen fast ausschliesslich aus Zentrumsspitälern (z. B. Grabs, KSGR), die seinerseits neben der Grundversorgung das Leistungsangebot für das liechtensteinische Gesundheitswesen zusammen mit den Universitätsspitälern komplettieren. Psychiatrische und rehabilitative Leistungen werden ausschliesslich im Ausland erbracht.

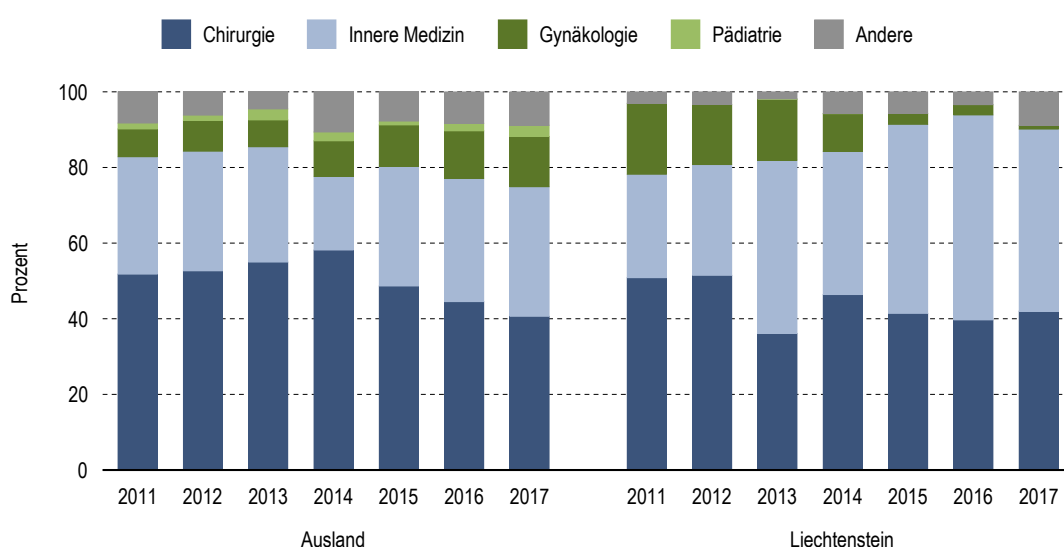
Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

⁴⁸ Die Klassifizierung wird einerseits anhand des Leistungsangebots andererseits der Anzahl behandelter Fälle des Spitals vorgenommen. Ein Zentrumsspital verfügt gegenüber einem Grundversorgungsspital demzufolge über ein breiteres Leistungsangebot, das vor allem mehr spezialisierte Fachgebiete umfasst und andererseits gesamthaft über mehr Fälle.

⁴⁹ Die Spitalregion Rheintal mit dem Spital Grabs, die aus Schweizer Sicht zu den Zentrumsversorgern gehört, wurde den Grundversorgungsspitälern zugeordnet. Das Spital Grabs übernimmt für die liechtensteinische Bevölkerung einen Grossteil der Grundversorgung. Bei komplexeren Krankheiten stehen die Kantonsspitäler St. Gallen

Die Chirurgie und die Innere Medizin sind sowohl im In- als auch im Ausland die Fachgebiete mit den höchsten Leistungszahlen. Der Anteil der importierten chirurgischen Leistungen hat in den letzten fünf Jahren zu Gunsten der Gynäkologie und der Inneren Medizin abgenommen. Diese Entwicklung zeigt sich ebenfalls in den absoluten Zahlen. Auch im Inland waren in den letzten Jahren die chirurgischen Leistungen anteilmässig leicht rückläufig.⁵⁰ Die Ausweitung der importierten gynäkologischen und Geburtshilfeleistungen ist auf die Schliessung der Geburtenabteilung im LLS Ende 2014 zurückzuführen. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu erwähnen, dass Liechtenstein im stationären Bereich sämtliche pädiatrischen Leistungen im Ausland einkauft.

Abbildung 15 Akutstationäre Versorgung nach Abteilungen und In-/Ausland



Die Abbildung zeigt die anteilmässige Aufteilung der Bruttoleistungen auf die Fachgebiete der akutstationären Versorgung und deren Entwicklung über die Jahre 2011 bis 2017. Der linke (rechte) Teil der Grafik zeigt die im Ausland (Inland) erbrachten Leistungen. Sowohl im In- als auch im Ausland dominieren die Abteilungen der Chirurgie und der Inneren Medizin die Kosten. Im Ausland ist seit 2014 ein stetiger Rückgang des Ausgabenanteils an die Chirurgie zu Gunsten der Inneren Medizin und der Gynäkologie zu beobachten. Die Schliessung der Geburtenabteilung im LLS im Jahr 2014 spiegelt sich ebenfalls in den Daten wieder. Pädiatrische Leistungen werden ausschliesslich aus dem Ausland importiert.

Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

und Graubünden als Anlaufstellen auf der Spitalliste.

⁵⁰ Die Gründe dieses kostenmässigen Rückgangs liessen sich im Rahmen der vorliegenden Studie nicht abschliessend ergründen. Grundsätzlich kann der Rückgang in den Bruttoleistungen einerseits aufgrund einer Mengenreduktion andererseits einer Preisreduktion zustande kommen. Im stationären Bereich wurde 2014 in Liechtenstein der SwissDRG als Tarifstruktur eingeführt. Die Preise der Leistungen im SwissDRG werden jährlich kostenbasiert neu berechnet. Dadurch könnte eine kontinuierliche Preisreduktion bei den chirurgischen Leistungen entstehen, falls diese bei Einführung des SwissDRG zu hoch bewertet waren.

Wichtige Spitäler

Die Spitalregion Rheintal mit ihren Spitälern Altstätten, Grabs und Walenstadt erbrachte 2017 mit rund 16.3 Mio. Franken in etwa vierzig Prozent der importierten akutstationären Leistungen und war damit der grösste ausländische Leistungserbringer (vgl. Tabelle 4 im Anhang). Im Vergleich dazu rechnete das LLS 2017 rund 9.6 Mio. Franken ab. Neben den im akutstationären Bereich dominierenden Fachgebieten Chirurgie und Innere Medizin wurden durch die Spitalregion Rheintal ein Grossteil der importierten gynäkologischen und Geburtshilfeleistungen, der radiologischen Leistungen, sowie sämtliche geriatrischen Leistungen erbracht. Die Kantonsspitäler St. Gallen (KSSG) und Graubünden (KSGR) stellten die nächstgrössten ausländischen Akutspitäler dar. Während das KSSG einen Grossteil der importierten ophthalmologischen Leistungen erbrachte, stechen im KSGR die erbrachten Leistungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die pädiatrischen Leistungen heraus. Diese Spezialisierungen sind selbstverständlich auch den von der Schweiz und Liechtenstein vergebenen Leistungsaufträgen geschuldet. Das KSGR hat im Vergleich zum Ostschweizer Kinderspital als einziger Leistungserbringer den Leistungsauftrag der hochspezialisierten Neonatologie⁵¹. Das KSSG hingegen hat gegenüber dem KSGR in der Augenheilkunde einen Leistungsauftrag für die Behandlung von Katarakten und Glaskörper- respektive Netzhauterkrankungen.

Weitere ausländische Leistungserbringer mit einem hohen Importanteil sind neben den Universitätsspitalern die Klinik Hirslanden in Zürich, das Landeskrankenhaus Feldkirch und die Klinik im Park, ebenfalls in Zürich. Wiederum sind die grössten Leistungsblöcke dieser Spitäler in der Chirurgie und der Inneren Medizin. Zumindest bei den Universitätsspitalern ist jedoch davon auszugehen, dass innerhalb dieser zwei Fachgebiete vor allem Patienten mit besonderen Krankheitsbildern oder hohen Schweregraden behandelt werden. Die hohen Werte bei den zwei Hirslanden-Kliniken könnten aufgrund derer Fokussierung auf privatversicherte Patienten, deren Anteil in Liechtenstein sehr bedeutend ist, zustande kommen.

Export akutstationärer Leistungen

Das inländische stationäre Leistungsangebot ist im Vergleich zum Leistungsangebot in den Nachbarstaaten Schweiz und Österreich sehr beschränkt und entsprechend wenig attraktiv für die dortigen Versicherten. Über die Jahre 2011 bis 2017 wurden Leistungen in der Höhe von durchschnittlich jährlich rund 225'000 Franken⁵² an Versicherte mit einem Schweizer OKP-Vertrag erbracht. Für die österreichischen Versicherten liegen uns leider keine Zahlen vor. Da die Leistungen in Liechtenstein tendenziell höher tarifiert sind als in Österreich und die österreichische Krankenversicherung maximal den inländischen Tarif vergütet, gehen wir davon aus, dass die Exporte noch geringer ausfallen als in die Schweiz.

3.3.2 Ambulante Leistungserbringer

Der Importanteil im ambulanten Sektor ist weitaus geringer als im stationären. In den Jahren zwischen 2011 und 2017 betrug er durchschnittlich 22%. In den letzten drei Jahren der Zeitreihe ist er kontinuierlich angestiegen und war 2017 mit 26% und 33.5 Mio. Franken auf dem Höchstwert. Die grössten Kostenblöcke in der ambulanten Versorgung liegen bei den Grundversorgern⁵³, den

⁵¹ Die Neonatologie ist die Lehre vom Neugeborenen und dessen Erkrankungen. Es ist ein Teilgebiet der Kindermedizin, welches sich mit den medizinischen Aspekten der Neugeborenenphase beschäftigt

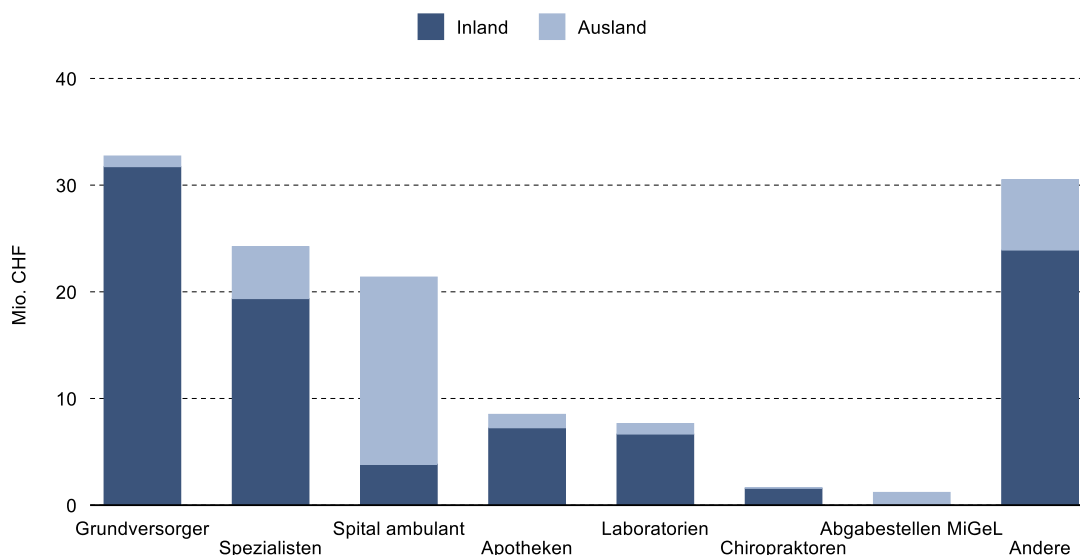
⁵² Mit einer Standardabweichung von rund 150'000 Franken.

⁵³ Zu den Grundversorgern zählen wir die Facharztgruppen der allgemeinen inneren Medizin, praktische Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin und Psychiater. Alle anderen Facharztgruppen sind unter Spezialisten zusammengefasst.

Spezialisten und den Spitalambulatorien. Weitere wichtige Leistungserbringergruppen sind Apotheken und Laboratorien. Der Anteil der Leistungserbringergruppen an den Gesamtimporten war im betrachteten Zeitraum konstant (vgl. Abbildung 22 im Anhang).

In der ambulanten Bedarfsplanung sind aktuell im Ausland nur Spezialisten zur Abrechnung gegenüber der OKP zugelassen. Entsprechend ist der Importanteil bei den Grundversorgern vernachlässigbar klein.⁵⁴ Rund 4.9 Mio. Franken respektive 20% der Leistungen der Spezialisten wurden 2017 importiert. Bei den Spitalambulatorien waren es 17.5 Mio. Franken respektive 82%. Leistungen der Abgabestellen für Mittel und Gegenstände wurden 2017 fast ausschliesslich im Ausland eingekauft. Gemessen an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens ist diese Leistungserbringergruppe jedoch vernachlässigbar klein. Hier gilt es zudem zu erwähnen, dass Mittel- und Gegenstände auch von anderen Leistungserbringern abgegeben werden und keine komplette Abhängigkeit vom Ausland besteht.

