

Das Gesundheitswesen in Liechtenstein – heute und morgen

Im Auftrag der Stiftung Zukunft.li

Das Gesundheitswesen in Liechtenstein – heute und morgen

Autoren

Marc Bill, Florian Kuhlmeier, Beatrice Mäder, Till Sager, Harry Telser

28. Mai 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	6
2	Kosten der Gesundheitsversorgung.....	7
2.1	Kostenentwicklung in der OKP	7
2.1.1	Der Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur	8
2.1.2	Die Entwicklung in ausgewählten Leistungsbereichen.....	11
2.1.3	Effekte der Gesetzesänderungen auf die OKP-Kosten.....	13
2.1.4	Fazit.....	17
2.2	Kostenunterschiede zwischen FL und SG/GR.....	18
2.2.1	Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten....	19
2.2.2	Unterschiedliche Kostenbeteiligungen und Anzahl Versicherte mit Wahlfranchise	25
2.2.3	Health and Wealth	28
2.2.4	Fazit.....	29
3	Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen.....	31
3.1	Kostenbeteiligungssysteme aus ökonomischer Sicht	31
3.2	Ausgestaltung der Kostenbeteiligung in Liechtenstein und der Schweiz	32
3.2.1	Kostenbeteiligung in Liechtenstein.....	32
3.2.2	Kostenbeteiligung in der Schweiz.....	33
3.2.3	Vergleich der Kostenbeteiligungssysteme in Liechtenstein und der Schweiz	35
3.2.4	Die Bedeutung von Prämien und Transferzahlungen	37
3.3	Wirkung von Kostenbeteiligungen in der sozialen Krankenversicherung.....	39
3.3.1	RAND Health Insurance Experiment	39
3.3.2	Neuere Forschungsergebnisse	40
3.3.3	Literatur zum Schweizer System.....	42
3.4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Liechtenstein.....	44
4	Wettbewerb im Gesundheitswesen.....	48
4.1	Wirksamer Wettbewerb im Gesundheitswesen.....	48
4.2	Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern.....	51
4.2.1	Marktstruktur	51
4.2.2	Marktverhalten	53
4.2.3	Marktergebnis	54
4.2.4	Fazit.....	55
4.3	Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern – Niedergelassene Ärzte	56
4.3.1	Marktstruktur	56
4.3.2	Marktverhalten	57

4.3.3	Marktergebnis	57
4.3.4	Fazit.....	57
4.4	Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern – Spitäler.....	58
4.4.1	Marktstruktur	58
4.4.2	Marktverhalten	59
4.4.3	Marktergebnisse.....	59
4.4.4	Fazit.....	59
5	Managed Care	60
5.1	Einleitung und Vorgehen.....	60
5.2	Anreize zur Etablierung von Managed Care in Liechtenstein	62
5.2.1	Leistungserbringer	63
5.2.2	Krankenversicherer	63
5.2.3	Versicherte.....	64
5.2.4	Hauptverhinderungsgründe.....	65
5.3	Lösungsansätze zur Förderung von Managed Care in Liechtenstein.....	65
5.3.1	Lösungsansatz 1: Standardmodell Managed Care	66
5.3.2	Lösungsansatz 2: Gesetzliches Verbot zur Anbindung von Zusatzversicherungen an die Grundversicherung durch Krankenversicherer	66
5.3.3	Lösungsansatz 3: Abschaffung der Bedarfsplanung	66
5.3.4	Lösungsansatz 4: Staatliche finanzielle Unterstützung.....	67
5.3.5	Lösungsansatz 5: Versorgungsverträge können auch mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung abgeschlossen werden	67
5.4	Fazit.....	67
6	Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen.....	69
6.1	Digitalisierung im Gesundheitswesen	69
6.1.1	E-Health in Liechtenstein	70
6.1.2	Elektronisches Gesundheitsdossier (eGD).....	73
6.1.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Liechtenstein.....	75
6.2	Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung	78
6.2.1	Ambulantisierung im Gesundheitswesen.....	78
6.2.2	Zunehmende Regulierung des ambulanten Bereichs in der Schweiz.....	79
6.2.3	Chancen und Risiken für Liechtenstein	81
7	Literaturverzeichnis	83
8	Anhang	87
8.1	Kosten der Gesundheitsversorgung	87
8.2	Ökonometrische Analyse Gesetzesänderungen	89
8.3	Kostenbeteiligung.....	90

8.4 Expertengespräche 91

1 Ausgangslage

Das Gesundheitswesen in Liechtenstein steht, wie in vielen Staaten, vor grossen Herausforderungen. Die steigenden Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sowie die zunehmenden Krankenkassenprämien sind zentrale Themen, die sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf politischer Ebene intensiv diskutiert werden. Besonders prägnant wird dies durch den Staatsbeitrag zur Verbilligung der OKP-Prämie, der jährlich neu festgelegt wird und regelmässig zu politischen Auseinandersetzungen führt. Angesichts dieser Ausgangslage hat die Stiftung Zukunft.li Polynomics mit einer umfassenden Analyse der aktuellen Situation und zukünftiger Entwicklungen beauftragt.

Das Projekt fokussiert darauf, die steigenden Gesundheitsausgaben, die im Vergleich zu den Schweizer Nachbarkantonen hohen OKP-Kosten pro Kopf, und die unterschiedlichen Systemkomponenten und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen Liechtensteins eingehend zu untersuchen. Durch die Analyse dieser Themen sollen nicht nur die Ursachen für die aktuellen Herausforderungen identifiziert, sondern auch potenzielle Fehlanreize im System aufgedeckt und Vorschläge für Verbesserungen erarbeitet werden. Das Projekt erstreckt sich über mehrere zentrale Aspekte des Gesundheitswesens, einschliesslich der Kosten der Gesundheitsversorgung, der Kostenbeteiligung der Versicherten, des Wettbewerbs im Gesundheitssektor, der Möglichkeiten und Grenzen von Managed-Care-Modellen sowie der Rolle der Digitalisierung und weiterer Herausforderungen.

Der Aufbau des Schlussberichts orientiert sich an den im Projektauftrag definierten Forschungsfragen. Durch deren Beantwortung sollen konkrete Empfehlungen für politische Entscheidungsträger, Gesundheitsdienstleister und Krankenkassen abgeleitet werden, um die Qualität und Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung in Liechtenstein nachhaltig zu verbessern.

Kapitel 2 hat die *Kosten der Gesundheitsversorgung* zum Inhalt. Dort analysieren wir die OKP-Kosten pro Kopf in Liechtenstein, machen einen Vergleich zu den Schweizer Nachbarkantonen und identifizieren die Haupttreiber der Kostenentwicklung. In Kapitel 3 untersuchen wir das aktuelle System der *Kostenbeteiligungen* in Liechtenstein und dessen Auswirkungen auf die Entscheidungen der Versicherten. Kapitel 4 widmet sich dem *Wettbewerb im Gesundheitswesen*. In ihm bewerten wir den Handlungsspielraum Liechtensteins hinsichtlich der Einführung von Wettbewerbselementen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. *Managed Care* wird in Kapitel 5 behandelt. Hier analysieren wir die Gründe für das Ausbleiben von Managed-Care-Modellen in Liechtenstein und erarbeiten Vorschläge zur Förderung solcher Modelle. Kapitel 6 enthält weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen. Darin stellen wir den Stand der *Digitalisierung im Gesundheitswesen* Liechtensteins mit dem Schwerpunkt elektronisches Gesundheitsdossier (eGD) dar und zeigen das Entwicklungspotenzial auf. Als zweite Herausforderung betrachten wir die *Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung* insbesondere in der Schweiz und die möglichen Auswirkungen auf Liechtenstein. Kapitel 7 enthält schliesslich das Literaturverzeichnis und Kapitel 8 den Anhang.

2 Kosten der Gesundheitsversorgung

In diesem Kapitel analysieren wir in Abschnitt 2.1 die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Liechtensteins der letzten 20 Jahre und untersuchen den Einfluss der Altersstruktur sowie den Effekt von zwei ausgewählten Gesetzesänderungen. In Abschnitt 2.2 analysieren wir die Gründe für die unterschiedlichen Kosten pro Versicherten in Liechtenstein und den Nachbarkantonen St. Gallen und Graubünden. Die gewonnenen Erkenntnisse fassen wir jeweils in Abschnitt 2.1.4 und 2.2.4 zusammen.

2.1 Kostenentwicklung in der OKP

Sowohl in Liechtenstein als auch in der Schweiz sind die Kosten im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Die möglichen Kostentreiber sind divers. Unter Experten sind sie jedoch weitgehend bekannt. Neben kaum beeinflussbaren Faktoren wie dem Bevölkerungswachstum und der Überalterung der Gesellschaft spielen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Anreizmechanismen auf Patienten- und Leistungserbringerseite eine wichtige Rolle. Auch institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen können unerwünschte Effekte haben, die sich in den Kosten widerspiegeln. In Liechtenstein könnten dies z. B. die Bedarfsplanung oder die Vorgaben zu Prämienverbilligung und Franchisestufen sein. Nicht zu vergessen ist der medizinisch-technologische Fortschritt, der zwar erhöhte Heilungschancen und eine geringere Belastung der Patienten mit sich bringt, jedoch oft zu einem hohen Preis. In diesem Zusammenhang sind auch die sich verändernden Präferenzen der Bevölkerung eine treibende Kraft. Die gestiegene Wohlfahrt führt zu höheren Erwartungen an die Gesundheitsversorgung und die Medizin.

In diesem Abschnitt untersuchen wir die Kostenentwicklung in der liechtensteinischen OKP zwischen 2004 und 2022. Neben einer deskriptiven Analyse der allgemeinen Entwicklung zeigen wir den Einfluss der Demografie auf die Kosten auf und analysieren, in welchen Leistungsbereichen ein überdurchschnittliches Kostenwachstum zu beobachten war. Weiter identifizieren wir Gesetzesänderungen, die das Kostenwachstum signifikant beeinflusst haben.

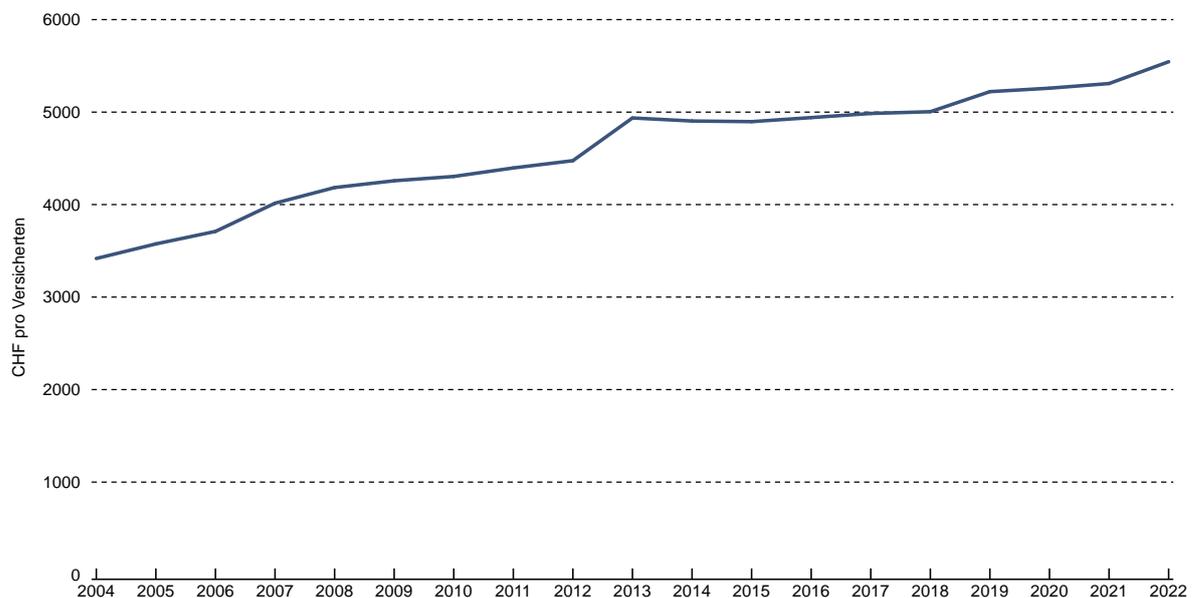
Als Kennzahl betrachten wir die Kosten pro Versicherten, um den Effekt des Bevölkerungswachstums möglichst zu eliminieren. Weiter nehmen wir die Leistungssicht ein, d. h. wir betrachten ausschliesslich die Kosten der erbrachten Leistungen.¹ Zusätzliche Zahlungen durch den Staat für z. B. Prämienverbilligungen oder Kostenbeteiligungen bleiben aussen vor. Da sich die Staatsbeiträge an die stationären Leistungen über die Jahre veränderten, addieren wir diese zu den Kosten, die von den Versicherten getragen wurden.² Teilweise war eine Aufschlüsselung der Staatsbeiträge nicht möglich, was in den entsprechenden Tabellen jeweils ausgewiesen ist.

¹ Die OKP gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft (vgl. Art. 1 Abs. 2 KVG). Leistungen bei Unfall werden nur gewährt, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt. In Liechtenstein und der Schweiz ist eine Unfallversicherung für angestellte Arbeitnehmer obligatorisch. Für diese Versicherten kann die Unfalldeckung in der OKP ausgeschlossen werden. Kinder und Rentner sind bei ihrer Krankenversicherung gegen Unfälle versichert. Die Leistungen bei Unfall werden identisch behandelt wie Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft, sprich es gelten die gleichen Tarifstrukturen, Preise und Regelungen bzgl. Kostenbeteiligung. Es bestehen diesbezüglich keine Unterschiede zwischen den zwei Ländern.

² Stationäre Leistungserbringer umfassen die Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken. Sanierungskredite an das Landesspital Liechtenstein sowie staatliche Leistungssubventionen ausserhalb der OKP, wie z. B. die Pflegefinanzierung, werden in der Analyse nicht berücksichtigt.

2004 betrug die Kosten pro Versicherten (inkl. Staatsbeiträge an die stationären Leistungen) rund 3'400 CHF. Diese wuchsen dann bis ins Jahr 2012 stetig und erfuhren einen sprunghaften Anstieg von 4'475 CHF auf 4'936 CHF im Jahr 2013. Nach diesem starken Anstieg stagnierten die Kosten für fünf Jahre und stiegen 2019 wieder sprunghaft an. Dieser Anstieg war jedoch weniger stark ausgeprägt als das Kostenwachstum im Jahr 2013. Seither wachsen die Kosten moderat von Jahr zu Jahr. Im Jahr 2022 betrug die Kosten pro Versicherten 5'544 CHF, d. h. sie sind seit 2004 um 62 % respektive 2.6 % jährlich gestiegen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1 Entwicklung Kosten pro Versicherten (inkl. Staatsbeiträge an die stationären Leistungen)



Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Kosten pro Versicherten (inkl. Staatsbeiträge an die stationären Leistungen) in den Jahren 2004 bis 2022. Nach einem relativ stabilen linearen Trend bis zum Jahr 2012 kam es im Jahr 2013 zu einem starken Anstieg der Kosten pro Versicherten. Im Jahr 2013 wurde die neue Spitalfinanzierung nach SwissDRG eingeführt. In der Zeit von 2013 bis 2018 stagnierten dann die Kosten, mit einem kleinen Rückgang im Jahr 2014. Ab dem Jahr 2019 setzte dann erneut ein Anstieg der Kosten ein.

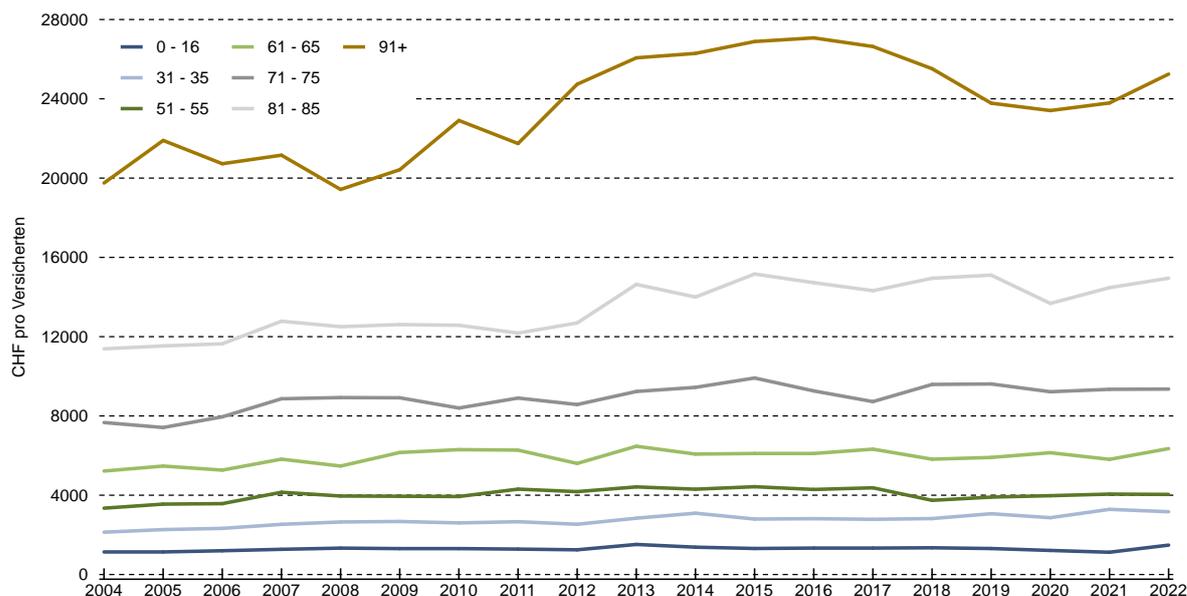
Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Darstellung Polynomics.

2.1.1 Der Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur

Je älter die Versicherten werden, desto gebrechlicher sind sie, was sich in einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und entsprechend höheren Kosten widerspiegelt. Abbildung 2 zeigt die Kostenentwicklung unterschieden nach ausgewählten Altersgruppen. Da die Staatsbeiträge an die stationären Leistungen nicht nach Altersgruppen verfügbar sind, weisen wir hier die Bruttoleistungen ohne Staatsbeiträge aus. Während Kinder (0–16-jährig) 2022 bei Durchschnittskosten von rund 1'500 CHF lagen, waren diese bei den 31- bis 35-Jährigen bereits doppelt so hoch. Eine weitere Verdopplung der Kosten ist danach bei den 61- bis 65-Jährigen zu beobachten. Die Durchschnittskosten lagen 2022 in dieser Altersgruppe bei rund 6'300 CHF. Danach steigen die Kosten rasant an. Die 71- bis 75-Jährigen wiesen 2022 durchschnittliche Kosten von rund 9'300 CHF auf, die 81- bis 85-Jährigen rund 15'000 CHF und die über 90-Jährigen 25'200 CHF.

In absoluten Zahlen war das Kostenwachstum seit 2004 in den Altersklassen über 75 Jahre am höchsten – zwischen 4'000 und 5'500 CHF (28 bzw. 46%). Prozentual sind jedoch auch die Kosten in jungen Altersklassen stark gestiegen. So verzeichneten beispielsweise die 31- bis 35-Jährigen einen Kostenanstieg von 48%, was immerhin rund 1'000 CHF entsprach.

Abbildung 2 Entwicklung Kosten pro Versicherten (exkl. Staatsbeiträge) nach ausgewählten Altersgruppen



Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Kosten pro Versicherten (exkl. Staatsbeiträge an die stationären Leistungen) in den Jahren 2004 bis 2022 für ausgewählte Altersgruppen. Die Kosten pro Versicherten steigen im hohen Alter sehr stark an. Während die Kosten der unter 55-Jährigen noch unter 4'000 CHF liegen, steigen diese ab 70 Jahren auf über 8'000 CHF und ab 90 Jahren auf über 25'000 CHF. Absolut betrachtet sind die Kosten seit 2004 bei den über 75-Jährigen am stärksten angestiegen. Das relative Wachstum fiel jedoch auch bei jüngeren Altersklassen wie z. B. den 31- bis 35-Jährigen mit 48% hoch aus.

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Darstellung Polynomics.

In unserer Analyse betrachten wir zwar die Kosten pro Versicherten, was ein Kostenwachstum aufgrund des Bevölkerungswachstums praktisch ausschliesst. Jedoch entwickelte sich in den letzten zwei Jahrzehnten nicht nur die Anzahl der Versicherten, sondern auch ihre Alterszusammensetzung. Diesen Effekt zeigen wir mit einer hypothetischen Berechnung der Kosten für das Jahr 2022 auf, indem wir die Alters- und Geschlechtsstruktur des Jahres 2004 auf die durchschnittlichen Kosten pro Altersgruppe im Jahr 2022 anwenden (vgl. Tabelle 1). Daraus resultieren die Kosten für 2022, wenn immer noch die Alters- und Geschlechtsstruktur von 2004 in der Bevölkerung prävalent wäre. Hier nehmen wir an, dass die Kostenentwicklung und alle anderen Entwicklungen (z. B. medizinisch-technologischer Fortschritt, Regulierungen etc.) unabhängig von der veränderten Demografie waren. Es ist plausibel, dass dies in Realität nicht der Fall war. Beispielsweise orientiert sich die pharmazeutische Forschung an der alternden Bevölkerung (z. B. Alzheimer- und Krebsmedikamente). Die Resultate der Analyse sind unter diesem Vorbehalt zu interpretieren.

Tabelle 1 Hypothetische Kosten (exkl. Staatsbeiträge) 2022 mit der Versichertenstruktur von 2004 in CHF

Altersgruppe	Anteil Versichertenmonate		Bruttoleistungen (BL) pro Versichertenmonat		BL exkl. Staatsbeitrag	Hypothetische BL exkl. Staatsbeitrag	Demografieeffekt
	2004	2022	2004	2022	2022	2022	
0–16	19.8%	15.8%	95	124	9'652'218	12'090'298	2'438'080
17–25	11.2%	9.2%	116	212	9'698'167	11'775'420	2'077'252
26–30	6.6%	6.0%	162	214	6'320'881	7'032'773	711'892
31–35	8.1%	6.5%	178	264	8'512'790	10'609'330	2'096'539
36–40	8.9%	6.8%	172	255	8'544'922	11'289'882	2'744'960
41–45	8.8%	6.7%	196	252	8'347'771	11'038'388	2'690'617
46–50	7.9%	7.2%	237	311	11'063'991	12'103'410	1'039'418
51–55	7.1%	8.4%	278	337	13'900'564	11'829'661	-2'070'904
56–60	6.4%	8.1%	326	429	17'159'853	13'629'634	-3'530'219
61–65	5.0%	7.2%	435	529	18'729'922	13'015'090	-5'714'832
66–70	3.3%	5.6%	472	632	17'429'497	10'157'718	-7'271'779
71–75	2.4%	4.8%	639	780	18'667'503	9'260'088	-9'407'415
76–80	2.1%	3.8%	702	1'029	19'284'346	10'531'188	-8'753'158
81–85	1.5%	2.3%	949	1'246	14'264'563	9'422'958	-4'841'605
86–90	0.7%	1.2%	1'237	1'581	8'983'977	5'247'593	-3'736'384
90+	0.3%	0.5%	1'646	2'104	5'013'335	3'226'043	-1'787'293
Total	100%	100%	244	396	195'574'302	162'259'471	-33'314'831

Die Tabelle zeigt die Altersstruktur der Versicherten und die Bruttoleistungen (exkl. Staatsbeiträgen) pro Versichertenmonat für 2004 und 2022. Die hypothetischen Bruttoleistungen für 2022 berechnen sich aufgrund der Versichertenstruktur aus 2004 und den Kosten pro Versichertenmonat der jeweiligen Altersklasse aus 2022. Hätte sich die Bevölkerungsstruktur seit 2004 nicht verändert, wären die OKP-Kosten heute um 33.3 Mio. CHF niedriger. Diese Aussage beruht auf der Annahme, dass sich die Kosten pro Versicherten (und alle Kostentreiber) unabhängig von der Altersstruktur der Versicherten entwickelten.

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Berechnungen Polynomics.

Hätte sich die Alters- und Geschlechtsstruktur seit 2004 nicht verändert, wären die Ausgaben in der OKP 2022 um 33.3 Mio. CHF oder 17% niedriger. Die niedrigeren Kosten rühren daher, dass es 2004 anteilmässig weniger über 50-jährige und mehr unter 50-jährige Versicherte gab. Da die Kosten i.d.R. im Alter ansteigen, resultieren mit der damaligen Alters- und Geschlechtsstruktur niedrigere Kosten als heute. Tabelle 1 zeigt auch, dass in allen Altersklassen die Kosten pro Versichertenmonat angestiegen sind. Die grössten Kostenveränderungen beobachten wir zwischen 66 und 80 Jahren, wo sich die Versichertenzahlen teilweise verdoppelt haben. Eine detaillierte Aufstellung, die sowohl nach Alter als auch nach Geschlecht differenziert ist, findet sich im Anhang in Tabelle 15.

Die Kosten pro Versicherten hätten 2022 nur 4'088 CHF betragen, wäre die Alters- und Geschlechtsstruktur aus 2004 noch prävalent gewesen. Dies hätte einem jährlichen Kostenwachstum von 1.8% seit 2004 entsprochen. In Realität betragen die Kosten pro Versicherten 2022 jedoch 5'544 CHF und waren seit 2004 jährlich 2.6% gewachsen (vgl. Abbildung 1). Somit sind 0.8 Prozentpunkte, respektive rund 30% des jährlichen Kostenwachstums auf den demografischen Wandel zurückzuführen. Dieser Wert entspricht auch früheren Beobachtungen und Prognosen, die für die Schweiz gemacht wurden. So berechnen Steinmann & Telser, 2005 sowie Steinmann et al. (2007) einen demografischen Effekt in der Höhe von jährlich 0.6 bis 0.7% in der Periode 2000 bis 2030. Beck (2013) kommt auf einen alterungsbedingten Anstieg der Gesundheitskosten von 0.5% für die Periode von 2000 bis 2050.

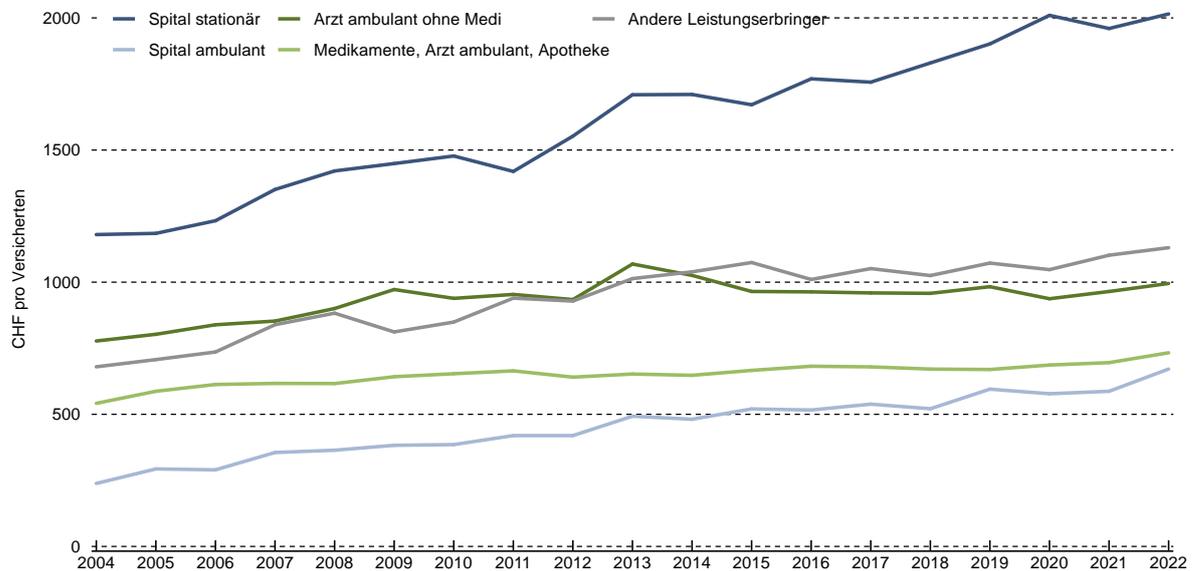
2.1.2 Die Entwicklung in ausgewählten Leistungsbereichen

In diesem Abschnitt widmen wir uns der Frage, inwiefern das Kostenwachstum über die Zeit auf einzelne Leistungsbereiche des Gesundheitswesens zurückzuführen sind. Abbildung 3 zeigt die Entwicklung ausgewählter Leistungsbereiche. Die höchsten Kosten pro Versicherten weisen die Leistungen für stationäre Spitalaufenthalte auf (akutstationär, Psychiatrie, Reha). Diese sind im Betrachtungszeitraum relativ stetig gestiegen, mit einem Kostensprung in den Jahren 2012 und 2013, in welchen in der Schweiz respektive in Liechtenstein das DRG-System eingeführt wurde (vgl. Abschnitt 2.1.3).

Der zweitgrösste Kostenblock war 2022 auf andere Leistungserbringer zurückzuführen. Darunter fallen z. B. Laboratorien, Physiotherapeuten oder psychologische Psychotherapeuten.³ Auf dem gleichen Niveau bewegen sich die Kosten der frei praktizierenden Ärzteschaft. Nach einem stetigen Wachstum zwischen 2004 und 2013 stagnieren diese seither. Eine ähnliche Entwicklung weisen die Medikamente, die in der Apotheke oder der Arztpraxis abgegeben wurden, auf. Das schwache doch stetige Wachstum seit 2004 flachte 2015 ab. Die Kosten der Spitalambulatorien sind seit 2004 stetig gewachsen.

³ Andere Leistungserbringer umfassen Laboratorien, Physiotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten, Pflegeheime, ambulant tätige Pflegefachpersonen, Chiropraktiker, Ergotherapeuten etc.

Abbildung 3 Entwicklung Kosten pro Versicherten nach Leistungsart



Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Bruttoleistungen (inkl. Staatsbeiträge an die Spitäler) pro Versicherten in den Jahren 2004 bis 2022. Die stationären Kosten in den Spitälern verzeichneten von 2012 bis 2013 einen deutlichen Anstieg. Anschliessend waren sie bis 2015 rückläufig, erlebten dann jedoch wieder ein lineares Wachstum bis 2019, bevor sie seitdem stagnieren. Im Gegensatz dazu stiegen die spitalambulant Kosten über alle Jahre hinweg stetig und linear an. Besonders bemerkenswert war das starke Wachstum im Jahr 2019. Die Kosten der frei praktizierenden Ärzte wuchsen bis 2013 ebenfalls linear. Seitdem sind sie tendenziell rückläufig oder stagnierend, wobei ein markanter Rückgang im Jahr 2020, zu verzeichnen ist. Im Bereich der ambulanten Medikamentenkosten war die Entwicklung über die Zeit am stabilsten. Erst ab 2019 wurde ein Wachstum verzeichnet, das sich 2022 deutlich verstärkte.

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Darstellung Polynomics.