Abbildung 16 Bruttoleistungen ambulant 2017 nach In-/Ausland

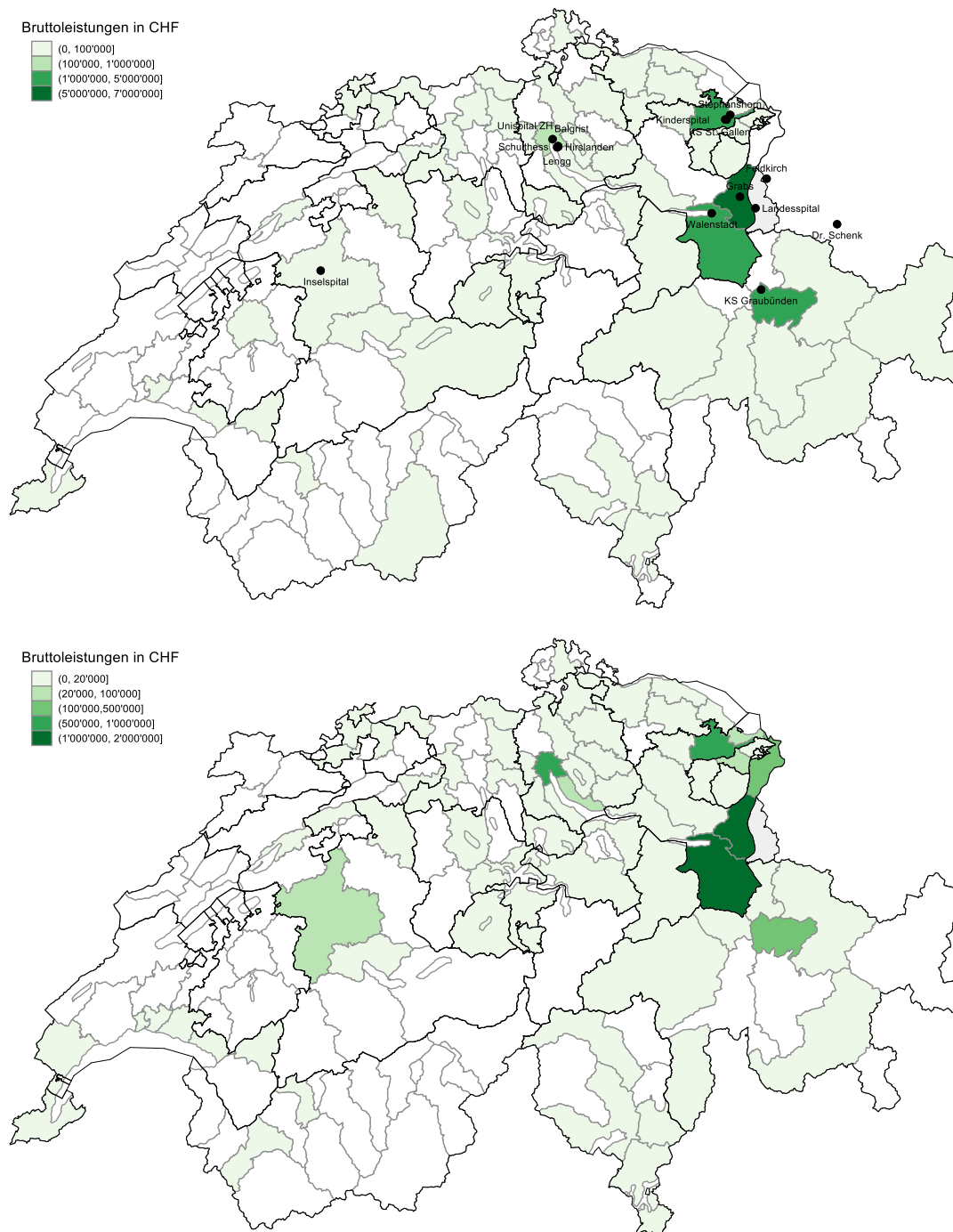


Die Abbildung zeigt die ambulanten Kosten der OKP für das Jahr 2017. Die Balken fassen die in- und ausländischen Leistungserbringer der jeweiligen Leistungserbringergruppen zusammen. Der dunkelblaue Teil der Balken zeigt die inländische Leistungserbringung. Der hellblaue Teil der Balken zeigt die Kosten der im Ausland erbrachten Leistungen (Import). Die freipraktizierende Ärzteschaft und die Spitalambulatorien dominieren die ambulanten Kosten in Liechtenstein. Weitere bedeutende Leistungserbringergruppen sind die Apotheken und Laboratorien. Die internationale Verflechtung ist für den ambulanten Spitalbereich besonders bedeutend, wo der Importanteil mit Abstand am grössten ist. Aufgrund der Bedarfsplanung sind keine ausländischen Grundversorger zur Abrechnung gegenüber der OKP zugelassen. Entsprechend niedrig fällt auch deren Importanteil aus. Bei den Spezialisten sind vereinzelt OKP-Stellen durch ausländische Ärzte besetzt, wodurch ein nicht vernachlässigbarer Teil der Leistungen importiert wird.

Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

⁵⁴ Bei Notfällen werden die Kosten der Behandlung bei sämtlichen ausländischen Leistungserbringern durch die OKP übernommen. Die Importe bei den Grundversorgern könnten dadurch erklärt sein.

Abbildung 17 Finanzströme in die Schweiz im Jahr 2017. Spital ambulant (oben) und Spezialisten (unten)



Die Abbildung zeigt die ambulanten Finanzströme in Schweizer Bezirke. In der oberen Karte sind die Finanzströme in die Spitalambulatorien, in der unteren zu niedergelassenen Spezialisten dargestellt. Je dunkler die Bezirke eingefärbt sind, desto höher sind die Importe. Liechtensteinische Versicherte konsultieren ausländische Spitalambulatorien und Spezialisten grossmehrheitlich in grenznahen Gebieten. Wie im stationären Bereich werden die Leistungen hauptsächlich bei Vertragsspitälern und -ärzten bezogen. Eine geringe Anzahl an Konsultationen finden über die ganze Schweiz verteilt statt.

Quelle: LKV Datenpool, BFS, eigene Darstellung.

Geografische Verteilung

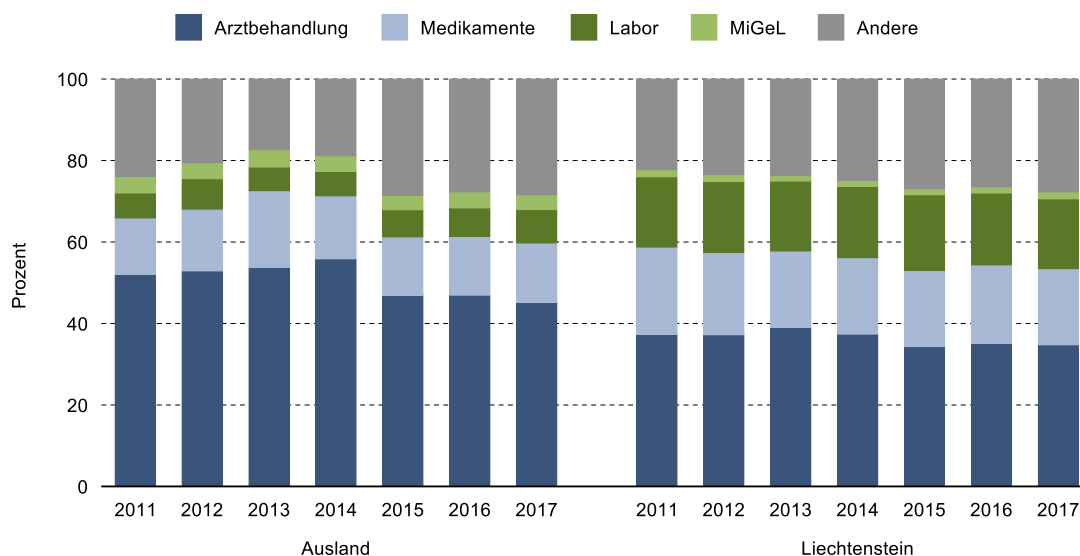
Die importierten ambulanten ärztlichen Leistungen stammen sowohl im Spital ambulant als auch bei den frei praktizierenden Ärzten hauptsächlich aus dem Rheintal, Sarganser-, Werdenbergerland, Chur, St. Gallen und der Stadt Zürich (vgl. Abbildung 17). Diese geografische Verteilung gleicht sehr stark derjenigen der stationären Versorgung. Erneut fällt auch hier auf, dass liechtensteinische Versicherte – obwohl die absoluten Zahlen gering sind – in der ganzen Schweiz, insbesondere der Deutschschweiz, Leistungen bezogen haben.

Insgesamt werden mindestens 83% der importierten ambulanten Leistungen in der Schweiz erbracht. Mindestens rund 8% stammen aus anderen Ländern und 9% der Leistungen sind in den Daten nicht klar der Schweiz oder dem übrigen Ausland zugeordnet.

Leistungsarten

Arztbehandlungen, Medikamente und Laboranalysen umfassen 2017 rund 70% der ambulanten OKP-Kosten (vgl. Abbildung 18). Jeder zweite Franken der importierten ambulanten Leistungen wurde im betrachteten Zeitraum durchschnittlich für Arztbehandlungen ausgegeben. Im Inland beliefen sich die Kosten von Arztbehandlungen im betrachteten Zeitraum auf durchschnittlich 36% der ambulanten Kosten. Es entfielen jedoch im Vergleich zum Ausland prozentual mehr Kosten auf Laboranalysen und Medikamente.

Abbildung 18 Ambulante Kosten nach Leistungsart und In-/Ausland



Die Abbildung zeigt die Aufteilung der ambulanten Kosten auf die Leistungsarten zwischen 2011 und 2017. Wir unterscheiden zwischen Arztbehandlungen, Medikamenten, Laboranalysen, Mittel und Gegenständen (MiGeL) und anderen Leistungsarten. Die Balken summieren sich jeweils auf 100%. Während die linke Grafik die Aufteilung der Importe zeigt, ist in der rechten Grafik die Aufteilung der im Inland erbrachten Leistungen dargestellt. Der Kostenanteil von Arztbehandlungen ist im Ausland höher als im Inland. Im Inland werden prozentual mehr Laboranalysen in Rechnung gestellt, was vermutlich an den ausschliesslich im Inland zur OKP zugelassenen Grundversorgern liegt.

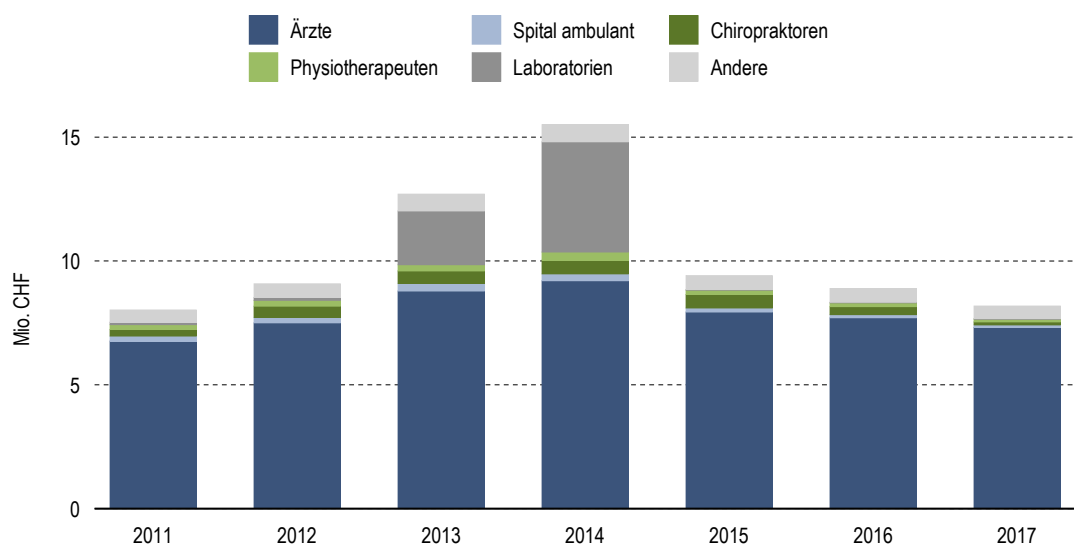
Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

Export ambulanter Leistungen

In den Jahren 2011 bis 2017 exportierte der ambulante Sektor des liechtensteinischen Gesundheitswesens durchschnittlich rund 10 Mio. Franken jährlich, was in etwa 10% der inländischen ambulanten Leistungen entsprach. Circa 80% der jährlichen Exporte stammten von den niedergelassenen Ärzten. Die Fachärzte der Ophthalmologie erwirtschafteten im betrachteten Zeitraum zwischen 20 bis 37% der Exporte. Danach folgen die Kinder- und Jugendmediziner mit 9 bis 17%.

Die exportierten Leistungen stiegen von 2011 bis 2014 stetig an, wobei das Wachstum hauptsächlich den Laboratorien zu verdanken war. Die exportierten Laborleistungen brachen von 2014 auf 2015 zusammen und die gesamten Exporte waren danach ebenfalls rückläufig. Da es 2014 von Seiten Schweiz zu einer Teilsuspendierung des Notenwechsels betreffend die Patientenmobilität kam, werden seither nichtärztliche Leistungen nicht mehr von der Schweizer OKP vergütet. Dies führte dazu, dass die bisher in Liechtenstein erbrachten Laborleistungen für Schweizer Patienten wieder in die Schweiz verlagert wurden und somit die Exporte einbrachen.

Abbildung 19 Export ambulanter Leistungen in die Schweiz



Die Abbildung zeigt die aus Liechtenstein exportierten Gesundheitsleistungen in die Schweiz zwischen 2011 und 2017. Durchschnittlich exportierte Liechtenstein zwischen 2011 und 2017 ambulante Leistungen in der Höhe von 10 Mio. Franken in die Schweiz, was 10% der inländischen ambulanten Leistungserbringung entspricht. Der Grossteil der Leistungen wurde von Ärzten erbracht. Auffällig sind die hohen Laboranalysexporte in den Jahren 2013 und 2014, die 2015 abrupt einbrachen. Der Rückgang ist durch die Teilsuspendierung des Notenwechsels zur Patientenmobilität von Seiten Schweiz zu erklären, worauf ab 2015 nicht-ärztlichen Leistungen von der Schweizer OKP nicht weiter übernommen wurden.

Quelle: SASIS Datenpool, eigene Darstellung.

Die Exporte ins Nachbarland Österreich dürften sich auf einem sehr niedrigen Niveau bewegen, obwohl die Patientenmobilität aufgrund der EU-Regelung möglich wäre (siehe Abschnitt 3.2). In der österreichischen sozialen Krankenversicherung bestehen Verträge zwischen den Versicherern

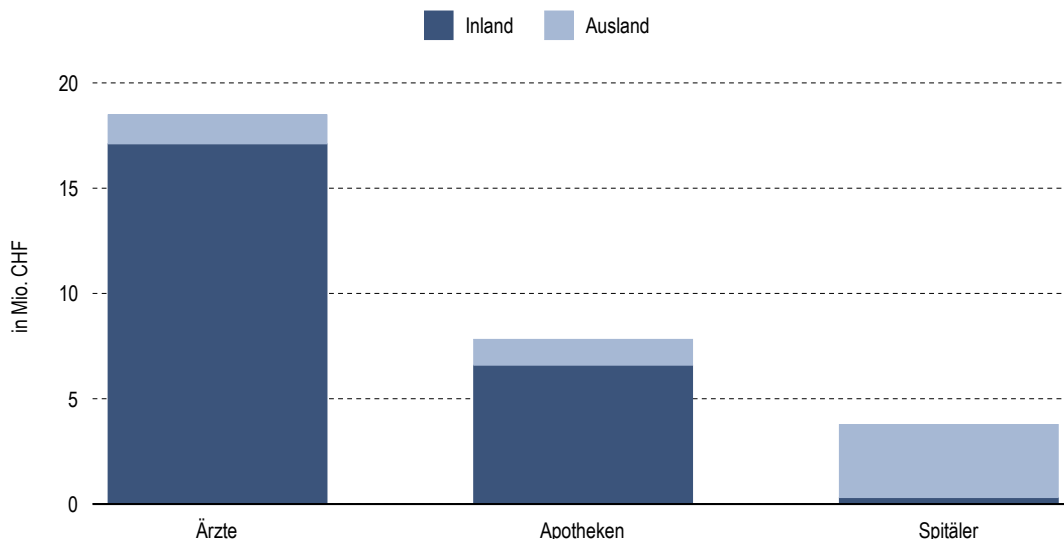
und Ärzten. Grundsätzlich werden nur die vollen Kosten dieser Vertragsärzte übernommen. Konsultiert ein österreichischer Versicherter einen Nicht-Vertragsarzt (im In- oder Ausland) kann er Antrag auf Rückerstattung bei seiner Krankenversicherung stellen, wobei in den allermeisten Fällen nur 80% der Kosten des Tarifs eines österreichischen Vertragsarztes rückvergütet werden. Da es in Liechtenstein keine Vertragsärzte von österreichischen Krankenversicherern gibt und zusätzlich die Preise in Liechtenstein in der Regel höher sind als in Österreich dürfte eine Konsultation bei liechtensteinischen Ärzten für österreichische Versicherte eine kostspielige Zuzahlung nach sich ziehen.

3.4 Arzneimittel

3.4.1 Arzneimittelkosten OKP

In Liechtenstein dürfen Apotheken, Spitäler und frei praktizierende Ärzte Arzneimittel abgeben. Die Führung einer Praxisapothekes durch die frei praktizierenden Ärzte, die sogenannte Selbstdispensation, ist im ganzen Land erlaubt. In der Schweiz gilt dies nur für gewisse Kantone und/oder Regionen. Gesamthaft wurden 2017 Arzneimittel im Wert von 30.3 Mio. Franken⁵⁵ zu Lasten der OKP verkauft. Wie in Abbildung 20 ersichtlich ist die Selbstdispensation in Liechtenstein stark verbreitet. 2017 wurde rund 60% des Arzneimittelumsatzes in der OKP durch die frei praktizierenden Ärzte erwirtschaftet. Von den Apotheken, aktuell sind es deren fünf im Inland, wurde rund ein Viertel der Arzneimittel umgesetzt. Der absolute und relative Import war 2017 bei den Spitälern mit Abstand am grössten. Hier spielt selbstverständlich die starke internationale Verflechtung des stationären Sektors eine entscheidende Rolle. Insgesamt ist der Importanteil bei den Arzneimitteln nicht von grosser Bedeutung und betrug in den vergangenen Jahren durchschnittlich rund 20%.

⁵⁵ Die im stationären Sektor abgegebenen Arzneimittel sind in diesen Zahlen allerdings nicht enthalten, da die Vergütung über Fallpauschalen geregelt ist und diese die Arzneimittel beinhalten. Eine gesonderte Ausweisung der Arzneimittel findet nicht statt.

Abbildung 20 Arzneimittelkosten OKP 2017 nach Leistungserbringer und In-/Ausland

Die Abbildung zeigt die Umsätze der Leistungserbringergruppen mit Arzneimitteln in der OKP im Jahr 2017. Der hellblaue Teil der Balken zeigt den Arzneimittelkonsum bei ausländische Leistungserbringern durch liechtensteinische Versicherte. In Spitälern werden nur ambulant abgegebene Medikamente erfasst, da die stationären Medikamente über die Fallpauschalen vergütet werden. Bei den Apotheken sind nur Medikamentenumsätze, keine Leistungstarife oder Mittel und Gegenstände enthalten. Rund 60% der Medikamentenkosten fielen bei frei praktizierenden Ärzten an. Weitere 25% bei Apotheken. Ein relativ geringer Anteil der Medikamente dieser zwei Leistungserbringergruppen wurde im Ausland bezogen. Demgegenüber steht der ambulante Spitalsektor, wo Medikamente, bedingt durch die Versorgungssituation, fast ausschliesslich im Ausland bezogen wurden.

Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

3.4.2 Zulassung, Vertrieb und Vergütung

Liechtenstein orientiert sich im Arzneimittelbereich besonders stark an der Schweiz. Liechtenstein besitzt zwar ein eigenes Heilmittelgesetz (HMG), im Rahmen des Zollvertrags gilt jedoch ein Grossteil⁵⁶ des schweizerischen HMG auch in Liechtenstein. Die vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassenen Arzneimittel- und Spezialitätenlisten gelten ebenfalls in Liechtenstein (vgl. Art. 52 KVV). Betreffend Arzneimittel aus dem EWR besteht ein eigenes EWR-Arzneimittelgesetz, welches den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen regelt.⁵⁷

Zulassungsinhaber haben drei Möglichkeiten, eine Zulassung für Ihr Arzneimittel in Liechtenstein zu erlangen.

⁵⁶ Gemäss Notenaustausch zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz betreffend die Geltung der schweizerischen Heilmittelgesetzgebung in Liechtenstein vom 11. Dezember 2001 (LR 0.812.101) kann das schweizerische HMG mit Ausnahme von Art. 44 erster Halbsatz, Art. 64, 68 Abs. 1, 71 Abs. 2 zweiter Satz, 84 Abs. 2, 91 Abs. 1, 92 und 93 sowie der nachfolgenden Bestimmungen, soweit der Handel im Ausland betroffen ist: Art. 18 Abs. 1 Bst. c, Art. 21, Art. 66 Abs. 2 Bst. e, Art. 86 Abs. 1 Bst. b, Art. 87 Abs. 1 Bst. a angewandt werden.

⁵⁷ Das liechtensteinische HMG und der Zollvertrag berühren die Bestimmungen dieses Gesetzes nicht (analog den Grundsätzen der Rechtsanwendung des Zollrechts seit dem EWR-Beitritt).

- (1) Arzneimittel, die von der schweizerischen Zulassungsbehörde Swissmedic eine Zulassung erhalten haben, sind automatisch in Liechtenstein zugelassen. Liechtenstein behält sich seit Mitte 2005 vor, dass Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen nicht automatisch in Liechtenstein anerkannt werden, sondern in der Regel erst nach zwölf Monaten auf Entscheidung des Amts für Gesundheit.⁵⁸
- (2) Arzneimittel, die im zentralisierten Verfahren für alle EU-Staaten gleichzeitig eine Zulassung erhalten haben, sind automatisch in Liechtenstein zugelassen. Bis Mitte 2019 wurden gesamthaft rund 1'100 Arzneimittel im zentralisierten Verfahren zugelassen.
- (3) Arzneimittel, die im Rahmen des dezentralen Verfahrens⁵⁹ eine Zulassung in Österreich erhalten haben, werden auf Antrag des Zulassungsinhabers automatisch in Liechtenstein anerkannt. Liechtenstein hat diesbezüglich mit Österreich ein Abkommen abgeschlossen.⁶⁰ Von dieser Möglichkeit wurde bis acht Jahre nach Inkrafttreten fast nie Gebrauch gemacht. Mitte 2019 waren lediglich rund 20 Humanarzneimittel aufgrund des Abkommens mit Österreich in Liechtenstein zugelassen.

In Liechtenstein zugelassene EWR-Arzneimittel bedürfen einer Genehmigung für den Vertrieb. Antragsberechtigt sind in einem EWR-Mitgliedstaat niedergelassene Personen mit einer Bewilligung zur Herstellung von oder zum Grosshandel mit Arzneimitteln. Wird die Genehmigung für den Vertrieb erteilt, wird das Arzneimittel auf die EWR-Arzneimittelliste aufgenommen. Beim Vertrieb von EWR-Arzneimitteln muss zudem sichergestellt werden, dass es nicht zu einem Umgehungsverkehr kommt. Das heisst, dass im EWR zugelassene Arzneimittel, welche in der Schweiz nicht in Verkehr gebracht werden dürfen, via Liechtenstein in die Schweiz gelangen. Um dies zu gewährleisten, hat Liechtenstein ein Marktüberwachungs- und Kontrollsystem (MKS) aufgebaut. Im Zusammenhang mit Arzneimitteln schreibt das MKS vor, dass in den Verkaufs- und Geschäftsräumen des Verkäufers auf das Verbot der Verbringung der Arzneimittel in die Schweiz hingewiesen werden muss. Zudem besteht eine Meldepflicht des beabsichtigten Imports gegenüber dem Amt für Volkswirtschaft, welches weitere Vorschriften erlässt.