Das Wachstum in den einzelnen Leistungsbereichen ist dem totalen Wachstum gegenüberzustellen. Tabelle 2 zeigt die Anteile der Leistungsbereiche an den totalen Kosten der Jahre 2007, 2012, 2017 und 2022. Die Anteile der Leistungsbereiche blieben über die Jahre in etwa konstant. Das in Abbildung 3 gezeichnete Bild muss entsprechend relativiert werden. Zwar sind die stationären Leistungen über den Betrachtungshorizont gestiegen, allerdings sind sie nicht wesentlich stärker gewachsen als die Kosten in den anderen Leistungsbereichen. Dies zeigt sich daran, dass der Kostenanteil zwischen 2007 und 2022 lediglich um zwei Prozentpunkte angestiegen ist. Gleichzeitig sank der Kostenanteil der Medikamente (Arzt ambulant und Apotheken) um zwei Prozentpunkt. Die spitalambulant Kosten wuchsen um drei Prozentpunkte, die Kosten der Ärzte in freier Berufstätigkeit sanken jedoch um drei Prozentpunkte. Entsprechend blieben die Kosten für ärztliche Leistungen insgesamt mit einem Kostenanteil von 30 % stabil. Es fand lediglich eine Verschiebung hin zu den Spitalambulatorien statt.

Tabelle 2 Anteil der Leistungsbereiche an den totalen Kosten 2007, 2012, 2017, 2022

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

Die Tabelle zeigt die Anteile ausgewählter Leistungsbereiche an den totalen Bruttoleistungen der OKP inkl. Staatsbeiträge an die Spitäler. Die Kostenanteile waren in den letzten 20 Jahren sehr stabil. Einzig im ambulanten Spitalbereich ist ein Anstieg ersichtlich. Hier hat allerdings eine Verschiebung von den Arztpraxen in die Spitalambulatorien stattgefunden. Vergleicht man die Summe der spitalambulant und ärztlichen Leistungen in Arztpraxen über die Zeit, blieb der Anteil konstant.

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Berechnungen Polynomics.

2.1.3 Effekte der Gesetzesänderungen auf die OKP-Kosten

In einem sozialen Krankenversicherungssystem wie demjenigen von Liechtenstein spielt die Politik eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung, Regulierung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Die Politik legt die Rahmenbedingungen fest, innerhalb derer das Gesundheitssystem operiert. Dazu gehören Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die die Organisation, Finanzierung und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen regeln. Die politischen Entscheidungsträger sind bestrebt, ein Gleichgewicht zwischen den Interessen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zu wahren, einschliesslich Versicherungsunternehmen, Leistungserbringer, Patienten und der breiteren Bevölkerung.

Die Politik reagiert auch auf Herausforderungen und Veränderungen im Gesundheitswesen, sei es durch den demografischen Wandel, technologische Innovationen oder gesellschaftliche Entwicklungen. Reformen werden eingeführt, um die Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems zu verbessern. Dabei strebt die Politik an, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Kostendämpfung und Sicherstellung eines adäquaten Versorgungsniveaus zu finden.

Gesetzesänderungen und Anpassungen der OKP

In diesem Kapitel untersuchen wir, welche Reformen einen Effekt auf die Kosten in der OKP hatten. Tabelle 3 gibt einen Überblick der wichtigsten Gesetzesänderungen und Anpassungen zwischen 2000 und 2022. Neben Anpassungen im Leistungskatalog wurden der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung mehrmals neu geregelt und neue Tarifstrukturen in der akutstationären Pflege und der ärztlichen Versorgung eingeführt. Weiter wurde die finanzielle Beteiligung der Versicherten mehrmals angepasst.

Tabelle 3 Übersicht (Gesetzes-)Anpassungen im Fürstentum Liechtenstein 2000 bis 2022

Jahr	Änderung
2000	Einführung Hausarztmodell zur Steuerung von Fachkräftezuwanderung aus dem EWR (Gesundheitsnetz Liechtenstein, GNL)
2004	Ablösung des Hausarztmodells durch die Bedarfsplanung bei frei praktizierenden Ärzten
	Einführung Zusatzversicherung «freie Arztwahl»
	Kinder werden generell von der Prämie befreit (vorher nur für Versicherte im GNL)
	Prämienbeiträge des Staates an einkommensschwache Versicherte werden auf die gesamte OKP ausgeweitet (vorher nur für Versicherte im GNL)
	Geringere Kostenbeteiligung für Versicherte im GNL entfällt
	Staatsbeitrag wird vom Landtag jährlich festgelegt und entspricht nicht mehr einem fixen Prozentsatz der Gesundheitskosten
2007	Einführung Bedarfsplanung bei psychologischen Psychotherapeuten
2012	Für Co-Marketing-Produkte (gem. Anhang 2a ^{bis} der KVV) wird nur noch der günstigere Preis (im Verhältnis zum Originalpräparat) übernommen
2013	Einführung SwissDRG per 1.1.2013 (in der Schweiz per 1.1.2012)
2014	Einführung erweiterte OKP
2017	Einführung Hochkostenversicherung
	Erhöhung Mindestfranchise auf 500 CHF und Selbstbehalt (20% bis 900 CHF) für Versicherte ab 21 Jahren bis zum Rentenalter
	Verpflichtung der Krankenversicherer zum Angebot von mind. drei Wahlfranchisen
	Streichen von ärztlich verordneten Badekuren aus dem Leistungskatalog der OKP
	Einführung Tarmed
	Erneuerung Bedarfsplanung (Abrechnung nur noch von Ärzten mit OKP-Zulassung. Veranlasste Leistungen an andere Ärzte nicht mehr kassenpflichtig)
	Zulassung Akupunktur durch Naturheilpraktiker
2018	Eingriff des Bundesrates in den Tarmed . Die Tarifstruktur wurde sachgerechter gestaltet und übertarifizierte Leistungen korrigiert. Weiter sollten Fehlanreize reduziert werden, damit gewisse Tarifpositionen nicht übermässig oder unsachgemäss abgerechnet werden.
2019	AVOS (ambulant vor stationär) – Nationale Listen der Schweiz übernommen
2022	Senkung der Tarife der Laboranalysen um 10%

Die Tabelle zeigt die wichtigsten Gesetzesänderungen und Anpassungen in der OKP im Fürstentum Liechtenstein in den Jahren 2000 bis 2022.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

In Anbetracht der verfügbaren Daten (2004–2022), der Kostenentwicklung gemäss Abbildung 1 sowie gesundheitsökonomischer Überlegungen erachten wir die Einführung des SwissDRG-Systems zur Abrechnung der akutstationären Leistungen sowie die zahlreichen Anpassungen im Jahr 2017 als am relevantesten. 2017 waren insbesondere die höhere Kostenbeteiligung der Versicherten sowie die Einführung der neuen Tarifstruktur **Tarmed** zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen wichtige Anpassungen.

sungen im System. Ein weiteres Jahr mit einer Vielzahl von Anpassungen, die vermutlich sowohl einzeln als auch gesamthaft von Relevanz waren, ist 2004. Diese Änderungen konnten jedoch aufgrund der verfügbaren Daten (2004–2022) nicht untersucht werden.

Ökonometrische Analyse der Effekte ausgewählter Gesetzesänderungen und Anpassungen der OKP

Im Folgenden untersuchen wir, ob und welchen Effekt die ausgewählten Gesetzesänderungen auf die Kosten pro Versicherten hatten. Dazu schätzen wir Regressionsmodelle und testen, ob in den Jahren 2013 und 2017 die Kosten sprunghaft gestiegen sind (Niveaushift) und sich das Kostenwachstum gegenüber der Vorperiode veränderte (Veränderung in der Steigung der Regressionsgerade). Eine Beschreibung der verwendeten Methode zusammen mit den Schätzergebnissen finden sich im Anhang (Abschnitt 8.2).

Tabelle 4 enthält die Resultate der ökonometrischen Analyse. Diese sind teilweise umgerechnet, da sich die Koeffizienten der Schätzung nicht direkt interpretieren lassen. Die geschätzten Koeffizienten sind in Tabelle 16 im Anhang ausgewiesen. Betrachtet man die totalen Bruttoleistungen (inkl. Staatsbeiträge an die stationären Leistungen), sagt das Modell für diese zwischen 2004 und 2012 eine jährliche Kostensteigerung von 3.4% voraus. 2013, im Jahr der SwissDRG-Einführung in Liechtenstein, wird ein sprunghafter Kostenanstieg von 3.2% vorausgesagt, danach stagnieren die Kosten jedoch bis 2017. In der Schweiz wurde bei der Einführung von SwissDRG ein ähnlicher Effekt beobachtet. Der Evaluationsbericht des Obsan (vgl. Pellegrini & Roth, 2015) kommt zum Schluss, dass ein Teil des Kostensprungs durch den Einbezug der Anlagenutzungskosten in die Fallpauschalen erklärt werden kann, was vorhin nicht der Fall war. Ein weiterer Grund für den Anstieg könnte in der antizipativen Anpassung an die neue Gesetzgebung liegen, die zu einer gründlicheren Dokumentation der erbrachten Leistungen geführt haben könnte. Weiter können auch die initial festgelegten Basispreise (Baserates) die Kosten erhöht haben. In Liechtenstein selbst wurde keine Evaluation der neuen Spitalfinanzierung durchgeführt.

Tabelle 4 Resultate der ökonometrischen Analyse der Effekte der Gesetzesänderungen auf die Kosten pro Versicherten

	Totale Kosten	Spital stationär	Spital ambulant	Arzt ambulant
Kosten pro Versicherten 2004 (CHF)	3'506	1'182	264	793
Jährliches Wachstum 2004–2012	3.4%	3.5%	6.6%	2.7%
Kostensprung 2013	3.2%	4.4%	n. sig.	5.2%
Jährliches Wachstum 2013–2016	0.0%	0.8%	6.6%	-3.7%
Kostensprung 2017	n. sig.	n. sig.	n. sig.	n. sig.
Jährliches Wachstum 2017–2022	2.0%	3.5%	6.6%	-0.5%

Die Tabelle zeigt die Resultate der Regressionsanalyse. Die nicht signifikanten Kostensprünge sind als «n. sig.» ausgewiesen. Weicht das Wachstum nicht signifikant von der Basisperiode 2004–2012 ab, ist das Wachstum der Basisperiode angegeben. Sämtliche Schätzergebnisse sind in Tabelle 16 im Anhang ausgewiesen. Hier dargestellt sind die aus den Koeffizienten berechneten prozentualen Kosteneffekte aus dem Regressionsmodell. Betrachtet man die totalen Kosten, so sind diese zwischen 2004 und 2012 jährlich um 3.4% gewachsen. 2013, im Jahr der SwissDRG-Einführung in Liechtenstein, sind die Kosten sprunghaft um 3.2% angestiegen, haben danach jedoch bis 2017 stagniert (0.0% Wachstum). 2017 kann das Modell keinen statistisch signifikanten Kostensprung feststellen. Allerdings ist danach die jährliche Wachstumsrate bis 2022 mit 2.0% statistisch signifikant niedriger als in den Jahren 2004 bis 2012 (3.4%).

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Berechnungen Polynomics.

In Bezug auf die Gesetzesänderungen von 2017 identifiziert das Modell keinen statistisch signifikant sprunghaften Anstieg, jedoch eine statistisch signifikant niedrigere Wachstumsrate nach 2017 im Vergleich zur Periode 2004–2012. Die verschiedenen Gesetzesänderungen 2017 hatten vermutlich gegenläufige Wirkung und haben sich entsprechend nicht so klar in den Kosten niedergeschlagen wie die DRG-Einführung 2013. Der Leistungskatalog wurde sowohl erweitert als auch gekürzt. Die Anreize zu Moral Hazard für die Versicherten (vgl. dazu Abschnitt 3.3) wurden gleichzeitig erhöht (Hochkostenversicherung) und gesenkt (höhere Kostenbeteiligung). Im ambulanten Bereich wurde der Tarmed eingeführt und gleichzeitig die Bedarfsplanung erneuert. Die Effekte dieser Gesetzesänderungen isoliert zu betrachten war im Rahmen dieses Projektes und mit den verfügbaren Daten nicht möglich. Im Folgenden betrachten wir jedoch die Effekte bei den einzelnen Leistungserbringergruppen.

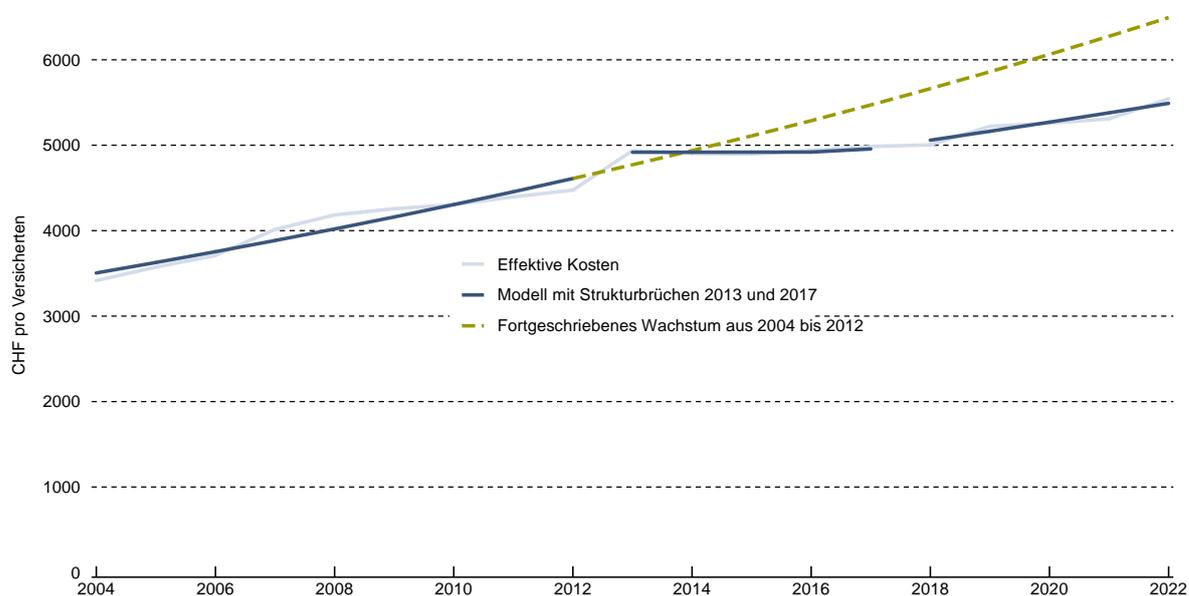
Da 2013 SwissDRG für die Abrechnung der akutstationären Leistungen eingeführt wurde, würde man bei den Spitälern einen Effekt zu diesem Zeitpunkt erwarten. Im Jahr 2017 hingegen wurde der Tarmed für die ambulanten ärztlichen Leistungen eingeführt, weshalb eher bei den frei praktizierenden Ärzten und den Spitalambulatorien Kosteneffekte zu erwarten sind. 2017 wurden zudem diverse Stellen im KVG revidiert, u. a. wurde die Kostenbeteiligung der Versicherten erhöht, was theoretisch eine Kostenreduktion auf allen Ebenen nach sich ziehen sollte (vgl. Kapitel 3).

Bei der Betrachtung der einzelnen Leistungserbringergruppen erkennt man, sowohl im stationären als auch ambulanten Spitalbereich fast keine Effekte, die statistisch nachgewiesen werden können. Einzig im stationären Bereich ist im Jahr 2013 ein signifikant sprunghafter Anstieg von 4.4% und ein signifikant niedrigeres Kostenwachstum zwischen 2013 und 2016 von 0.8% zu verzeichnen. Nach 2017 wuchsen die Kosten wieder mit 3.5% jährlich, wie sie dies bereits zwischen 2004 und 2012 getan hatten. Ein Kostensprung ist 2017 statistisch nicht nachweisbar. Im spitalambulanten Bereich wuchsen die Kosten zwischen 2004 und 2022 mit 6.6% jährlich. Die Gesetzesänderungen hatten keinen nachweisbaren Einfluss darauf.

Anders sieht es bei den frei praktizierenden Ärzten aus. Überraschenderweise beobachten wir einen signifikanten Kostensprung im Jahr 2013 von 5.2%, obwohl SwissDRG nur für die stationären Leistungen gilt. Dies könnte möglicherweise auf einen Verlagerungseffekt aus dem stationären Sektor hindeuten. Ab 2013 bis 2016 sanken die Kosten dann jährlich um 3.7%. Die Gesetzesänderungen im Jahr 2017 führten zwar zu keinem nachweisbaren Kostensprung, verringerten die jährliche Kostensenkung jedoch auf 0.5% anstelle von 3.7%.