Die zugelassenen und zum Vertrieb genehmigten EWR-Arzneimittel werden nicht automatisch in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen. Nur für die vom schweizerischen BAG auf die Spezialitätenliste aufgenommenen (und von Swissmedic zugelassenen) Arzneimittel gilt Vergütungspflicht durch die liechtensteinischen Krankenversicherer. Entspricht das EWR-Arzneimittel bezüglich Hersteller, Wirkstoff(-kombination) und Darreichungsform⁶¹ einem auf der SL gelisteten Arzneimittel besteht ebenfalls Vergütungspflicht der Krankenversicherer für das EWR-Arzneimittel (vgl. Art. 53 KVV). Liegt der Preis eines dieser EWR-Arzneimittel unter dem Preis für das entsprechende Arzneimittel auf der schweizerischen Spezialitätenliste, so haben die Krankenversicherer nur noch den Preis für das EWR-Arzneimittel zu vergüten. Für EWR-Arzneimittel,

⁵⁸ Diese Regelung wurde eingeführt, um wirtschaftliche Nachteile für Unternehmen, die Zulassungen beim schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) beantragen, zu vermeiden. Da Swissmedic die Zulassung meist vor den europäischen Zulassungsstellen erteilt, galt die schweizerische Zulassung durch die automatische Anerkennung in Liechtenstein im EWR bereits als Erstzulassung.

⁵⁹ Das heisst die Zulassung erfolgt zuerst in einem EU-Mitgliedstaat und wird danach auf weitere EU-Staaten ausgedehnt.

⁶⁰ Arzneimittel werden in Liechtenstein automatisch zugelassen, falls der Antragssteller bei der Zulassung in Österreich auch eine Zulassung für Liechtenstein beantragt. Anträge, die in Liechtenstein eingebracht werden, werden an die zuständigen österreichischen Behörden weitergeleitet. Es gelten die österreichischen Verfahrensvorschriften.

⁶¹ Unterscheidet sich die Wirkstoffkonzentration und/oder die Packungsgrösse vom SL-Arzneimittel muss der Preis entsprechend angepasst werden (vgl. Art. 53 Abs. 6 KVV).

die keinem Arzneimittel auf der SL entsprechen, müsste die Regierung die Vergütung durch die OKP festlegen (vgl. Art. 52 Abs. 3 KVV).

Bisher wurde für kein EWR-Arzneimittel ein Antrag auf Vertrieb eingereicht, weshalb auch keine EWR-Arzneimittelliste geführt wird.

Exkurs Medikamentenpreise

Der Publikumspreis eines kassenpflichtigen Medikaments entsteht nicht auf dem freien Markt, sondern wird staatlich festgesetzt. Er setzt sich zusammen aus dem Fabrikabgabepreis, dem Vertriebszuschlag und der Mehrwertsteuer. Der Fabrikabgabepreis kommt aufgrund eines therapeutischen Quervergleichs (TQV), eines allfälligen Innovationszuschlags und eines Auslandspreisvergleichs (APV) zustande. Beim TQV wird mit den Kosten bereits zugelassener Arzneimittel zur Behandlung derselben Krankheit verglichen. Beim APV werden die Preise in Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Grossbritannien, den Niederlanden, Österreich und Schweden berücksichtigt. Das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) erhebt eine Verkaufsabgabe. Diese wird für jede verkaufte Packung fällig, ist abhängig vom Fabrikabgabepreis und wird vom Hersteller getragen. Sie beträgt höchstens fünf Franken pro Packung und trägt zu fast 50% zu den Einnahmen von Swissmedic bei. Die Vertriebszuschläge für verschreibungspflichtige Medikamente sind ebenfalls staatlich geregelt. Sie setzen sich aus einem fixen Zuschlag pro Packung und einem prozentualen, preisbezogenen Zuschlag zusammen. Die Höhe beider Komponenten variiert in Abhängigkeit des Fabrikabgabepreises (vgl. Abbildung 21). Die Einnahmen aus den Vertriebszuschlägen gehen zu Gunsten der Apotheker und Ärzte. Für nicht verschreibungspflichtige Medikamente gilt ein preisbezogener Vertriebszuschlag von 80% ohne zusätzlichen fixen Zuschlag pro Packung. (Interpharma, 2018)

Abbildung 21 Zusammensetzung des Medikamentenpreises und der Vertriebszuschläge

Publikumspreis (gemäss Spezialitäten- liste, SL) ¹	Mehrwertsteuer (2.5%)		Vertriebszuschläge (Kategorie A und B, ohne LOA ¹)		
	Vertriebskosten	Betriebskosten (Logistik, Infrastruktur, Personal)	Fabrikabgabepreis (in CHF)	+ Preisbezogener Zuschlag	+ Zuschlag je Packung (in CHF)
		Kapitalkosten			
	Fabrikabgabepreis	Verkaufsabgabe			
		Auslandspreis- vergleich (AT, BE, DE, DK, FI, FR, NL, SE, UK) auf der Basis der Fabrikabgabepreise			
		Therapeutischer Quervergleich			
			0.05–4.99	12%	4.00
			5.00–10.99	12%	8.00
			11.00–14.99	12%	12.00
			15.00–879.99	12%	16.00
			880.00–2569.99	7%	60.00
			ab 2570.00	0%	240.00

Quelle: Interpharma (2018).

3.4.3 Parallelimporte aus dem EWR

In Liechtenstein gilt das Konzept der «parallelen Verkehrsfähigkeit». Es besagt, dass auf liechtensteinischem Gebiet sowohl Waren gemäss EWR-Recht als auch Waren gemäss Zollvertragsrecht in Verkehr gebracht werden dürfen. Liechtenstein hat demzufolge die Möglichkeit Arzneimittel einerseits aus dem gemeinsamen Wirtschaftsraum mit der Schweiz zu beziehen, andererseits aus dem EWR zu importieren. Aus dem EWR können zusätzlich sämtliche Arzneimittel parallel importiert werden. In der Schweiz - und somit auch im Wirtschaftsraum Schweiz-Liechtenstein - sind Parallelimporte nur für patentabgelaufene Arzneimittel erlaubt. Der potenzielle

Arzneimittelmarkt im EWR ist einerseits per se grösser als derjenige der Schweiz und andererseits bestehen aufgrund der weniger strikten Regulierung betreffend Parallelimporte mehr Möglichkeiten, was den Markt für Liechtenstein interessant macht.

Parallelimporte aus dem EWR sind im liechtensteinischen EWR-Arzneimittelgesetz und dessen Verordnung geregelt. Es handelt sich dann um einen Parallelimport aus dem EWR, wenn ein bereits in Liechtenstein vertriebenes EWR-Arzneimittel aus einem anderen EWR-Staat als dem bisherigen Importland importiert werden soll. Für den Vertrieb dieser Arzneimittel im Parallelimport erteilt das Amt für Gesundheit auf Antrag die Genehmigung. Antragssteller kann neben dem Hersteller und Grosshändler auch der LKV in Zusammenarbeit mit einem Grosshändler sein. Parallelimporte dürfen nur in Verkehr gebracht werden, wenn sie (neben formellen Anforderungen an den Antragssteller und Hersteller) folgende Punkte erfüllen:

- Das EWR-Arzneimittel muss bereits in Liechtenstein zugelassen sein und vertrieben werden;
- das Arzneimittelsicherheits- respektive Risikomanagement muss dargelegt werden;
- die Beschriftungen und die Packungsbeilage müssen in deutscher Sprache verfasst sein und dürfen keine textlichen Abweichungen zum in Liechtenstein bereits vertriebenen Arzneimittel aufweisen.

Arzneimittel, die ihre Zulassung im zentralisierten Verfahren in der EU erhielten, müssen für die Genehmigung zum Parallelimport das Arzneimittelsicherheits- respektive Risikomanagement nicht darlegen.

Da es bisher noch zu keinem systematischen Import eines EWR-Arzneimittels kam, wurde auch nie von der Möglichkeit zum Parallelimport Gebrauch gemacht. Auch in der Schweiz wird die Möglichkeit der Parallelimporte von patentabgelaufenen Arzneimitteln kaum genutzt.

3.4.4 Verhinderungsgründe für Import von EWR-Arzneimitteln

Für das liechtensteinische Gesundheitswesen wäre ein Import von Arzneimitteln aus dem EWR bzw. der EU aus Kostensicht attraktiv. Typischerweise sind Arzneimittel in der EU niedriger bepreist als in der Schweiz. Besonders ausgeprägt ist die Preisdifferenz im patentabgelaufenen Markt, sprich bei Generika, wo die Substituierbarkeit zudem am grössten ist. Dennoch stammen über 99%⁶² der in Liechtenstein verkauften Arzneimittel aus der Schweiz. Die Verhinderungsgründe für den vermehrten Import von EWR-Arzneimitteln wurden bisher nicht systematisch untersucht. Im Folgenden stellen wir theoretische, ökonomische Überlegungen an, die mögliche Erklärungen liefern können.

- Der Vertrieb von Arzneimitteln wird durch eine Vertriebsmarge vergütet. Die Vertriebsmarge in Liechtenstein (und der Schweiz) ist abhängig vom Arzneimittelpreis. Konkret steigen die Einnahmen der Apotheker und selbstdispensierenden Ärzten, wenn sie höherpreisige Arzneimittel, sprich aus der Schweiz importierte, abgeben.⁶³ Die Leistungserbringer haben demzufolge einen finanziellen Anreiz, Medikamente aus der Schweiz nachzufragen.
- Der Pharmamarkt ist international und die Produktionsstandorte sind teilweise stark zentralisiert, was zu einheitlichen Produktionskosten führt. Bei identischen Produktionskosten fallen die Margen der Hersteller bei höheren Preisen, wie sie in der Schweiz vorhanden sind,

⁶² Quelle: LKV Tarifpool, eigene Berechnungen.

⁶³ Die Marge der Leistungserbringer ist zusätzlich abhängig von den Rabatten, die durch Pharmafirmen gewährt werden. Über die Höhe der Rabatte liegen keine offiziellen Zahlen vor.

grösser aus. Die Differenz in den Preisen wird sich vermutlich nicht eins zu eins in den Margen niederschlagen, da für die Schweiz teilweise aufwendige Zulassungsverfahren und regulatorische Vorschriften (z. B. betreffend Packungsbeilagen) zusätzliche Kosten verursachen. Die Vermutung steht demzufolge nahe, dass auch die Pharmafirmen ein geringes Interesse haben, Medikamente über die EU auf den liechtensteinischen Markt zu bringen, um niedrigere Preise durchzusetzen.

Der Anreiz mit einem Markteintritt zusätzliche Marktanteile (v. a. im patentabgelaufenen Bereich) zu gewinnen, dürfte aufgrund der Kleinheit des liechtensteinischen Marktes ebenfalls sehr gering ausfallen.

- Ein dritter Verhinderungsgrund ist die enge Anbindung des liechtensteinischen Gesundheitswesens an die Schweiz. Die liechtensteinischen Apotheken sind entweder an das schweizerische Vertriebsnetz angehängt oder sogar Teil einer schweizerischen Apothekenkette. Für die Schweizer Grossisten ist die Aufnahme von EWR-Arzneimitteln in ihr Sortiment für den sehr kleinen Markt Liechtenstein wirtschaftlich vermutlich nicht attraktiv.
- Durch den gemeinsamen Währungsraum mit der Schweiz ist der Import von Arzneimitteln aus dem EWR gegenüber Schweizer Arzneimitteln mit einem Währungsrisiko verbunden. Da im Inland auch für EWR-Arzneimittel regulierte, fixe Preise in Schweizer Franken gelten (vgl. Exkurs in Abschnitt 3.4.2) und der Einkauf in Euro zu tätigen ist, müssen Wechselkursschwankungen von den Grossisten und/oder Apotheken, Ärzten und Spitälern getragen werden, was deren Gewinnmarge schmälert. Welcher Akteur schlussendlich das Wechselkursrisiko tragen würde ist schwer abzuschätzen, da die Rabattvergaben und die Verträge zwischen Grossisten und Leistungserbringern sehr intransparent sind. Ebenfalls ist unklar, ob und in welchem Turnus das Amt für Gesundheit die regulierten Preise an Wechselkursentwicklungen anpassen würde. Bei Anpassungen der regulierten Preise würde das Wechselkursrisiko schlussendlich auf den Prämienzahler abgewälzt.

In der gesamten Vertriebskette, vom Hersteller über den Grossisten bis zum Händler bestehen im heutigen System keine Anreize, die Arzneimittelpreise zu senken. Am meisten Anreiz zur Kosteneinsparung ist vermutlich bei den Patienten und den Prämienzahlern auszumachen. Wobei auch von ihnen nach Ausschöpfung der Franchise nur ein geringer Teil der Arzneimittelkosten getragen werden muss.

4 Chancen und Herausforderungen

Im Folgenden finden sich Chancen und Herausforderungen, welche wir aus unserer Analyse der internationalen Verknüpfungen des liechtensteinischen Gesundheitswesens abgeleitet haben. Insgesamt sehen wir solche in drei Bereichen: im ambulanten und stationären Sektor sowie im Arzneimittelmarkt.

4.1 Ambulanter Sektor

Zusammenfassung der vorherigen Analyse

Im ambulanten Sektor weist Liechtenstein eine relative starke Verflechtung mit der Schweiz auf. Am stärksten ist dies bei der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal zu beobachten, welche nahezu vollständig in der Schweiz stattfindet. Des Weiteren wurde für die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen das Schweizer Tarifsystem TARMED unverändert übernommen. Die ambulanten Leistungen hingegen erbringt Liechtenstein zu einem grossen Teil selbstständig. Patienten konsultieren in der Regel inländische Leistungserbringer und müssen nur für wenige Spezialdisziplinen ins nahe Ausland ausweichen.

Ein grosser Unterschied zeigt sich in den beiden Ländern bei der Ausgestaltung des Versicherungssystems. Während in der Schweiz das Standardmodell der OKP die freie Arztwahl beinhaltet, ist diese in Liechtenstein grundsätzlich eingeschränkt. In einer staatlichen Bedarfsplanung wird hier festgelegt, wie viele Ärzte in den verschiedenen Fachdisziplinen in der OKP abrechnen dürfen und welche dies sind. Wenn Versicherte die freie Arztwahl haben wollen, müssen sie eine Zusatzversicherung (erweiterte OKP) abschliessen. In der Schweiz können sich die Versicherten demgegenüber freiwillig für alternative Versicherungsmodelle entscheiden, in denen sie auf die freie Arztwahl verzichten und im Gegenzug Prämienreduktionen erhalten. Diese Versicherungsmodelle werden dabei nicht staatlich festgelegt, sondern die Krankenversicherer haben eine relativ grosse Freiheit in der Entwicklung solcher alternativen Versicherungsmodelle. Eine staatliche Bedarfsplanung findet praktisch nicht statt.

Die Bedarfsplanung hat dabei aus staatlicher Sicht den Vorteil, dass das Angebot besser kontrolliert, sprich einer Überversorgung und Mengenausweitung entgegengewirkt werden kann. Die Nachfrage kann auch leichter zu inländischen Leistungserbringern geleitet werden, vorausgesetzt es finden sich genügend Ärzte in den verschiedenen Fachdisziplinen, die in Liechtenstein praktizieren und über die OKP abrechnen möchten. Zurzeit scheint dies der Fall zu sein, was sich in der grossen Selbständigkeit bei der Leistungserbringung im ambulanten Bereich zeigt.

Ein Vorteil des nachfragegesteuerten Modells der Schweiz liegt darin, dass über die Managed-Care-Modelle der Krankenversicherer die integrierte Versorgung gefördert werden kann, welche eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) anstrebt, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.

Es eröffnet sich für Liechtenstein deshalb ein mögliches Potenzial darin, mit Managed-Care-Modellen die integrierte Versorgung zu fördern. Auf der anderen Seite sehen wir auch Herausforderungen im ambulanten Sektor. Eine mögliche zukünftige Herausforderung könnte beispielsweise darin liegen, dass die Kantone ebenfalls eine Bedarfsplanung im ambulanten Bereich entwickeln

und dies wiederum Auswirkungen auf die liechtensteinische Planung haben könnte, wenn zum Beispiel die Facharztversorgung im grenznahen Gebiet ausgedünnt würde.

Potenzielle Chance: Integrierte Versorgung durch Managed-Care-Modelle

Managed-Care-Modelle beruhen prinzipiell auf einer Vernetzung von Leistungserbringern und Krankenkassen. Durch die Einschränkung der freien Arztwahl zugunsten von vertraglich geregelten geplanten Abläufen soll die Gesundheitsversorgung unter Mitverantwortung sämtlicher Beteiligten gesteuert werden. Diese Steuerung soll eine höhere Verantwortlichkeit bei Entscheidungen über die Notwendigkeit und Art einer Behandlung garantieren. Managed-Care-Modelle haben im Wesentlichen zum Ziel, dank verbesserter Organisation sowie optimierter Strukturen und Prozesse, 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 Arztwahl als Managed-Care-Modelle bezeichnet, obwohl der Grad der Steuerung und damit auch der integrierten Versorgung sich stark zwischen den Modellen unterscheiden kann. Wie stark sich die Kosten reduzieren und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern lassen, hängt dementsprechend ebenfalls stark vom gewählten Modell ab.

Mit der staatlichen Bedarfsplanung existiert bereits ein Instrument um eine mögliche Überversorgung zu bekämpfen. Aus diesem Grund könnten für integrierte Versorgungsmodelle nicht dieselben Prämienrabatte gewährt werden wie in der Schweiz, weshalb aus finanzieller Sicht die weitere Einschränkung der Arztwahl für die Versicherten vermutlich nicht attraktiv wäre. Entscheidet sich nur eine geringe Anzahl Versicherter für ein solches Modell, können die erwarteten Kosten zudem nur sehr ungenau berechnet werden, was stark schwankende Prämien nach sich ziehen könnte. Dies würde die Attraktivität eines solchen Versicherungsmodells zusätzlich verringern. Managed-Care-Modelle wären für die liechtensteinischen Versicherten vor allem dann attraktiv, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung (im Sinn der integrierten Versorgung) gegenüber den herkömmlichen Versicherungsmodellen wesentlich höher wäre.

Für die Leistungserbringer bietet die integrierte Versorgung sowohl Chancen wie auch Risiken. Eine verbesserte Organisation und optimierte Strukturen können die Effizienz und schlussendlich die Rentabilität der privatwirtschaftlich geführten Praxen steigern. Weiter kann die Arbeitsplatzattraktivität durch die Ausweitung des Kompetenzbereichs der Gesundheitsfachpersonen gesteigert werden. Steigt dadurch die Attraktivität Liechtensteins als Arbeitsort, könnte dies einen positiven Effekt einerseits auf die Versorgungssicherheit Liechtensteins andererseits auf die Qualität der medizinischen Versorgung haben, da mehr und besser qualifizierte Gesundheitsfachpersonen verfügbar wären. Leistungserbringer in Managed-Care-Modellen müssen sich jedoch stärker am unternehmerischen Risiko beteiligen, welches sich aufgrund der Kleinheit des liechtensteinischen Marktes zusätzlich erhöht. In der Schweiz ist zu beobachten, dass Leistungserbringer bisher sehr beschränktes Interesse zeigen zusätzliches unternehmerisches Risiko in Managed-Care-Modellen zu übernehmen.

Es ist fraglich, ob sich in Liechtenstein genügend Leistungserbringer – aufgrund des hohen unternehmerischen Risikos – und genügend Versicherte – aufgrund der bereits eingeschränkten Arztwahl in der OKP – freiwillig für ein Managed-Care-Modell entscheiden würden. Eher denkbar wäre eine staatliche Regulierung, welche ein Managed-Care-Modell als Standardlösung vorgibt. Beispielsweise könnte ein Telmed-Modell vorgegeben werden, in dem Versicherte sich bei

gesundheitlichen Problemen vor dem ersten Arztbesuch an eine telefonische Beratungsstelle wenden müssen. In der Schweiz gibt es einige grössere solche Telmed-Firmen, welche für diverse Schweizer Krankenkassen solche Dienstleistungen erbringen. Hier wäre es gut denkbar, dass eine dieser Firmen auch den liechtensteinischen Markt zusätzlich abdecken könnte. Dies könnte eine nachfrageseitige Ergänzung zur heutigen Bedarfsplanung sein, welche auf der Angebotsseite regulierend eingreift. Vor der Einführung einer solchen Standardlösung, müssten jedoch die möglichen Folgen eingehend untersucht werden. Sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer könnten sich durch eine solche staatliche Vorgabe gegängelt fühlen und die Akzeptanz verweigern.

Potenzielle Herausforderung: Bedarfsplanung in der Schweiz im ambulanten Sektor

In der Schweiz findet zurzeit eine politische Diskussion über die einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen (EFAS) statt. Dabei ist geplant, dass die Kantone neu auch die ambulanten Gesundheitskosten teilweise mitfinanzieren. Die Kantone haben bereits angekündigt, dass sie in einem solchen Fall zukünftig auch stärker regulierend in den ambulanten Bereich eingreifen möchten. Insbesondere möchten sie die Kompetenz erhalten, das Angebot an ambulanten Leistungserbringern zu steuern. Dies wäre gleichbedeutend mit einer Abschaffung des Kontrahierungszwanges mit den Kantonen als zuständige Instanz für die Festlegung der Anzahl OKP-Plätzen. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist in der Vergangenheit bislang allerdings immer deutlich am Widerstand der Leistungserbringer und der Patienten gescheitert.

Eine kantonale Bedarfsplanung im ambulanten Bereich könnte das Angebot an der Grenze zu Liechtenstein beeinflussen. Auch wenn in Liechtenstein die ambulanten Leistungen heute vorwiegend im Inland erbracht werden, könnten sich hier potenzielle Probleme bei der spezialärztlichen Versorgung ergeben, wenn der Kanton St. Gallen die Anzahl OKP-Plätze gegenüber dem heutigen Ärztebestand stark verringert. Bei einigen Fachdisziplinen (vgl. Abschnitt 3.1.2) ist Liechtenstein aufgrund der zu kleinen Fallzahlen auch im ambulanten Sektor auf das Schweizer Angebot angewiesen. Sollte es in Zukunft tatsächlich zu einer kantonalen ambulanten Bedarfsplanung kommen stellt sich für Liechtenstein die Frage, wie es sich mit den Grenzkantonen in diesem Bereich abstimmt. Idealerweise könnte eine gemeinsame überregionale Bedarfsplanung erreicht werden, in welche die liechtensteinischen Bedürfnisse mit eingehen. Ohne eine solche Abstimmung bestünde die Gefahr, dass in Fachgebieten mit kleinen Fallzahlen die Wege für die Spezialversorgung länger werden könnten.

Eine gemeinsame Bedarfsplanung im ambulanten Bereich war bisher nicht Gegenstand der Diskussion. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass eine gemeinsame ambulante Bedarfsplanung aufgrund des Kontrahierungszwangs bzw. der freien Arztwahl in der Schweiz heute gar nicht möglich ist. Derzeit scheint eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs in der Schweiz als unwahrscheinlich. Sollte es aber so weit kommen, wäre es sinnvoll, wenn Liechtenstein möglichst zu Beginn eine gemeinsame Planung mit den Nachbarkantonen anstreben würde. Anders als im stationären Bereich wären die Kantone im ambulanten Bereich einzig als Regulator und nicht auch als Eigentümer tätig, was eine gemeinsame Planung vermutlich erleichtern dürfte.

4.2 Stationärer Sektor

Zusammenfassung der vorherigen Analyse

Die Ausgangslage im stationären Sektor des liechtensteinischen Gesundheitswesens ist eine ganz andere als im ambulanten Bereich. Es besteht eine starke Verflechtung mit der Schweiz auf der

Gesetzes- und Regulierungsebene. So wurde insbesondere die 2012 in der Schweiz eingeführte neue Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen auch in Liechtenstein übernommen. Zusätzlich zur gesetzlichen Ebene besteht im stationären Bereich jedoch auch eine starke Abhängigkeit von der Schweiz in der Leistungserbringung. Die stationäre Notfallversorgung wird zwar am liechtensteinischen Landesspital (LLS) noch selbst bereitgestellt. Aber bereits dafür sind Zusatzsubvention des Staates nötig. Sobald die stationäre Behandlung etwas komplexer wird oder in Spezialdisziplinen stattfindet, muss sie in ausländischen Spitälern (meistens in der Schweiz) erfolgen.