Zusammengefasst beobachten wir bei fast allen Leistungserbringergruppen einen ausgeprägten Kostensprung im Jahr 2013. Danach folgt eine Zeitperiode von vier Jahren mit Null- und teilweise sogar negativem Wachstum. Nach dem Jahr 2017 fingen die Kosten wieder an zu wachsen, in Bezug auf die totalen Kosten jedoch mit einer niedrigeren Rate als vor 2013. Die Vermutung liegt nahe, dass der regulatorische Eingriff 2013 zwar kurzfristig die Kosten erhöhte, jedoch langfristig das Kostenwachstum dämpfte. Letzteres gilt auch für die regulatorischen Anpassungen 2017. Abbildung 4 stellt die effektiv beobachtete Kostenentwicklung (hellblaue Linie) dem oben geschätzten Modell mit Strukturbrüchen im Jahr 2013 und 2017 (dunkelblaue Linien) sowie einer linearen Fortschreibung des Kostenwachstums zwischen 2004 und 2012 für die darauffolgenden Jahre (grün gestrichelte Linie) gegenüber. Die Kosten pro Versicherten würden in der Situation, in welcher das beobachtete Wachstum der Jahre 2004 bis 2012 ungebremst weiter gegangen wäre, im Jahr 2022 6'494 CHF betragen. Die effektiv beobachteten Kosten sind mit 5'544 CHF klar niedriger. Obwohl wir mit dem vorliegenden Modell keine kausalen Zusammenhänge aufzeigen können, liegt die Vermutung nahe, dass die regulatorischen Eingriffe langfristig zu einer Kostendämpfung beigetragen haben.

Abbildung 4 Kostenentwicklung mit und ohne Strukturbrüche



Die Abbildung zeigt die effektiv beobachtete Kostenentwicklung (hellblaue Linie), die Kostenentwicklung gemäss dem oben geschätzten Modell mit Strukturbrüchen in den Jahren 2013 und 2017 (dunkelblaue Linien) sowie einer linearen Fortschreibung des Kostenwachstums zwischen 2004 und 2012 für die darauffolgenden Jahre (grün gestrichelte Linie). Wäre das Kostenwachstum von 2004 bis 2012 ungebremst weiter gegangen, wären die Kosten pro Versicherten im Jahr 2022 deutlich höher. Das Modell mit zwei Strukturbrüchen 2013 und 2017 kann die Kostenentwicklung sehr gut abbilden. Die Vermutung liegt nahe, dass die regulatorischen Eingriffe langfristig eine kostendämpfende Wirkung hatten. Das berechnete Modell kann jedoch keine kausalen Zusammenhänge identifizieren.

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Berechnungen Polynomics.

2.1.4 Fazit

Die Haupteckdaten unserer Analyse in Bezug auf die Kostenentwicklung in der OKP in FL in den letzten 20 Jahren sind folgende:

- Seit 2004 sind die Kosten pro Versicherten jährlich um 2.6 % gestiegen und betragen im Jahr 2022 5'544 CHF. Dies bezieht sich auf die Kosten, die durch Krankenversicherer getragen wurden inklusive der staatlichen Beiträge an die stationären Leistungen.
- Nachdem die Kosten zwischen 2004 bis 2012 kontinuierlich wuchsen, stiegen sie 2013 sprunghaft an und stagnierten danach für einige Jahre. Ab 2017 wuchsen sie wieder kontinuierlich bis ans Ende der Beobachtungsperiode.
- Die Kosten pro Versicherten unterscheiden sich sehr stark zwischen den Altersgruppen. Je älter die Versicherten sind, desto höher sind die durchschnittlichen Kosten. 2022 lag der Durchschnittswert bei den über 91-Jährigen bei über 25'000 CHF. Bei den Kindern hingegen bei 1'500 CHF. Auch wenn das absolute Kostenwachstum zwischen 2004 und 2022 bei den älteren Versicherten sehr hoch ausfiel (4'000 bis 5'500 CHF bei über 75-Jährigen), stiegen auch die Kosten in jüngeren Altersgruppen stark an, z. B. um rund 1'000 CHF respektive 48 % bei den 31- bis 35-Jährigen.

- Hätte die liechtensteinische Bevölkerung 2022 noch dieselbe Alters- und Geschlechtsstruktur wie im Jahr 2004 aufgewiesen, so wären die OKP-Kosten um rund 33 Mio. CHF oder 17 % niedriger gewesen. Diese hypothetische Betrachtung nimmt an, dass sich die Kosten unabhängig der Alters- und Geschlechtsstruktur entwickelt haben.
- In den letzten knapp 20 Jahren war insbesondere im stationären Bereich ein starkes Kostenwachstum zu erkennen, welches im Jahr 2013 aufgrund der Einführung von DRG zusätzlich angefeuert wurde. Im ambulanten Bereich fand eine Verschiebung von den Arztpraxen zu den Spitalambulatorien statt. Anteilsmässig wurden 2022 gleich viele ambulante ärztliche Leistungen (Praxis und Spital) erbracht, wie 15 Jahre früher.
- Die Gesetzesänderungen in den Jahren 2013 und 2017 führten zu signifikanten Veränderungen in den Kosten pro Versicherten. Während die Einführung des DRG-Systems im Jahr 2013 einen Kostensprung mit anschliessend stagnierenden Kosten zur Folge hatte, führte die KVG-Revision 2017 zu keinem nachweisbaren Kostensprung. Die Kosten stiegen ab diesem Zeitpunkt jedoch wieder an. Das Wachstum ab 2017 war aber statistisch signifikant niedriger als zwischen 2004 und 2012.
- Hätte sich das Kostenwachstum der Jahre 2004 bis 2012 linear weiterentwickelt, so würden diese heute deutlich über den beobachteten Kosten liegen. Dies deutet darauf hin, dass die Gesetzesänderungen (insbesondere in den Jahren 2013 und 2017) zwar teilweise kurzfristig die Kosten erhöhten, jedoch langfristig einen kostendämpfenden Effekt hatten.

2.2 Kostenunterschiede zwischen FL und SG/GR

Im Vergleich zu den Nachbarkantonen Graubünden (GR) und St. Gallen (SG), weist das Fürstentum Liechtenstein (FL) deutlich höhere OKP-Kosten pro Versicherten auf. Im Durchschnitt über alle Versicherten sind die Kosten rund 20 % respektive 1'000 CHF höher. In diesem Kapitel eruieren wir, woher diese Kostenunterschiede stammen und wie sie sich begründen lassen.

Dazu analysieren wir die Daten des SASIS-Datenpools sowohl für FL als auch SG und GR. Um eine vergleichbare Basis zu erhalten, betrachten wir nur Leistungen von Versicherten deren Wohnsitz im Kanton/Staat ist. Konsequenterweise werden ausländische und ausserkantonale Versicherte ausgeschlossen. Die Kosten pro Versicherten betragen somit 2022 in FL 5'830 CHF, in SG 4'851 CHF und in GR 4'784 CHF. Somit gibt es kaum Unterschiede zwischen den beiden Schweizer Kantonen, während die Kosten in FL rund 1'000 CHF pro Versicherten höher liegen.

Tabelle 5 Übersicht OKP-Kosten und OKP-Kosten pro Versicherten in FL, SG und GR

	FL	SG	GR
Totale Kosten in CHF inkl. Staats-/Kantonsbeitrag an stationäre Leistungen 2022	231'422'762	2'547'164'867	990'640'278
Kosten pro Versicherten in CHF	5'830	4'851	4'784

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Zur Strukturierung der Analyse formulierten wir in einem ersten Schritt Hypothesen bzgl. der Gründe der Kostenunterschiede, entlang welcher wir die Analyse aufbauen. Die zu untersuchenden Hypothesen lauten wie folgt:

1. Die Kosten pro Versicherten sind in FL aufgrund der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur höher als in SG und GR

2. Die Kosten pro Versicherten unterscheiden sich zwischen FL und SG/GR aufgrund der unterschiedlichen Kostenbeteiligung. Dabei sind:
 - a) die Kosten pro Versicherten bei <21-Jährigen aufgrund der fehlenden Kostenbeteiligung in FL höher als in SG und GR.
 - b) die Kosten pro Versicherten bei 21- bis 64-Jährigen aufgrund der höheren Kostenbeteiligung in FL niedriger als in SG und GR.
 - c) die Kosten pro Versicherten bei >64-Jährigen aufgrund der ähnlichen Ausgestaltung der Kostenbeteiligung zwischen FL und SG/GR nicht unterschiedlich.⁴
3. Die Kosten pro Versicherten sind in FL aufgrund der niedrigen Anzahl Versicherten mit Wahlfranchisen höher als in SG und GR
4. Die Kosten pro Versicherten sind in FL aufgrund des hohen Wohlstands höher als in SG und GR

In den folgenden Abschnitten gehen wir diesen Fragen nach und testen die Hypothesen. Abschnitt 2.2.1 untersucht die Unterschiede in der Versichertenstruktur und damit zusammenhängende Kostenunterschiede. Abschnitt 2.2.2 vergleicht die Versichertenanteile in Wahlfranchisen und analysiert Kostenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Kostenbeteiligungen. Abschnitt 2.2.3 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Wohlstand und den Gesundheitsausgaben in ausgesuchten Ländern.

2.2.1 Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten

Als erstes betrachten wir die Versichertenstruktur. Dabei schränken wir die Daten auf Versicherte ein, die im Fürstentum Liechtenstein (FL) respektive im Kanton Sankt Gallen (SG) oder Graubünden (GR) wohnhaft sind. Versicherte im Ausland schliessen wir aus. Das FL ist mit knapp 40'000 Versicherten im Jahr 2022 im Vergleich zu den Nachbarkantonen GR mit rund 210'000 Versicherten und SG mit rund 525'000 Versicherten ein sehr kleiner Gesundheitsmarkt. Die Alters- und Geschlechtsstruktur ist sehr ähnlich zu den Nachbarkantonen, was wiederum ein Indiz dafür ist, dass sich auch die Morbidität der Versicherten nicht wesentlich unterscheiden sollte. Auffällig hingegen ist, dass im Jahr 2022 in FL nur 16 % der Versicherten eine Wahlfranchise wählten. In SG entschieden sich 46 % freiwillig für eine höhere Franchise, in GR 40 % (vgl. Tabelle 6).

⁴ Dies bezieht sich auf 2022. Ab 2023 wurden die Rentner in FL von der Franchise befreit und man würde aufgrund der niedrigeren Kostenbeteiligung in FL höhere Kosten erwarten als in SG/GR.

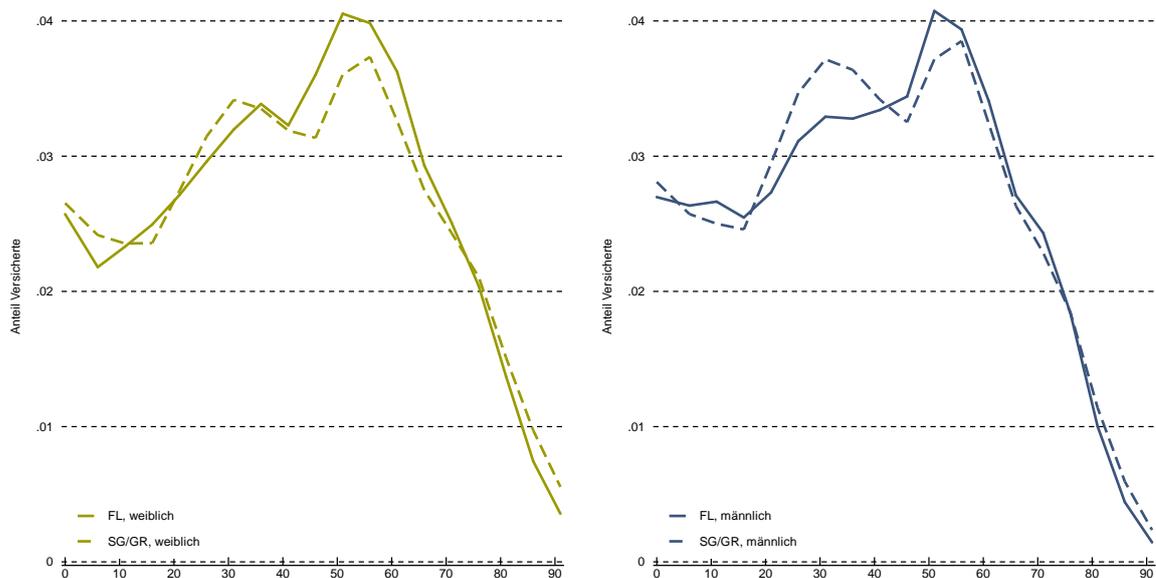
Tabelle 6 Versichertenstruktur in FL, SG und GR

	FL	SG	GR
Anzahl Versicherte 2022, davon	39'695	525'041	207'088
<21-jährig	20%	21%	18%
21- bis 64-jährig	61%	61%	61%
>64-jährig	19%	18%	21%
weiblich	50%	50%	49%
mit Wahlfranchise	16%	46%	40%

Die Tabelle zeigt die Anzahl Versicherte nach Altersgruppen, Geschlecht und Wahlfranchisen. Es werden nur im Land/Kanton wohnhafte Versicherte berücksichtigt. Im Ausland wohnhafte Versicherte sind ausgeschlossen. Liechtenstein weist relativ zu seinen Nachbarkantonen nur einen Fünftel (GR) respektive einen Zehntel (SG) an Versicherten in der OKP auf. Die Alters- und Geschlechtsstruktur ist sehr ähnlich. Hingegen verfügen nur 16% der Versicherten über eine Wahlfranchise – in GR sind es 40% und in SG sogar 46%.

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Abbildung 5 Anteil Versicherte nach Altersklasse und Geschlecht, FL vs. SG/GR



Die Abbildung zeigt die Versichertenanteil pro Alters- und Geschlechtsgruppe in Liechtenstein verglichen mit SG/GR (gestrichelte Linien). Liechtenstein weist anteilmässig mehr weibliche Versicherte im Alter zwischen 40 und 70 Jahren auf und weniger zwischen 20 und 35 sowie über 80 Jahren. Männliche Versicherte zwischen 20 und 40 Jahren sind in Liechtenstein untervertreten, dafür solche zwischen 45 und 60 Jahren übervertreten.

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Analog zur Betrachtung in Abschnitt 2.1.1 führen wir ein Gedankenexperiment durch und berechnen die hypothetischen Kosten für Liechtenstein, wenn dort die Alters- und Geschlechtsstruktur von SG/GR anzutreffen wäre. Mit den durchschnittlichen Kosten pro Alters- und Geschlechtsgruppe von Liechtenstein im Jahr 2022 und der Alters- und Geschlechtsstruktur von SG/GR, wären die Kosten in

Liechtenstein um weitere rund 3.7 Mio. CHF (1.6 %) höher als in SG/GR. Die Alters- und Geschlechtsstruktur von Liechtenstein ist demzufolge leicht vorteilhaft, was die Gesamtkosten der OKP betrifft (vgl. Tabelle 7). Dies liegt insbesondere an den niedrigeren Anteilen von über 76-jährigen Versicherten, die mit entsprechend hohen Kosten pro Versicherten trotz geringen anteilmässigen Unterschieden den totalen Kostenunterschied massgebend beeinflussen.