Im stationären Bereich ergeben sich aus der Kleinheit von Liechtenstein einige Probleme. Durch die wenigen Einwohner bedingt, resultieren zu wenige Patienten mit komplexen oder speziellen Erkrankungen, als dass diese kosteneffizient oder mit der notwendigen Qualität in einem eigenen Spital behandelt werden könnten. Ein Rückgriff auf Zentrumsspitäler, Spezialkliniken und Universitätsspitäler ist für Liechtenstein unausweichlich. Durch diese starke Abhängigkeit ergeben sich Herausforderungen vor allem bei der Abstimmung der stationären Bedarfsplanung mit der Schweiz. Insbesondere auch im Hinblick darauf, dass der stationäre Sektor der Schweiz seit der neuen Spitalfinanzierung im Umbruch ist.

Herausforderung: starke Abhängigkeit von der Schweiz

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung SwissDRG hat sich im schweizerischen stationären Sektor eine grosse Dynamik entwickelt, deren Folgen derzeit noch nicht absehbar sind. Die Spitäler sind zum einen von regulatorischer Seite vermehrt unter Druck. Unter dem Stichwort «ambulant vor stationär» werden neu Vorgaben gemacht, welche Leistungen ambulant durchzuführen sind. Verbreitet fordern Kantone Mindestfallzahlen für bestimmte Eingriffe und verschärfen diese auch über die Zeit. Die Tarife sind sowohl ambulant als auch stationär unter Druck. In der Psychiatrie wurde eine neue Pauschalfinanzierung gerade eingeführt, in der Rehabilitation steht sie kurz bevor. In vielen Kantonen wird in den nächsten Jahren eine neue Spitalliste erstellt, und es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass die Vergabe von Leistungsaufträgen an striktere Bedingungen geknüpft sein wird.

Viele Spitäler sind ökonomisch unter Druck gekommen, und es ist wahrscheinlich, dass sich die Spitallandschaft strukturell ändern wird. An einigen Orten ist es bereits zu Spitalfusionen gekommen. Es ist anzunehmen, dass es in Zukunft noch mehr Fusionen oder Übernahmen geben wird. Auch Spitalschliessungen werden vermutlich vermehrt zu beobachten sein. Es ist derzeit unklar, wie die Spitallandschaft in 10 bis 20 Jahren aussehen wird. Liechtenstein profitiert derzeit von der dezentralisierten Spitalorganisation und der hohen Spitaldichte in der Schweiz. Dadurch kann auf ein ausgebautes grenznahes stationäres Angebot zurückgegriffen werden. Falls es zu einer Marktkonzentration und Zentralisierung kommen sollte, könnte dies weitere Wege für die liechtensteinischen Patienten bedeuten.

Es stellt sich die Frage, ob Liechtenstein den Veränderungen am Schweizer Markt ausgesetzt ist oder es diese mitgestalten kann. Eine Zusammenarbeit in der Spitalplanung mit dem Kanton St. Gallen wurde bereits in der Vergangenheit angestrebt, konnte jedoch nicht wie gewünscht realisiert werden.⁶⁴ Auch hier zeigt sich wieder der Nachteil der Kleinheit. Für die grossen Grenzkan-
tone St. Gallen und Graubünden ist die Anzahl stationärer Patienten aus Liechtenstein zu klein, als dass sie für die eigene Spitalplanung zwingend berücksichtigt werden müsste. Es bleibt abzuwarten, ob sich das ändert, wenn sich der Kostendruck im stationären Sektor weiter verschärft.

⁶⁴ Auf der anderen Seite konnte mit dem Kanton Graubünden eine für beide Seiten zufriedenstellende Lösung gefunden werden.

Da Spitäler bereits heute Defizite durch nicht kostendeckende Tarife im OKP-Bereich mit Einnahmen von zusatzversicherten Patienten decken, könnte der hohe Zusatzversicherungsanteil bei den liechtensteinischen Versicherten in Zukunft wichtiger werden.

Aufgrund der unklaren Entwicklungen im stationären Sektor der Schweiz, könnte es sich als sinnvoll erweisen, über eine Stärkung des LLS nachzudenken, um die Abhängigkeit von der Schweiz zumindest nicht noch weiter zu erhöhen. Dabei dürfte sich ein substanzieller Ausbau des Leistungsspektrums nicht als die richtige Lösung erweisen, da dies für die kleine Spitalregion weder ökonomisch finanziert noch qualitativ hochwertig umgesetzt werden kann. Bereits mit heutigen Leistungsspektrum erzielt das LLS regelmässig Defizite. Durch den Neubau des nahegelegenen Spital Grabs erhöht sich der Druck auf das LLS, infrastrukturmässig nachzuziehen⁶⁵, um für die liechtensteinischen Patienten attraktiv zu bleiben. Dies verschärft den Kostendruck weiter.

Die Grundversorgung könnte aber eventuell dadurch gestärkt werden, dass sich das LLS vermehrt lokal mit anderen Leistungserbringern wie Altersheimen, Pflegeheimen, Spitex, Alterswohnungen etc. vernetzt, mit dem Ziel einer integrierten und umfassenden Versorgung aus einer Hand. Das LLS würde damit zum Koordinator von Akutspital, Langzeitpflege, Hausärzten und Spitex, was sich positiv auf die Qualität der Leistungen und damit auch die Attraktivität des LLS für die inländische Bevölkerung auswirken könnte.

4.3 Arzneimittelmarkt

Zusammenfassung der vorherigen Analyse

Die Verflechtung des liechtensteinischen Gesundheitswesens mit der Schweiz ist im Arzneimittelbereich sehr ausgeprägt. Dies bezieht sich vor allem auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen. So gilt z. B. mit wenigen Ausnahmen das schweizerische Heilmittelgesetz auch in Liechtenstein. Die Zulassungen, die Swissmedic für den Schweizer Markt vornimmt, gelten automatisch auch für Liechtenstein und für die Vergütung der Medikamente durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gilt die Schweizer Spezialitätenliste.

Bei der eigentlichen Leistungserbringung ist die Verknüpfung mit der Schweiz etwas schwächer. Die meisten Arzneimittel werden von inländischen Leistungserbringern an inländische Patienten abgegeben. Durch die Anbindung über den Zollvertrag an den Schweizer Wirtschaftsraum ist allerdings auch hier die ganze Vertriebskette auf die Schweiz ausgerichtet. Die liechtensteinischen Apotheken sind entweder an das schweizerische Vertriebsnetz angehängt oder sogar Teil einer schweizerischen Apothekenkette.

Eine Besonderheit besteht im Arzneimittelmarkt durch die EWR-Mitgliedschaft mit ihrer Anbindung an den europäischen Wirtschaftsraum. Da auch hier die automatische Übernahme der Arzneimittelzulassungen besteht, ist aus gesetzlicher Sicht der Markt für den Arzneimittelimport sehr gross. In Realität wird diese Möglichkeit jedoch nicht genutzt. Der liechtensteinische Arzneimittelmarkt ist beinahe ausschliesslich an die Schweiz angebunden. Arzneimittel werden zu 99% aus der Schweiz importiert. Wir vermuten die Ursachen einerseits in den Anreizen der Leistungserbringer andererseits in strukturellen Gründen des Gesundheits- und Pharmamarktes.

Es besteht hier also zumindest theoretisch das Potenzial, die Sonderstellung mit der Anbindung an den europäischen Arzneimittelmarkt zu nutzen, um die Arzneimittelversorgung zu verbessern.

⁶⁵ In diesem Zusammenhang hat die Regierung am 10. Juli 2019 beim Landtag einen Verpflichtungskredit in der Höhe von CHF 65.5 Mio. für den Bau eines neuen Landesspitals beantragt.

Wir sehen vor allem zwei Verbesserungsmöglichkeiten. Zum einen können die Kosten der Arzneimittelversorgung durch den Import von (billigeren) europäischen Arzneimitteln gesenkt werden, und zum anderen kann insgesamt eine bessere Arzneimittelversorgung durch eine grössere Produktpalette erreicht werden, indem europäische Arzneimittel importiert werden, die in der Schweiz (noch) nicht zugelassen sind oder dort nicht vertrieben werden.

Potenzial 1: Kosteneinsparungen bei Arzneimitteln

Ein erstes ungenutztes Potential besteht für Liechtenstein darin, die Preisdifferenzen von Arzneimitteln in der Schweiz und der EU auszunutzen. Da Liechtenstein an beide Wirtschaftsräume angebunden ist, wäre es grundsätzlich möglich, jeweils die billigsten Medikamente aus diesen beiden Räumen zu importieren. Das Potenzial besteht insbesondere, weil die Schweizer Arzneimittelpreise typischerweise höher sind als in der EU bzw. im EWR. Die regelmässig durchgeführten Preisvergleiche von *santésuisse* und *interpharma* sowie dem Preisüberwacher zeigen dies zumindest für Generika deutlich auf. Die Preise sind hier in der Schweiz rund doppelt so hoch wie im europäischen Ausland. Bei den Originalpräparaten kommen die Preisvergleiche hingegen auf ähnliche Werte in den beiden Wirtschaftsräumen.

Das Problem, dieses theoretische Potenzial zu nutzen, liegt in der Umsetzung. Unter den heutigen Rahmenbedingungen bestehen kaum Möglichkeiten, eine solche Regelung staatlich durchzusetzen. Der Vertrieb von Arzneimitteln wird bewusst den Marktakteuren (Leistungserbringer, Grossisten, Hersteller) überlassen. Für diese bestünde zwar die Möglichkeit, Arzneimittel aus dem europäischen Ausland zu importieren, es bestehen aber kaum Anreize, dies wirklich auch zu tun. Die einzigen, die zumindest ein theoretisches Interesse an niedrigeren Publikumspreisen für Arzneimittel haben sollten, sind die Versicherer und die Patienten.⁶⁶ Die Leistungserbringer und Grossisten profitieren hingegen bei einem höheren Publikumspreis von einem höheren Vertriebsanteil und die Hersteller von einer höheren Marge (für die Zusammensetzung von Medikamentenpreisen vgl. den Exkurs in Abschnitt 3.4.2). Zudem wird es kaum Preiswettbewerb bei patentabgelaufenen Arzneimitteln auf dem Publikumspreis geben, da dieser selten ein Entscheidungskriterium für die Nachfrage nach einem bestimmten Präparat ist. Der Wettbewerb wird in diesem Fall eher bei den Rabatten stattfinden, welche die Hersteller den Leistungserbringern anbieten.

Die fehlenden Anreize lassen sich auch in der Schweiz beobachten, wo Parallelimporte auf patentgeschützten Medikamenten zwar verboten, aber bei patentabgelaufenen erlaubt sind. Obwohl der Schweizer Markt deutlich grösser ist und die Preisunterschiede bei Generika substantiell sind, finden dort ebenfalls kaum Parallelimporte statt.⁶⁷ Ein Unterschied zur Schweiz besteht für Liechtenstein darin, dass hier auch Importe aus dem EWR auf den teureren patentgeschützten Medikamenten möglich sind. Bei den Originalpräparaten ist es jedoch unklar, wie lohnend die EWR-Importe überhaupt sind, da aufgrund der in der Vergangenheit stattgefundenen verschärften Preisregulierungen in der Schweiz zumindest im Durchschnitt keine grossen Preisunterschiede zum europäischen Ausland mehr festzustellen sind. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass der Krankenkassenverband LKV berechtigt ist, Parallelimporte von EWR-Arzneimitteln anzustossen. Allerdings ist diese Option sehr eingeschränkt, denn sie ist nur für Präparate möglich, die

⁶⁶ Die Anreize der Versicherten sind jedoch beschränkt, weil sie über die gedeckelten Kostenbeteiligungen nur einen relativ kleinen Beitrag selbst zu leisten haben. Die Versicherer haben beschränkte Anreize, weil sie durch das Verbot, in der OKP Gewinne zu erzielen, von niedrigeren Arzneimittelkosten nicht profitieren. Sie können dadurch auch keine Marktanteile gewinnen, da die Preisreduktionen allen Versicherern zugutekommen.

⁶⁷ Pro Jahr werden bei Swissmedic im Schnitt für null bis zwei Arzneimittel Anträge für eine Zulassung zum Parallelimport gestellt.

bereits in Liechtenstein vertrieben und aus einem EWR-Land eingeführt werden. Für solche Präparate könnte der LKV Parallelimporte aus einem anderen EWR-Land mit niedrigeren Preisen beantragen. Für den Antrag bräuchte er aber zusätzlich einen Partner (Grossist), der die Einfuhr auch tatsächlich vornimmt, und die Leistungserbringer müssten ebenfalls einbezogen werden, da die eingeführten Medikamente über diese zu den Patienten kommen.