Tabelle 7 Hypothetische OKP-Kosten FL mit Alters- und Geschlechtsstruktur SG/GR, 2022

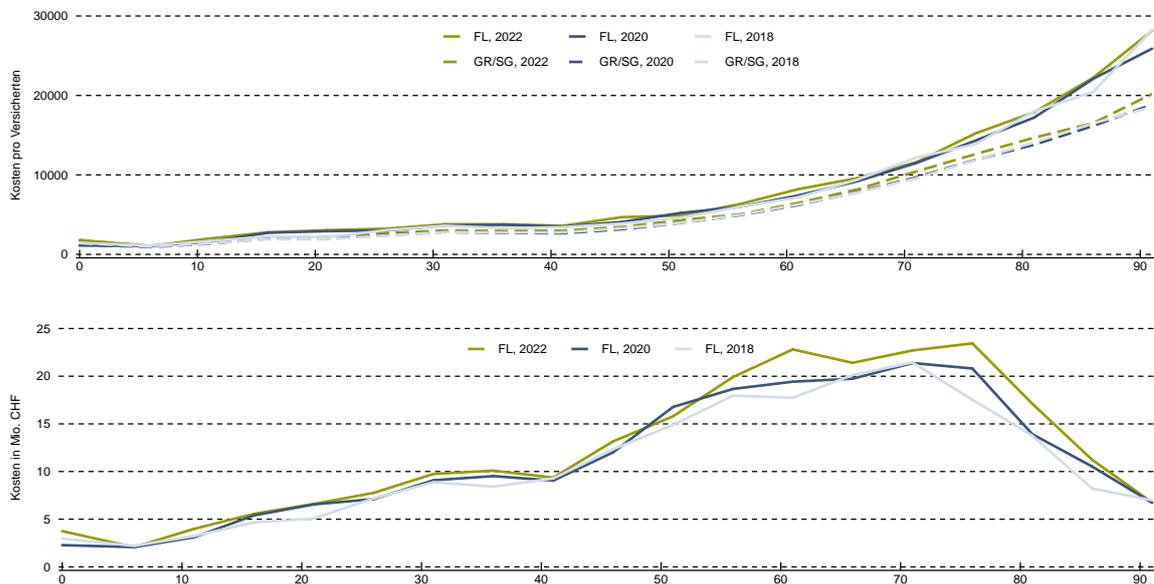
	OKP-Kosten in CHF
Totale Kosten FL, 2022	231.4 Mio.
Hypothetische Kosten FL mit Alters- und Geschlechtsstruktur von SG/GR	235.1 Mio.
Kostenunterschied aufgrund unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstruktur	3.7 Mio.

Die Tabelle zeigt die hypothetischen Kosten für FL, die sich aus den Kosten pro Versicherten von FL aus dem Jahr 2022 und der Alters- und Geschlechtsstruktur von SG/GR ergeben. Würde FL über die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten in SG/GR verfügen, wären die totalen Kosten um weitere 3.7 Mio. CHF höher.

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Nicht erstaunlich ist, dass die Kosten pro Versicherten im Alter ansteigen (vgl. Abbildung 6). Während sich die Kosten bis zum Alter von 55 Jahren zwischen FL und SG/GR nur unwesentlich unterscheiden, wird die Differenz danach mit jedem Altersjahr grösser. Die Kosten der über 90-Jährigen liegen in Liechtenstein mit 28'150 CHF rund 8'000 CHF, also 40 %, höher als in den Nachbarkantonen. In Anbetracht, dass der grösste Kostenblock der OKP bei Versicherten zwischen 50 und 80 Jahren anfällt, sollte diese zunehmende Kostendifferenz im Alter näher untersucht werden. Dazu betrachten wir im Folgenden die Kosten in ausgewählten Leistungsbereichen.

Abbildung 6 OKP-Kosten pro Versicherten und totale Kosten nach Altersklassen, FL vs. SG/GR



Die obere Abbildung zeigt die OKP-Kosten pro Versicherten pro 5-Jahres-Altersklassen von FL und SG/GR (gestrichelte Linien) für die Jahre 2018, 2020 und 2022 im Vergleich. Bis zum Alter von 55 Jahren unterscheiden sich die Kosten nur unwesentlich – dennoch sind auch in diesen Altersklassen die Kosten in Liechtenstein stets über den Kosten in SG/GR. Danach beginnen die Kurven auseinanderzulaufen. Die Kosten der über 90-Jährigen liegen in Liechtenstein mit 28'150 CHF rund 8'000 CHF (40 %) höher als in den Nachbarskantonen. Die untere Abbildung zeigt die totalen Kosten pro Altersklasse in FL für die Jahre 2018, 2020 und 2022. Der grösste Kostenblock fällt bei Versicherten im Alter zwischen 50 und 80 Jahren an.

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Wie bereits erwähnt, weist FL im Vergleich zu SG und GR rund 20 % höhere Kosten pro Versicherten auf. Die Kostenzusammensetzung ist zwischen den Betrachtungseinheiten jedoch sehr ähnlich, wie in Tabelle 8 ersichtlich ist. Jeweils rund 30 % der Kosten fallen im akutstationären Spitalbereich an, weitere 32% aufgrund ambulanter Arztbehandlungen im Spital und den Arztpraxen und ca. 15% aufgrund von Arzneimitteln. Zwar unterscheidet sich die Aufteilung auf ambulante Spitalleistungen und solche in Arztpraxen. Insgesamt sind die Anteile jedoch zwischen FL, SG und GR vergleichbar. Hingegen weichen die absoluten Kosten in FL bis zu über 100 % von den Kosten in SG und GR ab. Am relevantesten erscheinen die Kostendifferenzen im akutstationären Bereich (SG +290 CHF, +20%; GR: +341 CHF, +24%) und bei den Arztbehandlungen (SG +256 CHF, +16%, GR: +309 CHF, +20%). Prozentual am höchsten ist die Kostenabweichung bei Laborleistungen (SG +117 CHF, +127%, GR: +109 CHF, +109%).

Tabelle 8 OKP-Kosten pro Versicherten nach Leistungsbereichen 2022, FL vs. SG und GR

	FL	SG	GR
Kosten pro Versicherten in CHF, davon	5'830 (100%)	4'851 (100%)	4'784 (100%)
Spital akutstationär	1'741 (30%)	1'451 (30%)	1'400 (29%)
Spital ambulant, ohne Medikamente	688 (12%)	692 (14%)	749 (16%)
Arzt ambulant, ohne Medikamente ⁵	1'145 (20%)	885 (18%)	775 (16%)
Medikamente ambulant	786 (13%)	698 (14%)	741 (16%)
Psychiatrie und Rehabilitation stationär	403 (7%)	452 (9%)	434 (9%)
Laboratorien	209 (4%)	92 (2%)	100 (2%)
Pflegeheime	271 (5%)	208 (4%)	219 (5%)
Übrige Leistungserbringer	587 (10%)	373 (8%)	364 (8%)

Die Tabelle zeigt die totalen Kosten der OKP, ergänzt um die Staats- respektive Kantonsbeiträge an die stationären Leistungen. Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit wurden die Kosten auf diejenigen Leistungen eingeschränkt, die von im Staat/Kanton wohnhaften Versicherten bezogen wurden. Dabei werden auch ausserkantonale respektive von liechtensteinischen Versicherten in der Schweiz bezogene Leistungen berücksichtigt. Im Kanton erbrachte Leistungen für ausserkantonale Versicherte werden jedoch ausgeschlossen. Auf dieser Basis berechnen wir die Kosten pro Versicherten – total und für ausgewählte Leistungsbereiche. Die Kosten pro Versicherten sind in Liechtenstein rund 1'000 CHF (20%) höher als in SG und GR. Auffällig höhere Kosten pro Versicherten sind in Liechtenstein im akutstationären Bereich, bei ärztlichen Behandlungen in Arztpraxen, bei Laboratorien sowie den übrigen, nicht differenzierten Leistungserbringern zu erkennen.⁶

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Die Kostendifferenzen können entweder auf eine häufigere Inanspruchnahme der Leistung oder auf umfangreichere Behandlungen zurückgehen. In Liechtenstein lag die durchschnittliche Anzahl Konsultationen bei Ärzten und in Spitalambulatorien 2022 bei 8.8, in SG/GR bei 8.0.⁷ Die Liechtensteiner gingen demzufolge etwas öfters in die ambulante Versorgung, die Kostendifferenz ist jedoch sowohl auf die häufigere Inanspruchnahme als auch auf die höheren Kosten pro Konsultation zurückzuführen.

Oben stellten wir grosse Kostenunterschiede bei über 55-jährigen Versicherten fest. Tabelle 9 stellt die Abweichung der Kosten pro Versicherten für die Altersklassen ab 60 Jahren dar. Bis zu einem Alter von 80 Jahren zeigen sich keine Unterschiede zur aggregierten Analyse über alle Altersgruppen in Tabelle 8: Insbesondere die Leistungen in Arztpraxen und die akutstationären Leistungen führen in Liechtenstein zu höheren Kosten. Im relativen Vergleich fallen insbesondere die Leistungen von Laboratorien auf, die bis zu doppelt so hoch sind wie in SG/GR. Eine detaillierte Analyse der Tarifierung, um die Unterschiede zu ergründen, wurde im Projekt nicht gemacht. Die tendenziell höheren Preise der Analysen in FL können einen Teil der Kostenunterschiede erklären. Weiter bestehen Unterschiede aufgrund der unterschiedlichen Abgeltung von Zuschlagspositionen aber auch strukturelle Unterschiede in der Marktstruktur oder der vermehrten Auslagerung von Analysen in Auftragslaboratorien können als Kostentreiber nicht ausgeschlossen werden. Bei den über 80-Jährigen steigt dann die Kostendifferenz in den Pflegeheimen und bei den übrigen Leistungserbringern stark an.

⁵ Die Kosten der psychologischen Psychotherapie werden zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit bei beiden Betrachtungseinheiten unter den Arztkosten ambulant ausgewiesen.

⁶ Übrige Leistungserbringer umfassen Physiotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten, ambulant tätige Pflegefachpersonen, Chiropraktoren, Ergotherapeuten etc.

⁷ Vgl. Amt für Statistik, Krankenversicherungsstatistik 2022 und eigene Berechnungen aufgrund der SASIS-Daten.

Bei den übrigen Leistungserbringern fallen insbesondere die Kosten der Organisationen der Krankenpflege ins Gewicht. Die von der OKP übernommenen Leistungen der ambulanten und stationären Pflege sind in FL und der Schweiz (fast) identisch geregelt. Jedoch unterscheiden sich die vergüteten Preise, die pro Pflegestufe festgelegt sind. Da die Pflegestufen in den beiden Ländern unterschiedlich definiert sind, ist ein Preisvergleich schwierig. Insgesamt sind die Preisunterschiede jedoch gering und die Höhe der Kostendifferenz lässt sich damit nicht erklären.⁸

Allerdings bestehen strukturelle Unterschiede, welche die Kostendifferenz erklären dürften. Liechtenstein entrichtet seit dem 1. Januar 2010 ein Betreuungs- und Pflegegeld für häusliche Betreuung. Das Betreuungs- und Pflegegeld wird bei einer gesundheitsbedingt notwendigen Betreuung und Pflege durch Drittpersonen zu Hause ausgerichtet. Als Drittpersonen gelten auch Angehörige. Das Pflegegeld soll den Einwohnern ermöglichen, länger im eigenen zu Hause zu bleiben und erst bei einem hohen Pflegebedarf in ein Pflegeheim zu wechseln. Entsprechend weisen Personen in Pflegeheimen in FL einen überdurchschnittlichen Pflegebedarf im Vergleich zu SG und GR auf. Der Anteil Pflegetage bei Patienten mit über 180 Minuten Pflegebedarf täglich lag 2021 in FL bei rund 77% (Künzi und Müggler, 2022), in SG bei lediglich 3.5% und in GR bei rund 8%.⁹ Diese stark unterschiedliche Versichertenstruktur in Pflegeheimen erklärt die rund doppelt so hohen Kosten der OKP in diesem Bereich.

Bei der Interpretation der um fast 8'000 CHF höheren Kosten pro Versicherten bei den über 90-Jährigen ist zu beachten, dass die 199 betroffenen Versicherten nur rund 0.5% aller Versicherten ausmachen und einen entsprechend geringen Effekt auf die Kosten pro Versicherten des gesamten Kollektivs haben. Umgerechnet sind die 199 Versicherten für rund 40 CHF der gesamthaft 1'000 CHF Differenz in den Kosten pro Versicherten von FL gegenüber SG/GR verantwortlich. Die 5'030 Versicherten zwischen 61 und 70 Jahren sind für 199 CHF der Kostendifferenz verantwortlich. Die Kostenabweichung in dieser Altersklasse beträgt zwar «nur» 1'573 CHF, die Versicherten repräsentieren jedoch einen Achtel des Gesamtkollektivs.

⁸ Beispielsweise umfasst die Pflegestufe 2 in FL Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf von 51–100 Minuten pro Tag und wird durch die OKP mit 38.70 CHF abgegolten. In der Schweiz entspricht die Pflegestufe 3 einem Pflegebedarf von 41–60 Minuten und wird mit 28.80 CHF durch die OKP abgegolten. Die Pflegestufe 4 entspricht 61–80 Minuten (38.40 CHF), die Pflegestufe 5 81–100 Minuten (48 CHF). Im Mittel beträgt der Tarif bei einem Pflegebedarf zwischen 41–100 Minuten folglich 38.40 CHF und ist vergleichbar mit dem Liechtensteiner Tarif von 38.70 CHF. Je nach effektivem Pflegebedarf würden die Kosten in der CH und in FL jedoch unterschiedlich ausfallen.

⁹ Vgl. BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).

Tabelle 9 Abweichung der OKP-Kosten pro Versicherten in CHF und Prozent zwischen FL und SG/GR für ausgewählte Altersklassen und Leistungsbereiche

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

Die Tabelle zeigt die Abweichung der Kosten pro Versicherten in CHF zwischen FL und SG/GR. Beispielsweise sind die Kosten pro Versicherten bei den 61- bis 70-jährigen in FL 1'573 CHF respektive 22 % höher als in SG/GR. Bei den betrachteten Altersgruppen zeigen sich insbesondere bei den Arztleistungen in Arztpraxen und den akutstationären Leistungen hohe Kostenunterschiede. Die Kosten in Pflegeheimen und bei den übrigen Leistungserbringern sind sowohl prozentual als auch absolut deutlich höher als in SG/GR – insbesondere bei Versicherten über 80 Jahren.

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

2.2.2 Unterschiedliche Kostenbeteiligungen und Anzahl Versicherte mit Wahlfranchise

Die Kostenbeteiligungssysteme in Liechtenstein und der Schweiz sind unterschiedlich ausgestaltet. Kostenbeteiligungen haben in einem sozialen Krankenversicherungssystem aus gesundheitsökonomischer Sicht zwei Effekte. Erstens führen sie zu einer Selektion der guten Risiken, d. h. der Versicherten mit geringer Morbidität und entsprechend niedrigen Kosten, in Modelle mit hoher Kostenbeteiligung und vergünstigten Prämien. Zweitens reduzieren sie die Fehlanreize, die aufgrund des Versicherungsschutzes entstehen – den sogenannten Moral Hazard (vgl. Kapitel 3). Beide Effekte führen zu niedrigeren OKP-Kosten, weil erstens die Versicherten weniger morbid sind und zweitens weniger (unnötige) Gesundheitsleistungen nachgefragt werden. Dabei tritt der zweite Effekt auch bei guten Risiken auf, die zwar niedrige Kosten, jedoch i. d. R. nicht Null-Kosten aufweisen.¹⁰ Entsprechend erwartet man niedrigere Kosten pro Versicherten mit steigender Kostenbeteiligung. Wo das Optimum bezüglich Höhe der Kostenbeteiligung und Reduktion der Fehlanreize liegt, wurde in der Literatur bisher nicht abschliessend beantwortet. Eine ausführliche Diskussion zur Ausgestaltung der Kostenbeteiligungssysteme in FL und der Schweiz sowie deren Effekte im Gesundheitssystem findet sich in Kapitel 3.