Eine andere Möglichkeit, von staatlicher Seite Importe von EWR-Arzneimitteln anzuregen, könnte darin bestehen, die Vergütungspreise für die OKP jeweils am billigsten Präparat in den beiden Wirtschaftsräumen Schweiz und EWR zu orientieren. Ein solches Vorgehen ist jedoch ebenfalls mit Herausforderungen verbunden. Zum einen ist es mit mehr Verwaltungsaufwand verbunden, wenn Liechtenstein nicht mehr einfach die Preise der Spezialitätenliste übernimmt, sondern neu zusätzlich auch alle Preise aller Arzneimittel auf der Spezialitätenliste in den verschiedenen EWR-Ländern regelmässig aufarbeiten und vergleichen muss. Zum anderen ist unklar, ob der liechtensteinische Markt überhaupt gross genug ist, damit sich der Import für die Vertriebskette unter einem solchen Regime überhaupt lohnen kann. Wenn die Importkosten (z. B. durch die Suche nach einer EWR-Bezugsquelle, etwaige Umetikettierungen, Übernahme eines Währungsrisikos etc.) in diesem kleinen Markt zu hoch sein sollten, könnte eine solche staatliche Regelung sogar die Versorgungssicherheit gefährden, weil gewisse Medikamente weder aus der Schweiz noch aus dem EWR kostendeckend eingeführt werden könnten. Entweder würden dann gewisse Medikamente nicht mehr in Liechtenstein vertrieben oder die Patienten müssten die Preisdifferenzen zum festgelegten EWR-Preis durch Zuzahlungen aus der eigenen Tasche bezahlen. Es wäre bei einem solchen Vorgehen insbesondere zu prüfen, wie hoch die zusätzlichen Verwaltungskosten ausfallen und ob tatsächlich hohe Importkosten entstehen oder ob beispielsweise eine deutsche oder österreichische Apothekenkette gewonnen werden könnte, eine Niederlassung in Liechtenstein zu eröffnen und Medikamente zu importieren.⁶⁸ Die heutigen Vertreiber von Arzneimitteln würden durch eine solche Regelung jedoch auf alle Fälle benachteiligt.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob der zu erzielende Nutzen aus EWR-Importen überhaupt gross genug ist, um die sich abzeichnenden Probleme in Kauf zu nehmen. Im Rahmen der ersten Lesung betreffend die Abänderung des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-AMG) hat der Landtag diese Frage im Jahr 2016 ebenfalls gestellt. Die Regierung hat daraufhin eine Analyse bei den 100 umsatzstärksten Medikamenten durchgeführt und kam zum Schluss, dass diese einen Umsatz von 11.5 Mio. Franken in der OKP ausmachen (von damals insgesamt 25 Mio. Franken). Das Einsparpotenzial wurde bei diesen Medikamenten auf 430'000 Franken geschätzt, was 4% des Umsatzes der Top-100-Arzneimittel ausmachen würde. Hinterlegt wurde für diese Berechnungen der Apotheken-Einstandspreis von Österreich (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2016).

Es scheint mehr als fraglich zu sein, ob es sich bei einem Einsparpotenzial in dieser Grössenordnung lohnt, heute gut etablierte und funktionierende Vertriebsketten in Frage zu stellen und letztlich zu gefährden. Es ist wahrscheinlich, dass die zusätzlichen Verwaltungskosten für die Umsetzung einer solchen Regelung die Einsparungen zu einem grossen Teil wieder wettmachen, wenn nicht sogar übersteigen. Der Arzneimittelmarkt ist mit seinem dichten Regulierungsgeflecht so kompliziert ausgestaltet, dass es schwierig vorauszusehen ist, wie sich Änderungen bei den Regulierungen tatsächlich auswirken. Deshalb sollte auf alle Fälle eine vertiefte Analyse stattfinden, bevor Anstrengungen in diese Richtung unternommen werden.

⁶⁸ Dabei wären auch mögliche Gegenmassnahmen der Pharmafirmen zu berücksichtigen, welche solche Importe ihrer Medikamente aus dem EWR nach Liechtenstein unter Umständen verhindern möchten.

Potenzial 2: Schnellere/bessere Versorgung mit Arzneimitteln

Ein zweites Potenzial aus der Mitgliedschaft im EWR bestünde darin, die allgemeine Versorgung mit Arzneimitteln zu verbessern, indem Medikamente, die in der Schweiz (noch) nicht vertrieben werden punktuell oder flächenmässig parallel importiert werden. Das Potenzial besteht, weil die Versorgung der Schweiz mit Arzneimitteln in einigen Bereichen Lücken gegenüber Europa aufweist. Dies gilt insbesondere bei patentabgelaufenen Medikamenten. Die Generikadurchdringung ist in der Schweiz nicht zuletzt deshalb geringer als in anderen Ländern, weil für eine beträchtliche Anzahl grundsätzlich generikafähiger Wirkstoffe keine Generika in der Schweiz vertrieben werden. Patentgeschützte Arzneimittel werden jedoch häufig zuerst in der Schweiz zugelassen, was sich auch daran zeigt, dass Liechtenstein freiwillig ein Jahr mit der Übernahme der Zulassung zuwartet, um keine automatische Erstzulassung für den EWR zu generieren.

Es stellen sich hier ähnliche Fragen wie beim ersten Potenzial in Bezug auf EWR-Importe zur Einsparung von Medikamentenkosten. Die heute schon nicht stattfindenden EWR-Importe solcher Arzneimittel sind wahrscheinlich wiederum auf die fehlenden Anreize in der Vertriebskette zurückzuführen. Diese Anreize dürften sich auch nicht ändern, solange die Lücken in der Medikamentenversorgung der Schweiz fast nur bei Generika auftreten. Solange nur Generika importiert würden, hätte dies nur den Vorteil von geringeren Arzneimittelausgaben, weil Generika günstiger als die Originalpräparate sind und eine höhere Generikadurchdringung dadurch die Kosten senkt. Medizinisch gesehen gewinnen die Liechtensteiner Patienten jedoch wenig hinzu, weil Generika dieselben Wirkstoffe beinhalten wie die zugrundeliegenden Originalpräparate, die aus der Schweiz verfügbar sind. Weil die Patienten medizinisch nichts dazugewinnen, haben die Akteure in der Vertriebskette weiterhin Anreize, die teureren Originalpräparate abzugeben, da sie daran mehr verdienen.

Diese Situation würde sich voraussichtlich erst ändern, wenn die Lücken in der Schweiz auch medizinisch überlegene (patentgeschützte) Arzneimittel betreffen und einige von diesen nur (oder zu Beginn nur) aus dem EWR beschafft werden könnten. In diesem Fall könnte der Nutzen aus der besseren Qualität ein starker Anreiz für die Leistungserbringer darstellen, solche Medikamente aus dem EWR-Raum zu importieren. Solange aber nur Generika nicht aus der Schweiz bezogen werden können, für welche das sich finanziell sowieso lohnendere Originalpräparat zur Verfügung steht, ist kein grosser medizinischer Nutzen aus dem EWR-Import auszumachen.

Bei Medikamenten, die in der Schweiz hingegen wegen Versorgungsengpässen nicht lieferbar sind, ist ein Ausweichen auf den EWR häufig gar nicht möglich, weil die Versorgungsengpässe meistens globale Ursachen haben und der EWR auch betroffen ist.

Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass bei einem Bezug von Arzneimitteln aus dem EWR, die nicht auf der Spezialitätenliste stehen, zusätzlicher Verwaltungsaufwand anfällt, der erheblich sein kann. Damit diese von der OKP vergütet werden können, müssen Anträge an die Regierung gestellt werden, und da keine Preise von der Spezialitätenliste zur Verfügung stehen, müssen zusätzlich Fabrikabgabepreise festgelegt werden.

4.4 Fazit

Liechtenstein ist durch den gemeinsamen Wirtschafts- und Währungsraum sehr stark mit der Schweiz verbunden. Unsere Analyse zeigt, dass auch das liechtensteinische Gesundheitswesen sehr stark mit dem schweizerischen verflochten ist. Dies gilt sowohl für die zugrundeliegenden Gesetze und Regulierungen als auch für das Angebot an und die Nachfrage nach Gesundheits-

leistungen. Diese starke Verknüpfung ist für Liechtenstein einerseits vorteilhaft, weil angebotsseitig nicht alles kostspielig selber erbracht werden muss und ein Vergleich mit den Schweizer Leistungserbringern möglich ist. Andererseits ist damit der Gestaltungsspielraum für Liechtenstein gering, was sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor Herausforderungen mit sich bringt. Änderungen in der Regulierung und den Marktverhältnissen können insbesondere die Versorgungslage im grenznahen Gebiet verändern, ohne dass Liechtenstein grosse Möglichkeiten der Mitsprache oder Einflussnahme hätte. Gerade im stationären Sektor, der sich in der Schweiz derzeit in einem Umbruch befindet, sollten die Entwicklungen gut im Auge behalten werden, um rechtzeitig potenzielle Probleme identifizieren zu können. Eine gemeinsame Bedarfsplanung vor allem im stationären Bereich wäre aufgrund der grossen Abhängigkeit wünschenswert, es ist aber unklar, ob die Anreize für die Schweizer Kantone genügen, um die liechtensteinischen Interessen in ihre Pläne einzubinden. Eine Prüfung der Stärkung der inländischen Grundversorgung, z. B. über eine stärkere lokale Vernetzung und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer, könnte zielführend sein, um die Abhängigkeit vor allem im stationären Sektor zumindest nicht weiter anwachsen zu lassen.

Ungenutztes Potenzial scheint uns im Zusammenhang mit den internationalen Beziehungen nicht viel vorhanden zu sein. Im Arzneimittelmarkt bestünde zwar durch die Anbindung an den EWR die Möglichkeit von Arzneimittelimporten aus dem EWR-Raum. Das derzeit nicht genutzte Potenzial ist jedoch eher untergeordnet im Vergleich zu den Herausforderungen, die auftreten, wenn Liechtenstein vermehrt Arzneimittel aus dem EWR bezöge. Die zu erwartenden Einsparungen sind nicht allzu gross und auch die Versorgung wird kaum besser werden. Auf der Gegenseite stehen über lange Jahre ausgebildete Vertriebsketten, die plötzlich in Frage gestellt werden, und die Durchsetzung ist aufgrund der Anreizstrukturen bei den Marktakteuren auch nicht klar. Insgesamt scheinen uns EWR-Importe derzeit nicht lohnenswert. Falls die Schweiz aber die Arzneimittelregulierung weiter verschärft, sollte die Option im Auge behalten werden vor allem zur Verbesserung der Versorgung, falls gewisse Arzneimittel nicht mehr oder mit grosser Verzögerung auf den Schweizer Markt kommen sollten. Bei den Arzneimittelkosten profitiert Liechtenstein hingegen, wenn die Schweiz die Regulierung zumindest bei den Preisen verschärft.

Im Zusammenhang mit der Schweiz fällt auf, dass in Liechtenstein keine Managed-Care-Modelle zum Einsatz kommen, welche in der Schweiz häufig anzutreffen sind. Ein wirkliches Potenzial, mit solchen Modellen die integrierte Versorgung in Liechtenstein zu fördern und somit eine qualitativ bessere Versorgung zu niedrigeren Kosten zu erreichen scheint uns hingegen nicht gegeben. Das liegt daran, dass Liechtenstein im Gegensatz zur Schweiz eine Bedarfsplanung im ambulanten Bereich kennt und dadurch einer möglichen Überversorgung bereits entgegentritt. Zudem ist Liechtenstein vermutlich zu klein, um Managed-Care-Modelle zielbringend betreiben zu können.