Tabelle 10 zeigt die in FL und der CH unterschiedlichen Franchisestufen und differenziert nach drei Altersklassen. In FL sind Versicherte unter 21 Jahren von der Kostenbeteiligung befreit und Pensionierte tragen einen niedrigeren Selbstbehalt. Pro Altersklasse sind die durchschnittlichen Kosten und der Anteil Versicherte am Gesamtkollektiv ausgewiesen. Sowohl in FL als auch in SG und GR sinken die

¹⁰ In Liechtenstein betrug der Anteil der Versicherten ohne Leistungsbezug 2022 rund 14 %. Ein Drittel der Versicherten bezog Leistungen in der Höhe zwischen 1–1'000 CHF (vgl. Tabelle 1.22 – Krankenversicherer 2022. Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein).

Kosten pro Versicherten mit steigender Kostenbeteiligung. Bei einer Wahlfranchise in der Höhe von 2'500 CHF betragen die durchschnittlichen Kosten rund einen Viertel der durchschnittlichen Kosten von Versicherten mit ordentlicher Franchise. Die beobachteten niedrigen Kosten entstehen einerseits aufgrund der Reduktion von Moral Hazard, andererseits aufgrund der weniger morbiden Versicherten, die sich selbst in hohe Franchisen selektionieren. Da in beiden Ländern jährlich die Franchise gewechselt und an den (erwarteten) Gesundheitszustand angepasst werden kann, dürfte der Selbstselektionseffekt von guten Risiken in hohe Franchisen nicht unbeachtlich sein. Dabei gilt es zu beachten, dass auch bei diesen Versicherten eine höhere Franchise den Moral Hazard reduziert.

Hier zeigen sich deutliche Unterschiede in FL. Während in SG 46% der Versicherten und in GR 40% der Versicherten eine Wahlfranchise wählen, entscheiden sich in Liechtenstein lediglich 16% für eine höhere Franchise. Da keine offensichtlichen Gründe bestehen, weshalb die Morbidität in FL höher sein sollte als in den Nachbarkantonen, kann die niedrige Bereitschaft der Liechtensteiner, in Wahlfranchisen zu wechseln nur mit einer hohen Risikoaversion bzgl. ihrem Gesundheitszustand, einem zu hohen finanziellen Risiko in den Wahlfranchisen oder einer zu niedrigen Belastung der Haushaltseinkommen durch die Prämien erklärt werden. Dies bedeutet wiederum, dass in Liechtenstein in der ordentlichen Franchise mehr Versicherte mit guter Risikostruktur und niedrigen Gesundheitsausgaben vertreten sind als in der Schweiz, wo die guten Risiken öfters in Wahlfranchisen wechseln.

Unter diesem Gesichtspunkt dürfen die Kosten pro Versicherten nach Franchisestufe zwischen FL und SG/GR nur mit Vorsicht verglichen werden. Betrachtet man die ordentliche Franchise, sind nur bei den Kindern und Pensionierten relevant höhere Kosten in FL zu beobachten. In Liechtenstein betrug 2022 die ordentliche Franchise für Kinder null und für Pensionierte 500 CHF. In der Schweiz sind die Kinder ebenfalls von der Franchise befreit und Pensionierte zahlen eine ordentliche Franchise von 300 CHF. Die Abschaffung der Franchise für Pensionierte in Liechtenstein per Anfang 2023 dürfte aus theoretischer Sicht die Kostendifferenz erhöhen. Bei den Erwachsenen zwischen 21 und 64 Jahren waren die Kosten in SG 2022 sogar um rund 1'200 CHF höher als in FL, in GR waren sie vergleichbar. Die ordentliche Franchise beträgt in dieser Altersgruppe 500 CHF in FL und 300 CHF in der Schweiz. Wie oben diskutiert vermuten wir, dass die Kosten in FL teilweise aufgrund der besseren Risikostruktur in der ordentlichen Franchise niedriger sind als in den Nachbarkantonen. In der Schweiz haben sich viele gute Risiken bereits in die Wahlfranchisen selektioniert, in FL ist dies noch weniger der Fall.

In Abschnitt 2.2.1 beobachteten wir insbesondere in den Altersklassen über 60 Jahren grosse Kostenunterschiede. Vergleicht man die Kosten der über 64-Jährigen in den verschiedenen Franchisestufen, fallen die Kostenunterschiede wesentlich geringer aus als in Abbildung 6. Die Kosten der wenigen Versicherten mit einer Wahlfranchise sind sogar deutlich niedriger als in den Nachbarkantonen. Hier vermuten wir wiederum, dass sich in Liechtenstein nur die äusserst guten Risiken in Wahlfranchisen selektionieren, was zu deutlich niedrigeren Kosten führt.

Tabelle 10 OKP-Kosten und Anteil Versicherte pro Franchisestufe und Altersklasse, 2022

Franchise Erwachsene/Kinder	Kosten pro Versicherten				Anteil Versicherte			
	<21-jährig	21 bis 64-jährig	>64-jährig	Total	<21-jährig	21 bis 64-jährig	>64-jährig	Total
FL								
ordentliche Franchise 500/0	1'919	5'645	14'094	6'542	20%	46%	18%	84%
Franchise 1500	0	2'580	5'362	2'757	0%	4%	0%	5%
Franchise 2500	0	1'827	2'270	1'838	0%	3%	0%	3%
Franchise 4000	0	1'619	1'503	1'614	0%	8%	0%	8%
Total	1'923	4'739	13'690	5'830	20%	61%	19%	100%
SG								
Ordentliche Franchise 300/0	1'674	6'868	13'628	6'658	19%	22%	13%	54%
Franchise 500/100	1'984	4'957	11'750	7'293	0%	4%	2%	6%
Franchise 1000/200	1'498	3'080	8'167	4'043	0%	2%	1%	3%
Franchise 1500/300	1'473	2'435	6'533	2'980	0%	5%	1%	6%
Franchise 2000/400	1'439	1'788	5'990	2'140	0%	2%	0%	2%
Franchise 2500/500, 600	929	1'484	4'609	1'634	1%	25%	2%	28%
Total	1'618	3'818	12'009	4'851	21%	61%	18%	100%
GR								
Ordentliche Franchise 300/0	1'685	5'518	12'495	6'347	16%	27%	16%	60%
Franchise 500/100	2'955	4'469	10'379	6'640	0%	3%	2%	5%
Franchise 1000/200	1'093	2'653	7'035	3'414	0%	2%	0%	2%
Franchise 1500/300	1'605	2'054	6'947	2'786	0%	4%	1%	5%
Franchise 2000/400	1'494	1'839	4'689	2'131	0%	1%	0%	2%
Franchise 2500/500, 600	1'238	1'439	3'676	1'577	1%	23%	2%	26%
Total	1'657	3'484	11'204	4'784	18%	61%	21%	100%

Die Tabelle zeigt die Kosten pro Versicherten und den Anteil Versicherte nach Franchisestufen und Altersklasse in FL sowie SG und GR. Die Pro-Kopf-Kosten bei Versicherten mit der ordentlichen Franchise sind nicht mehr so frappant wie auf der aggregierten Ebene. Bei den 21- bis 64-jährigen sind die Kosten in GR vergleichbar und in SG sogar um über 1'000 CHF höher als in FL. Hier offenbart sich das Problem in Liechtenstein. Der Anteil der Versicherten bei den 21 bis 64-jährigen mit ordentlicher Franchise beträgt in Liechtenstein 46% (aller Versicherten). In SG sind dies 22%, in GR 27%. Eine Wahlfranchise wählten hingegen nur 15% der liechtensteinischen Versicherten. In SG sind dies 38%, in GR 34%. Bei einer Wahlfranchise in der Höhe von 2'500 CHF betragen die durchschnittlichen Kosten rund einen Viertel der durchschnittlichen Kosten von Versicherten mit ordentlicher Franchise.

Quelle: SASIS Datenpool. Eigene Berechnungen Polynomics.

Die in der Gesamtbetrachtung beobachteten, um 20% höheren Kosten pro Versicherten in FL sind darauf zurückzuführen, dass der Anteil Versicherte mit einer Wahlfranchise deutlich niedriger ist als in den Nachbarkantonen. Höhere Franchisen reduzieren den Moral Hazard bei den Versicherten – sowohl bei schlechten als auch bei guten Risiken. Gleichzeitig dürfte der Anteil an schlechten Risiken in Wahlfranchisen steigen, je mehr Versicherte in eine Wahlfranchise wechseln. In SG wählten 25% der

Versicherten die höchste Wahlfranchise und wiesen entsprechend Durchschnittskosten von 1'484 CHF aus, 54% der Versicherten haben Kosten von 6'658 CHF mit ordentlicher Franchise. In FL sind hingegen 84% der Versicherten mit ordentlicher Franchise versichert und haben durchschnittliche Kosten von 6'542 CHF. Hingegen wählten nur 8% der Versicherten die höchste Franchise mit Durchschnittskosten von 1'614 CHF. Die Kosten pro Versicherten betragen 2022 dadurch in FL 5'830 CHF im Vergleich zu SG mit 4'851 CHF, was einer Kostendifferenz von +20% entspricht.¹¹

Die Franchisestufe kann von den Versicherten jedes Jahr neu gewählt werden. Entsprechend erwartet man in der Theorie, dass die Versicherten die Franchise ihrem erwarteten Gesundheitszustand im nächsten Jahr anpassen. Gesunde Versicherte sollten hohe Franchisen wählen, kranke und gebrechliche Versicherte niedrige Franchisen. Zudem werden stark risikoaverse Versicherte und Versicherte, die einen hohen Leistungsbezug im Folgejahr erwarten, ebenfalls niedrige Franchisen wählen. Dass der niedrige Anteil Versicherte mit Wahlfranchisen in FL aufgrund des schlechten erwarteten Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu Stande kommt, ist unplausibel. Die Morbidität der Bevölkerung dürfte sich zwischen FL und der Schweiz kaum unterscheiden. Eine höhere Risikoaversion und ein hoher erwarteter Leistungsbezug sind plausiblere Gründe für den hohen Anteil an Versicherten mit ordentlicher Franchise. Da die Kosten der Versicherten mit ordentlicher Franchise dem Kostenniveau in den Nachbarkantonen entsprechen, liegt die Vermutung nahe, dass Moral Hazard, sprich eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Grund sein dürfte. Dabei bleibt offen, welcher Teil der erhöhten Inanspruchnahme auf das Versichertenverhalten (nachfrageinduzierte Nachfrage) und auf das Leistungserbringerverhalten (angebotsinduzierte Nachfrage) zurückzuführen ist.

2.2.3 Health and Wealth

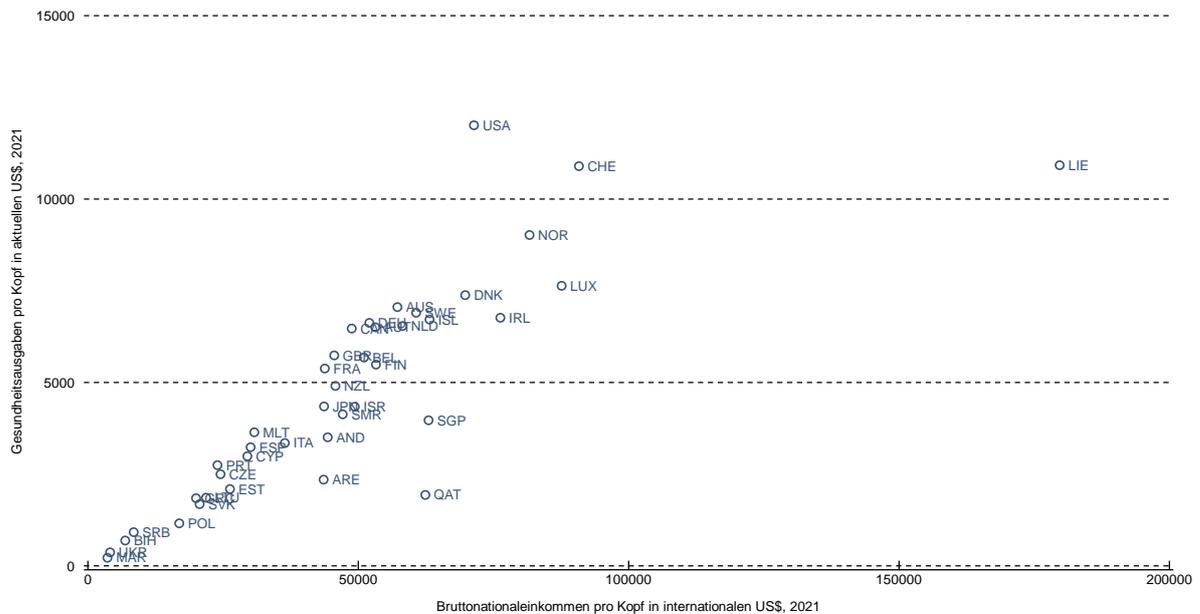
Rana et al. (2020) untersuchten den Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandprodukt und den Gesundheitsausgaben für Staaten mit unterschiedlichem Einkommensniveau. Sie zeigen, dass ein Wachstum des Bruttoinlandprodukts (BIP) ein Wachstum der Gesundheitsausgaben bewirkt. Zudem sei dieser Zusammenhang bidirektional, d. h., dass höhere Gesundheitsausgaben auch ein höheres Wirtschaftswachstum implizieren, weil eine gute Gesundheit höhere Produktivität und eine längere Erwerbstätigkeit nach sich ziehen.

Weil in Liechtenstein viele Grenzgänger zum Bruttoinlandprodukt beitragen, jedoch nicht in die Bevölkerungsstatistik einfließen, betrachten wir in Abbildung 7 den Zusammenhang zwischen dem Bruttonationaleinkommen (BNE) und den Gesundheitsausgaben für ausgewählte Länder. Dabei handelt es sich um die gesamten Gesundheitsausgaben eines Staates, nicht nur diejenigen der sozialen Krankenversicherung (OKP). Es ist ein eindeutiger positiver Zusammenhang mit dem Einkommensniveau eines Staates und dessen Gesundheitsausgaben erkennbar. Je höher das BNE pro Kopf, desto höher sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf. Liechtenstein ist bezüglich dem BNE pro Kopf alleiniger Spitzenreiter mit rund 180'000 USD. Die Schweiz folgt auf Platz zwei mit rund 90'000 USD. Das Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und BNE pro Kopf ist in Liechtenstein unterdurchschnittlich. Selbst wenn das BNE pro Kopf nach oben verzerrt sein sollte, ist es somit durchaus plausibel, dass die

¹¹ Eine systematische Verzerrung könnte entstehen, wenn Versicherte in hohen Franchisen ihre Rechnungen im Tiers garant erst nach Erreichen ihrer Franchise einreichen. Da in Liechtenstein konsequent Tiers payant gilt, d. h. der Leistungserbringer alle Rechnungen direkt an den Krankenversicherer sendet, sind alle Rechnungen in der Statistik erfasst. In SG und GR gilt Tiers garant, allerdings dürfte der Anteil der Leistungen, die effektiv noch über Tiers garant abgerechnet werden, gering ausfallen. Alle Spitäler rechnen im Tiers payant ab, was über einen Drittel der Leistungen ausmacht. Zudem können die anderen Leistungserbringer auch im Tiers payant abrechnen, sofern sie eine Vereinbarung mit den Krankenversicherern haben. Weiter vereinfachen digitale Applikationen den Versicherten das Einreichen der Rechnungsbelege. Ob viele Versicherte ihre (digitalen) Rechnungskopien über das gesamte Jahr sammeln und erst Ende Jahr über deren Einreichung die Krankenversicherer entscheiden, ist fraglich.

höheren Gesundheitsausgaben pro Kopf durch das hohe Einkommensniveau in Liechtenstein zustande kommen können.

Abbildung 7 Zusammenhang zwischen Bruttonationaleinkommen und Gesundheitsausgaben ausgewählter Staaten, 2021



Die Abbildung zeigt das Verhältnis zwischen den Gesundheitsausgaben und dem Bruttonationaleinkommen (BNE) ausgewählter Länder. Die Angaben in internationalen US\$ sind kaufkraftbereinigt. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf steigen mit dem BNE pro Kopf eines Landes. Liechtenstein ist mit einem BNE pro Kopf von rund 180'000 USD Spitzenreiter. In Bezug auf die Gesundheitsausgaben ist Liechtenstein vergleichbar mit der Schweiz, dessen BNE mit rund 90'000 USD deutlich niedriger liegt. Der lineare Zusammenhang, der bei den gezeigten Ländern erkennbar ist, würde für Liechtenstein in Anbetracht des sehr hohen BNE viel höhere Gesundheitsausgaben vorhersagen.

Quelle: World Bank national accounts data und OECD National Accounts data files. WHO, The Global Health Observatory. Liechtenstein Institut. Amt für Statistik Liechtenstein. Eigene Darstellung Polynomics.

2.2.4 Fazit

Unsere Analysen in Bezug auf die Unterschiede in den Kosten pro Versicherten zwischen FL und SG und GR zeigen, dass:

- Die Alters- und Geschlechtsstruktur in FL im Vergleich zu SG und GR leicht vorteilhaft ist und die höheren Kosten pro Versicherten nicht erklären kann.
- Die Kostenabweichungen insbesondere bei Versicherten ab 60 Jahren auftreten.
- Bei diesen Altersgruppen grosse Kostenabweichungen bei den Leistungen in Arztpraxen, akutstationären Aufenthalten und vor allem Pflegeheimen sowie ambulanten Pflegeleistungen bestehen.

- Bei unter 21- und über 64-Jährigen mit ordentlicher Franchise die Kosten pro Versicherten in FL höher sind als in der Schweiz. Ein Teil der Mehrkosten bei den Kindern könnte durch die fehlende Kostenbeteiligung erklärbar sein. Die Abschaffung der Franchise für Rentner in Liechtenstein per Anfangs 2023 dürfte aus theoretischer Sicht die Kostendifferenz erhöhen.
- Bei 21 bis 64-Jährigen mit ordentlicher Franchise die Kosten pro Versicherten in FL vergleichbar respektive sogar niedriger sind als in GR respektive SG. Ein Teil dieses Effekts könnte durch die höhere Kostenbeteiligung in Liechtenstein erklärbar sein. Nicht auszuschliessen ist jedoch, dass die Kosten in Liechtenstein deshalb so «niedrig» sind, weil viele gute Risiken nicht in eine Wahlfranchise wechseln und so die Durchschnittskosten der ordentlichen Franchise senken.
- Die Kosten pro Versicherten in SG und GR deshalb niedriger sind, weil nur 54 respektive 60% der Versicherten die ordentliche Franchise haben, während es in Liechtenstein 84% der Versicherten sind. Die Kosten von Versicherten mit ordentlicher Franchise sind bis zu vier Mal höher als diejenigen von Versicherten mit Wahlfranchisen. Die höheren Kosten sind demzufolge vermutlich zu einem Grossteil auf die übermässige Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund Moral Hazard zurückzuführen. Es ist unplausibel, dass sich die öffentliche Gesundheit in Liechtenstein und der Schweiz derart unterscheiden, so dass die unterschiedliche Franchisewahl durch den Gesundheitszustand der Versicherten erklärt werden könnte. Ob die erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen auf angebots- oder nachfrageinduziert Nachfrage zurückzuführen ist, bleibt offen.
- Staaten mit hohem Bruttoinlandprodukt respektive Bruttonationaleinkommen hohe Gesundheitsausgaben aufweisen. Das Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttonationaleinkommen ist in Liechtenstein unterdurchschnittlich. Die höheren Kosten pro Versicherten in Liechtenstein können auch aufgrund des sehr hohen Bruttonationaleinkommens erklärt werden.

3 Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel beleuchten wir das Thema Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen. In Abschnitt 3.1 analysieren wir Kostenbeteiligungssysteme aus ökonomischer Sicht. In Abschnitt 3.2 legen wir die Systeme in Liechtenstein und der Schweiz aus und vergleichen sie. In Abschnitt 3.3 fassen wir die Literatur zum Thema zusammen. Wir starten mit zentralen internationalen Untersuchungen und fokussieren anschliessend auf die Schweiz. Für Liechtenstein selbst konnten wir keine wissenschaftliche Literatur finden. Die gewonnenen Erkenntnisse fassen wir im letzten Abschnitt 3.4 zusammen und übertragen sie auf die Situation in Liechtenstein.

3.1 Kostenbeteiligungssysteme aus ökonomischer Sicht

Moral Hazard beschreibt in sozialen Krankenversicherungssystemen das Phänomen, dass Versicherte aufgrund der Absicherung durch die Krankenversicherung weniger Anreize haben, gesundheitsbewusst zu leben oder den Konsum medizinischer Leistungen zu begrenzen (Einav und Finkelstein, 2018). Da die Kosten für medizinische Behandlungen grösstenteils von der Versicherung getragen werden,¹² könnten Versicherte dazu neigen, im Krankheitsfall mehr medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, als es notwendig wäre (ex-post Moral Hazard), oder allgemein weniger Vorsorge für ihre Gesundheit zu betreiben (ex-ante Moral Hazard). Dies kann zu einer ineffizienten Nutzung der Ressourcen im Gesundheitssystem führen, da unnötige Behandlungen nicht nur die Kosten für die Krankenversicherungen in die Höhe treiben, sondern auch Kapazitäten binden, die andernorts benötigt werden könnten.

Eine Möglichkeit, dem Moral Hazard entgegenzuwirken, ist die Einführung von Kostenbeteiligungen, bei denen Versicherte einen Teil der Kosten für medizinische Leistungen selbst tragen müssen. Dabei wird das Instrument der Franchise, d. h. der vollen Kostenbeteiligung bis zu einem fixen Betrag (deductible) und des Selbstbehalts, d. h. der anteilmässigen (üblicherweise prozentualen) Kostenbeteiligung (co-payment, co-insurance) unterschieden. Diese Massnahmen sollen die Versicherten dazu anregen, bewusster über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu entscheiden und gesundheitsbewusster zu leben.

Einerseits können Kostenbeteiligungen tatsächlich dazu beitragen, die Nachfrage nach weniger notwendigen medizinischen Leistungen zu reduzieren und somit die Ausgaben der Krankenversicherungen zu senken. Dies wurde sowohl theoretisch (McGuire, 2012) als auch empirisch nachgewiesen (Koochi Rostamkalae u. a., 2022). Andererseits besteht die Gefahr, dass solche Kostenbeteiligungen insbesondere für Menschen mit niedrigem Einkommen eine finanzielle Hürde darstellen und sie von notwendigen medizinischen Leistungen abhalten könnten. Dies kann langfristig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen und zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem führen, wenn nicht rechtzeitig behandelt wird. Diese Effekte wurden in der gesundheitsökonomischen Literatur bisher erst von wenigen Studien empirisch untersucht (Koochi Rostamkalae u. a., 2022).

Ein weiterer unerwünschter Nebeneffekt von Kostenbeteiligungen besteht im Risiko einer zunehmenden Selektion und damit einer potenziellen Entsolidarisierung innerhalb des Versicherungssystems. Selektion bezeichnet hier die Tendenz, dass gesündere und einkommensstärkere Versicherte von Prämienrabatten durch die Wahl von höheren Selbstbehalten oder Zuzahlungen profitieren können, da sie seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und sich die zusätzlichen Kosten im Be-

¹² Für die Behandelten selbst fällt auch ohne finanzielle Beteiligung immer ein Zeitaufwand durch die Behandlung an. Dieser ist aus ökonomischer Sicht ebenfalls zu berücksichtigen.

handlungsfall leisten können. Das Kernproblem dieser Entwicklung liegt in der Aushöhlung des Solidarprinzips, das als Grundpfeiler sozialer Krankenversicherungssysteme dient. Dieses Prinzip basiert auf dem gegenseitigen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten sowie Einkommensstarken und Einkommensschwachen. Durch eine zunehmende Selektion, die sich durch Kostenbeteiligungen verstärken kann, wird dieser Ausgleich gestört. Die finanzielle Last und das Risiko werden ungleich verteilt, was die Solidarität innerhalb des Versichertenkollektivs untergräbt.

Um solchen Entwicklungen entgegenzuwirken, ist es essenziell, bei der Gestaltung von Kostenbeteiligungen soziale Ausgleichsmechanismen zu berücksichtigen, die sicherstellen, dass der Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen für alle Bevölkerungsteile gewährleistet bleibt und gleichzeitig das Solidarprinzip erhalten wird. Bei der Ausgestaltung von Kostenbeteiligungssystemen gilt es also, auch Gerechtigkeitsfragen zu berücksichtigen. Dazu zählen im weiteren Sinne gewisse paternalistische Aufgaben wie die direkte oder indirekte Steuerung des Gesundheitsverhaltens, wenn die Versicherten nicht alle Folgen ihres Verhaltens auf sich und andere (externe Effekte) angemessen berücksichtigen. So kann beispielsweise begründet werden, dass Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen häufig ohne Kostenbeteiligung durchführbar sind.

Neben der Franchise und dem Selbstbehalt als gängige Kostenbeteiligungselemente in einem sozialen Krankenversicherungssystem gibt es auch weiter gefasste Kostenbeteiligungssysteme. Ein Beispiel sind Gesundheitssparkonten (health savings accounts), wie sie etwa in Singapur zur Anwendung kommen.¹³ Für das seit 1984 existierende System MediSave zahlen Arbeitnehmende 6 bis 8% ihrer Lohnsumme auf ein spezielles Sparkonto. Damit können im Krankheitsfall ambulante und stationäre Behandlungen sowie Pflegeleistungen zumindest teilweise bezahlt werden. Das angesparte Geld kann ausserdem für die Zahlung weiterführender Kranken- und Pflegeversicherungsprämien verwendet werden. Mit den Ersparnissen können auch Zahlungen für nahe Angehörige geleistet werden. Der tatsächliche Versicherungsteil der health saving accounts ist darauf beschränkt, dass chronisch Kranke jedes Jahr eine eher geringe Summe beziehen können, auch wenn ihr Konto kein Guthaben aufweist. Ein System mit Gesundheitssparkonto könnte auch nur für einen Teil der Gesundheitsleistungen eingeführt werden, etwa für eine Pflegeversicherung. Da ein derart grundsätzlicher Umbau des Gesundheitssystems in Liechtenstein wie in der Schweiz nicht absehbar ist, klammern wir solche Instrumente im Folgenden wieder aus.

3.2 Ausgestaltung der Kostenbeteiligung in Liechtenstein und der Schweiz

3.2.1 Kostenbeteiligung in Liechtenstein

Die Kostenbeteiligung in Liechtenstein besteht aus einer Franchise und einem prozentualen Selbstbehalt. Die ordentliche Franchise für Versicherte zwischen 21 und 65 Jahre beträgt 500 CHF, der Selbstbehalt 20%. Versicherte im Rentenalter sind seit 2023 von der Franchise befreit. Davor betrug die ordentliche Franchise ebenfalls 500 CHF. Sie müssen sich zudem mit nur 10% Selbstbehalt an den Kosten beteiligen. Versicherte unter 21 Jahren und chronisch Kranke gemäss der Indikationsliste in Anhang 5 der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV) sind von der gesamten Kostenbeteiligung befreit.

Zusätzlich besteht eine Hochkostenversicherung, die sämtliche Kosten über 5'000 CHF trägt, d. h. die Kostenbeteiligung entfällt für Gesundheitsausgaben ab diesem Betrag. Die maximale jährliche Kostenbeteiligung berechnet sich entsprechend aus der Summe der Franchise und dem prozentualen Selbstbehalt für die Kosten zwischen der gewählten Franchise und 5'000 CHF. Sie liegt für die Erwerbsbe-

¹³ Siehe <https://www.moh.gov.sg/healthcare-schemes-subsidies/medisave>, zuletzt abgerufen am 9.1.2024.

völkerung mit ordentlicher Franchise bei 1'400 CHF und für Rentner bei 500 CHF pro Jahr. Die nachfolgende Tabelle 11 und Abbildung 11 im Anhang geben einen Überblick über das Kostenbeteiligungssystem in Liechtenstein.

Versicherte ab 21 Jahren können jedes Jahr aufs Neue die Höhe ihrer Franchise wählen. Entscheiden sie sich für eine höhere Wahlfranchise, steigt dadurch die jährliche Kostenbeteiligung im Krankheitsfall. Im Gegenzug erhalten Sie einen Rabatt auf ihre Prämie. Der maximale Prämienrabatt darf gemäss Art. 82 der KVV pro Kalenderjahr nicht höher als 70 % des zusätzlichen Risikos der Kostenbeteiligung sein. Die tatsächlich gewährten Rabatte sind etwas niedriger (2024 zwischen 60 und 65 %).¹⁴ Mit den maximalen Prämienrabatten lohnen sich Wahlfranchisen dementsprechend finanziell, wenn das maximale Risiko, d. h. Gesundheitskosten von über 5'000 CHF (pro Jahr), höchstens alle 1.43 Jahre eintritt (1/0.7). Mit den tatsächlich gewährten Prämienrabatten steigt dieser Wert leicht bis maximal 1.67 Jahre (1/0.6).

Tabelle 11 Kostenbeteiligung im liechtensteinischen Gesundheitssystem (in CHF pro Jahr)

	Franchise	Selbstbehalt	Maximaler Selbstbehalt	Maximale Kostenbeteiligung	Zusätzliches Risiko	Maximaler Prämienrabatt
Ordentliche Franchise						
Unter 21 Jahre	0	0%	0	0		0
21 bis 64 Jahre	500	20%	900	1'400		0
Ab 65 Jahre	0	10%	500	500		0
Wahlfranchisen						
	1'500		700	2'200	800	560
21 bis 64 Jahre	2'500	20%	500	3'000	1'600	1'120
	4'000		200	4'200	2'800	1'960
Ab 65 Jahre	1'000	10%	400	1'400	900	630
	2'000		300	2'300	1'800	1'260
	3'500		150	3'650	3'150	2'205

Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren sind von der Kostenbeteiligung (und von der Prämie) befreit. Die ordentliche Franchise bei den 21- bis 64-Jährigen beträgt 500 CHF. Für die darüber hinausgehenden Kosten bis zum Maximum von 5'000 CHF beträgt der Selbstbehalt 20 %, d. h. maximal 900 CHF. Die Versicherten können freiwillig eine höhere Franchise wählen, wodurch sie im Krankheitsfall eine höhere totale Kostenbeteiligung tragen müssen, jedoch gleichzeitig einen Prämienrabatt erhalten. Dieser darf 70 % des zusätzlichen Risikos nicht überschreiten. Die in der Praxis gewährten Rabatte sind mit Werten zwischen 60 und 65 % leicht darunter. Die ordentliche Franchise für Personen im Rentenalter beträgt 0 CHF und ihr Selbstbehalt reduziert sich von 20 auf 10 %.

Quelle: [Landesverwaltung Fürstentum Liechtenstein](#). Eigene Darstellung Polynomics.

3.2.2 Kostenbeteiligung in der Schweiz

Die Schweiz hat ein ähnliches System der Kostenbeteiligung mit einer (Wahl-)Franchise und einem prozentualen Selbstbehalt (vgl. Tabelle 12 unten und Abbildung 12 im Anhang). Für über 18-Jährige gibt es sechs fixe Franchisestufen zwischen 300 und 2'500 CHF und der Selbstbehalt beträgt 10%–

¹⁴ FKB und Concordia gewähren für alle Wahlfranchisen 60 % Prämienrabatt auf das zusätzliche Risiko, die SWICA zwischen 63 % für 1'500 CHF Selbstbehalt und 65 % für 4'000 CHF.

dies jeweils für die ersten 7'000 CHF, die die Versicherung übernimmt. Eine Kostenbeteiligung besteht also für Gesundheitsausgaben bis 7'300 CHF bei der ordentlichen Franchise und bis 9'500 CHF bei der höchsten Wahlfranchise. Entsprechend liegt die maximale Kostenbeteiligung für Erwachsene bei der ordentlichen Franchise bei 1'000 CHF und bei der höchsten Wahlfranchise bei 3'200 CHF pro Jahr. Erwachsene zahlen ausserdem einen Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten von 15 CHF pro Tag – unabhängig von der Franchise und dem Selbstbehalt. Für Kinder bis 18 Jahre gibt es eine ordentliche Franchise von 0 CHF und die 10-prozentige Kostenbeteiligung gilt nur bis zu Gesundheitsausgaben in Höhe von 3'500 CHF. Die höchste Wahlfranchise bei Kindern beträgt 600 CHF.