5 Quellenverzeichnis

- Amt für Gesundheit, 2019. Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Fürstentum Liechtenstein 2018.
- Amt für Statistik, 2019a. Krankenkassenstatistik 2018 Tabellen.
- Amt für Statistik, 2019b. Krankenkassenstatistik 2018 Zeitreihen.
- Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein AVFL & Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV, 2005. Tarif-Vertrag.
- Bundesamt für Gesundheit, 2019. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018.
- Die Spiesse sollen auf beiden Seiten gleich lang sein, 2019. Liewo Sonntagszeitung.
- Ecoplan, 2018. Wirksamkeit der Prämienverbilligung - Monitoring 2017. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern.
- Interpharma, 2018. Pharma-Markt Schweiz - Ausgabe 2018. Basel.
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV & Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins BPL, 2016. Anhang 4 zum Tarifvertrag
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV & Liechtensteinische Ärztekammer, 2019. Tarifvertrag vom 13. Juni 2019.
- Mäder, B., Telser, H., & Saurer, M., 2019. Ökonomie der schweizerischen Gesundheitspolitik. Studie im Auftrag der Bonny Stiftung.
- Nüsken, J., & Busse, R., 2011. Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen - Im Auftrag der Bundesärztekammer. Technische Universität Berlin, Berlin.
- Qualitätskommission für Spitäler und Arztpraxen beschlossen, 2019. Neue Zürcher Zeitung.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2019a. 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 2020. Vaduz.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2019b. Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die Erneuerung der Infrastruktur des Liechtensteinischen Landesspitals. Vaduz.
- Regierung des Fürstentums Liechtensteins, 2018. Das Gesundheitswesen im Fürstentum Liechtenstein - Aktuelle Übersicht, strategische Schwerpunkte und Massnahmen. Vaduz.
- Regierung des Fürstentums Liechtensteins, 2017. Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 16b KVG). Vaduz.
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2016. Stellungnahme der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zu den anlässlich der ersten Lesung betreffend die Abänderung des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im europäischen Wirtschaftsraum (EWR-AMG) aufgeworfenen Fragen. Vaduz.
- Regierung des Fürstentums Liechtensteins, 2004. Verordnung über die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Vaduz.

Schoch, C., 2014. Der Hausarzt ist der einzige Generalist unter den Ärzten. Neue Zürcher Zeitung, 20. März 2014..

6 Anhang

Tabelle 3 **Definition der Modellhaushalte**

	Modellhaushalte							
	1	2	3	4	5	6	7	
Beschreibung	Alleinstehende Rentnerin	Paar mit zwei Kindern (3.5 und 5 Jahre)	Einelternfamilie mit zwei Kindern (3.5 und 5 Jahre)	Paar mit vier Kindern (3, 5, 8, 10 Jahre)	Paar mit einem Kind (16 Jahre) und einer jungen Erwachsenen (20 Jahre)	Alleinstehende junge, erwerbstätige Person (24 Jahre)	Paar ohne Kinder	
Wohnort	Kantonshauptort							
Konfession	Meistverbreitete Konfession im Kanton							
Zivilstand	nicht verheiratet	verheiratet	nicht verheiratet	verheiratet	verheiratet	nicht verheiratet	verheiratet	
Arbeitseinkommen (brutto)	45'000 CHF	70'000 CHF	60'000 CHF	85'000 CHF	70'000 CHF	38'000 CHF	60'000 CHF	
Vermögen	Kein Vermögen							
Anzahl erwerbstätige Personen	0	1	1	1	1	1	1	
Betreuung der Kinder	-	Keine Fremdbetreuung der Kinder					-	-
Schulden	Keine Schulden							
Steuerabzüge	Nur Abzüge, welche ohne Nachweis zulässig sind (Berufskostenabzüge, Pauschale)							
Pensionskasse	-	5% des versicherten Lohns (unter Berücksichtigung des Koordinationsabzuges)						
3. Säule	Keine Beiträge an die 3. Säule							
Sozialleistungen	Keine Berücksichtigung von Transfers wie z. B. Mietbeiträgen bei der Berechnung des verfügbaren Einkommens							

Quelle: Ecoplan (2018), eigene Darstellung.

Tabelle 4 Finanzströme stationäre Akutsomatik 2017, liechtensteinische Versicherte in der Schweiz (in 1'000 CHF)

	LLS	Spitalregion Rheintal	KSSG	KSGR	Klinik Hirslanden (Zürich)	Universitäts- spitäler	LKH Feldkirch	Klinik im Park	andere Akutspitäler	Total
Chirurgie	3'677	5'983	3'221	2'531	982	566	289	289	3'533	21'071
Geriatric		1'017							12	1'029
Gynäkologie	116	3'691	360	1'017	26	13	85	3	50	5'362
Innere Medizin	5'485	4'529	3'130	2'673	983	688	726	571	512	19'298
Intensivmedizin		179	186				13	167	11	555
ORL	40	602	266	139	8	21	47			1'123
Ophthalmologie	10		182				36		11	239
Pädiatrie		4		752			7		419	1'181
Radiologie		263	61							324
übrige Fachgebiete	232	44	64	17		116	8	10	757	1'277
Total	9'559	16'313	7'470	7'129	1'999	1'390	1'210	1'040	5'348	51'459

Die Tabelle zeigt die stationären Gesamtkosten pro Spital unterteilt nach medizinischer Abteilung. Die Universitätsspitäler umfassen das Universitätsspital Zürich, Bern, Basel, Genf, Lausanne, die Universitätskinderspitäler Zürich und Basel und das A.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck. Das Ostschweizer Kinderspital ist in «andere Akutspitäler» eingruppiert. Die Spitalregion Rheintal mit dem Spital Grabs ist der grösste Leistungserbringer im stationären liechtensteinischen Gesundheitswesen. Das liechtensteinische Landesspital als alleiniger inländischer Leistungserbringer hat den zweithöchsten Kostenanteil. Weitere wichtige Standorte im Ausland sind die Kantonsspitäler St. Gallen und Graubünden, die Hirslanden Kliniken in Zürich, die Universitätsspitäler und das LKH Feldkirch. Alle Spitäler erbringen einen Grossteil ihrer Leistungen in der Inneren Medizin und der Chirurgie. Die Spitalregion Rheintal stellt die geriatriche, gynäkologische, ORL und radiologische Versorgung von Liechtenstein sicher. Die ophthalmologische Versorgung wird vom KSSG, die pädiatrische vom KSGR übernommen.

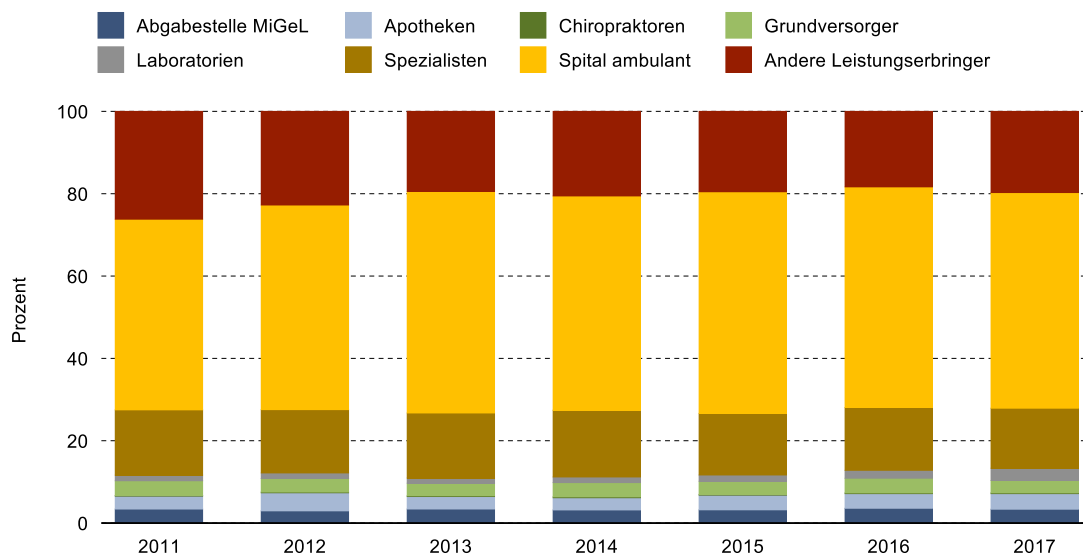
Quelle: LKV Datenpool 2017, eigene Berechnungen.

Tabelle 5 Finanzströme (in 1'000 CHF) Psychiatrie und Rehabilitation 2017

fFeh	Kanton	Bruttoleistungen	
		CHF	in %
Psychiatrie		7'673	100%
Klinik St. Pirminsberg	SG	3'306	43%
Klinik Waldhaus	GR	1'123	15%
Clenia Littenheid	TG	975	13%
Klinik Beverin	GR	962	13%
Privatklinik Hohenegg AG	ZH	479	6%
Landeskrankenhaus Rankweil	AUT	186	2%
Psychiatrische Klinik Wil	SG	149	2%
Klinik Aadorf AG	TG	125	2%
Rehabilitation		4'181	100%
Kliniken Valens	SG	2'080	50%
Rheinburg-Klinik AG	AR	711	17%
Klinik Gais AG	AR	306	7%
Reha Seewis AG	GR	228	5%
Oberwaid AG	SG	210	5%
Klinik Schloss Mammern AG	TG	148	4%
Zürcher RehaZentrum Davos	GR	138	3%
Clinic Bad Ragaz	SG	130	3%

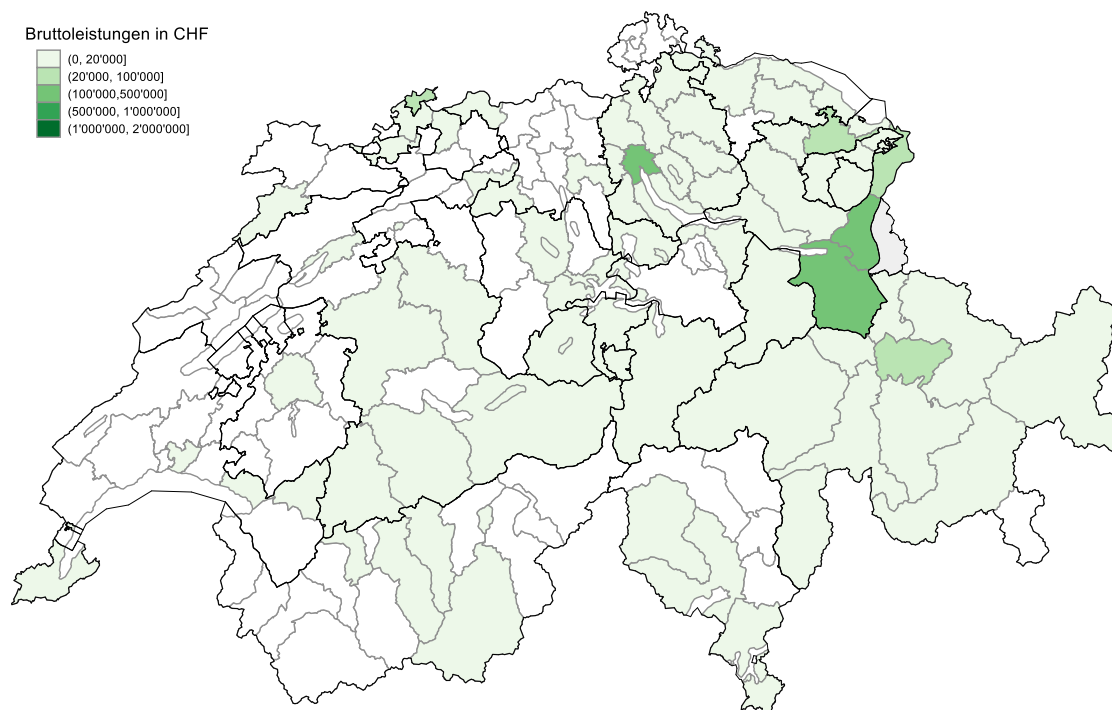
Die Tabelle zeigt die Finanzströme in der psychiatrischen und rehabilitativen stationären Versorgung. Liechtenstein verfügt über kein eigenes Leistungsangebot in diesen zwei Bereichen und Import folglich alle Leistungen vornehmlich aus der Schweiz. In beiden Bereichen ist eine starke Fokussierung auf einzelne Institutionen (Klinik St. Pirminsberg (Psychiatrie) und Kliniken Valens (Rehabilitation)) ersichtlich.

Quelle: LKV Datenpool, eigene Berechnungen.

Abbildung 22 Entwicklung Importanteile Leistungserbringergruppen ambulant

Die Abbildung zeigt die Importanteile der Leistungserbringergruppen an den ambulanten Gesamtimporten. Die Spitalambulatorien importieren mit Abstand am meisten Leistungen im ambulanten Bereich. Danach folgen die Spezialisten. Im betrachteten Zeitraum fand keine nennenswerte Veränderung der Importanteile statt.

Quelle: LKV Datenpool, eigene Berechnungen.

Abbildung 23 Importe nach Bezirken. Ambulante Grundversorger 2017

Quelle: LKV Datenpool, eigene Darstellung.

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80