Der gesetzlich festgelegte maximale Prämienrabatt bei Wahlfranchisen beträgt 70% des zusätzlichen Risikos. Das Verhältnis zwischen zusätzlichem Risiko und Prämienrabatt beträgt somit wie in Liechtenstein 1.43. Auch Schweizer Versicherte müssen somit mindestens 1.43 Jahre ohne die Realisierung des maximalen Risikos bleiben, damit sich Wahlfranchisen finanziell lohnen. Hier gilt es zu erwähnen, dass mit der höchsten Wahlfranchise das maximale Risiko erst ab 9'500 CHF eintritt.

Tabelle 12 Kostenbeteiligung im schweizerischen Gesundheitssystem (in CHF pro Jahr)

	Franchise	Selbstbehalt	Maximaler Selbstbehalt	Maximale Kostenbeteiligung	Zusätzliches Risiko	Maximaler Prämienrabatt
Ordentliche Franchise						
Unter 18 Jahre	0	10%	350	350		0
Ab 18 Jahre	300	10%	700	1'000		0
Wahlfranchisen						
Unter 18 Jahre	100	10%	350	450	100	70
	200			550	200	140
	300			650	300	210
	400			750	400	280
	500			850	500	350
	600			950	600	420
Ab 18 Jahre	500	10%	700	1'200	200	140
	1'000			1'700	700	490
	1'500			2'200	1'200	840
	2'000			2'700	1'700	1'190
	2'500			3'200	2'200	1'540

Die ordentliche Franchise beträgt für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in der Schweiz 0 CHF, für Erwachsene 300 CHF. Für darüberhinausgehende Gesundheitsausgaben beträgt der Selbstbehalt 10% für alle Personen. Für Kinder wird der Selbstbehalt für die ersten 3'500 CHF, also bis zu einem maximalen Selbstbehalt von 350 CHF erhoben. Für Erwachsene ist dieser für die ersten 7'000 CHF fällig, also bis 700 CHF Selbstbehalt. Für Kinder gibt es sechs Wahlfranchisen zwischen 100 und 600 CHF, für Erwachsene fünf Wahlfranchisen zwischen 500 und 2'500 CHF. Der gesetzlich maximale Prämienrabatt beträgt jeweils 70% des zusätzlich übernommenen Risikos. Die tatsächlich gewährten Rabatte konnten im Rahmen dieser Studie nicht untersucht werden.

Quelle: [Bundesamt für Gesundheit \(BAG\)](#), Eigene Darstellung Polynomics.

3.2.3 Vergleich der Kostenbeteiligungssysteme in Liechtenstein und der Schweiz

Vergleicht man die Kostenbeteiligungssysteme in Liechtenstein und der Schweiz fallen folgende Punkte auf:

1. Die ordentliche Franchise in Liechtenstein ist höher als in der Schweiz (500 CHF im Vergleich zu 300 CHF).
2. Die Höhe der maximalen Wahlfranchise in Liechtenstein ist mit 4'000 CHF im Vergleich zur Schweiz mit 2'500 CHF deutlich höher.
3. Der prozentuale Selbstbehalt in Liechtenstein ist mit 20 % im Vergleich zur Schweiz mit 10 % doppelt so hoch. Allerdings übernimmt in Liechtenstein ab Gesundheitskosten in der Höhe von 5'000 CHF pro Jahr die Hochkostenversicherung sämtliche Kosten, und das unabhängig von der Franchisestufe. Das führt dazu, dass der Selbstbehalt z. B. bei einer Wahlfranchise von 4'000 CHF nur noch für 1'000 CHF Gesundheitskosten zu zahlen ist und somit maximal 200 CHF (20 % von 1'000 CHF) entspricht. In der Schweiz beträgt der maximale Selbstbehalt immer 700 CHF, unabhängig der Franchise, d. h. die Versicherten müssen sich maximal an 7'000 CHF, die die Franchise übersteigen, beteiligen.
4. Der gesetzlich festgelegte maximale Prämienrabatt bei Wahlfranchisen liegt in beiden Ländern bei 70 %. Eine Wahlfranchise scheint somit in beiden Ländern gleich attraktiv zu sein, wenn man die Eintretenswahrscheinlichkeit betrachtet (1.43 Jahre). Berücksichtigt man jedoch die Zusammensetzung des maximalen Risikos, ist dieses in Liechtenstein risikobehafteter. Die Wahlfranchisestufen und der prozentuale Selbstbehalt sind durchwegs höher, womit sich das Risiko im Krankheitsfall schneller realisiert. Zudem ist der Betrag, bei welchem das maximale Risiko eintritt, mit 5'000 CHF niedriger als in der Schweiz (bis zu 9'500 CHF).
5. Kinder sind in Liechtenstein von der Kostenbeteiligung befreit. In der Schweiz muss auch für Kinder ein Selbstbehalt bezahlt werden, und es besteht die Möglichkeit, freiwillig höhere Franchisestufen zu wählen.
6. Bestimmte chronisch Kranke sind in Liechtenstein von der Kostenbeteiligung befreit. In der Schweiz bestehen keine Sonderregelungen für chronisch Kranke.
7. Die Kostenbeteiligung für Rentner ist in Liechtenstein aufgrund der Sonderregelungen niedriger als in der Schweiz. In der Schweiz bestehen keine Sonderregelungen für Versicherte im Rentenalter.¹⁵

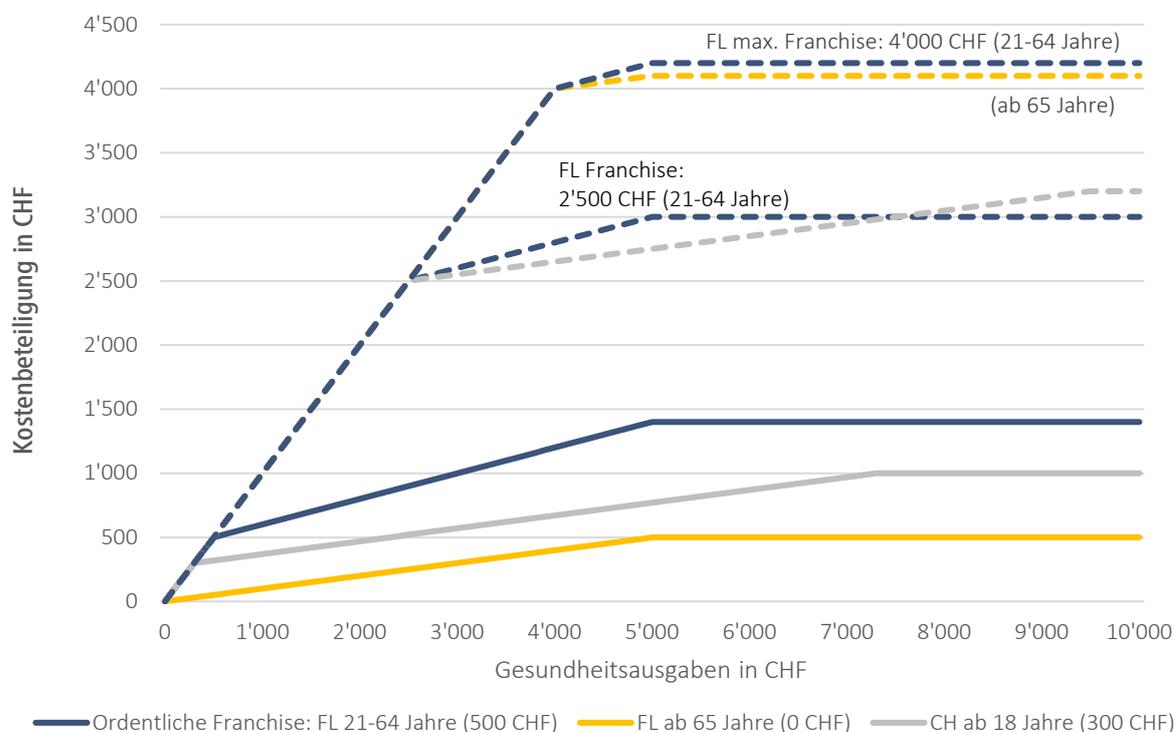
In Abbildung 8 vergleichen wir die Kostenbeteiligungssysteme der beiden Länder für die erwachsene Bevölkerung. Man sieht, dass die maximale Kostenbeteiligung in der Schweiz bei höheren Gesundheitsausgaben erreicht wird als in Liechtenstein, wo ab 5'000 CHF immer die Hochkostenversicherung greift. Die ordentliche Kostenbeteiligung (ordentliche Franchise plus Selbstbehalt) der Schweiz liegt genau zwischen den liechtensteinischen Werten für die 21- bis 64- und die über 64-Jährigen. Die liechtensteinischen Versicherten tragen bei ordentlicher Franchise, unabhängig der Höhe ihrer Gesundheitskosten, im erwerbsfähigen Alter (21- bis 64-jährig) eine höhere und im Rentenalter eine niedrigere Kostenbeteiligung als die Schweizer Versicherten.

¹⁵ Die Franchise wurde per 01. Januar 2023 für Versicherte im Rentenalter abgeschafft. Der Selbstbehalt beträgt für Rentner nur 10 und nicht wie bei Versicherten im erwerbsfähigen Alter 20 Prozent.

Betrachtet man die Wahlfranchisen, fällt auf, dass die maximale Franchise in Liechtenstein viel höher ist als in der Schweiz. Ist die höchste Franchise erst einmal ausgeschöpft müssen sich jedoch liechtensteinische Versicherte nur noch an den weiteren 1'000 CHF ihrer Gesundheitsausgaben beteiligen, während sich Schweizer Versicherte noch an den weiteren 7'000 CHF beteiligen müssen.

Vergleicht man die Franchise in der Höhe von 2'500 CHF in beiden Ländern, zeigen sich die Systemunterschiede nochmals klar. Die liechtensteinischen Versicherten erreichen die maximale Kostenbeteiligung aufgrund des höheren Selbstbehalts aber auch der Hochkostenversicherung schneller. Ab 5'000 CHF Gesundheitsausgaben müssen sie sich nicht weiter an den zusätzlichen Ausgaben beteiligen. Im Gegenzug erreichen Schweizer Versicherte die maximale Kostenbeteiligung erst bei Gesundheitsausgaben in der Höhe von 9'500 CHF und müssen sich bis zu diesem Betrag mit jeweils 10 Prozent an den Kosten beteiligen.

Abbildung 8 Vergleich der Kostenbeteiligungen in Liechtenstein und der Schweiz für Erwachsene



Die Abbildung zeigt die Kostenbeteiligung in der Schweiz und in Liechtenstein bei unterschiedlich hohen Gesundheitsausgaben. Die durchgezogenen Linien widerspiegeln die Situation mit ordentlicher Franchise, die gestrichelten Linien mit unterschiedlichen Wahlfranchisen. Liechtensteinische Versicherte zahlen in der ordentlichen Franchise stets höhere Kostenbeteiligungen als Schweizer Versicherte – mit Ausnahme der Rentner, die in Liechtenstein durchwegs geringere Kostenbeteiligungen haben als in der Schweiz. Die höchste Franchise in Liechtenstein ist deutlich höher als in der Schweiz. Die maximale Kostenbeteiligung wird in Liechtenstein immer ab 5'000 CHF Gesundheitsausgaben erreicht. In der Schweiz ist das Maximum abhängig von der Franchisestufe. Schweizer Versicherte müssen sich länger, d. h. bis zu einem höheren Betrag an den Gesundheitsausgaben beteiligen.

Quelle: [Landesverwaltung Fürstentum Liechtenstein](#) und [BAG](#). Eigene Darstellung Polynomics.

Betrachtet man die effektive Verteilung der Versicherten auf die Franchisestufen zeigen sich wesentliche Unterschiede zwischen der Schweiz und Liechtenstein. Tabelle 13 zeigt einen Vergleich zwischen

Liechtenstein und den Nachbarkantonen SG und GR für das Jahr 2022. Bei den Kindern wählen in SG/GR immerhin beinahe 10% der Versicherten eine Wahlfranchise. Dies ist in Liechtenstein nicht möglich. Bei den Erwachsenen ist der Unterschied frappant: Nur jeder Vierte wählt in Liechtenstein eine Wahlfranchise, in SG/GR sind es hingegen rund 60%. Der Unterschied zeigt sich auch bei den Rentnern. In Liechtenstein scheint eine Wahlfranchise in diesem Alter derart unattraktiv, dass nur 4% der Versicherten eine wählen. In SG/GR sind es immerhin noch 28% der Versicherten. Dabei ist zu beachten, dass die ordentliche Franchise 2022 für Rentner noch 500.- CHF betrug. Mit der Abschaffung dieser per Anfangs 2023 wurden die Wahlfranchisen für Rentner noch unattraktiver.

Was die effektiven Gründe für die niedrigen Versichertenzahlen mit einer Wahlfranchise in Liechtenstein sind, konnte im Rahmen dieser Studie leider nicht genauer untersucht werden. Mögliche Erklärungen könnten die deutlich geringere finanzielle Belastung der Versicherten in Liechtenstein (Entlastung von der Kostenbeteiligung für Kinder und Rentner, Arbeitgeberbeitrag, Prämienverbilligung), der höhere Wohlstand im Land und damit zusammenhängend die Präferenzen der Bevölkerung bzgl. Konsum von Gesundheitsdienstleistungen aber auch die Risikopräferenzen bzgl. der eigenen Gesundheit sein.

Tabelle 13 Anteil der Versicherten in ordentlicher und in Wahlfranchisen, 2022. FL vs. SG/GR

	Franchisestufe	FL	SG, GR
Kinder	höchste Franchise	0%	6%
	mittlere Franchise	0%	3%
	ordentliche Franchise	100%	91%
Erwachsene	höchste Franchise	14%	41%
	mittlere Franchise	11%	20%
	ordentliche Franchise	75%	39%
Rentner	höchste Franchise	2%	9%
	mittlere Franchise	2%	19%
	ordentliche Franchise ¹⁶	96%	72%

Die Tabelle zeigt die Verteilung der Versicherten in die ordentliche, die höchste und andere Wahlfranchisen in Liechtenstein sowie den zwei Kantonen St. Gallen (SG) und Graubünden (GR). In Liechtenstein wählt nur jeder vierte Erwachsene eine Wahlfranchise. In SG/GR sind es rund 60%. Bei den Rentnern werden Wahlfranchisen in Liechtenstein fast gar nicht gewählt, in SG/GR sind immerhin noch 28% mit einer Wahlfranchise versichert.

Quelle: SASIS Datenpool, eigene Berechnungen Polynomics.

3.2.4 Die Bedeutung von Prämien und Transferzahlungen

Das Zahlen der Versicherungsbeiträge (Prämien) selbst stellt ebenfalls eine Beteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben dar.¹⁷ Prämien zählen jedoch nicht zum System der Kostenbeteiligung, da diese unabhängig von den bezogenen Leistungen sind. Indirekt reagiert die Nachfrage von Gesundheitsleistungen dennoch auf die Höhe der Prämien, und zwar durch den Einkommens- bzw.

¹⁶ Die ordentliche Franchise der Rentner betrug im betrachteten Jahr 2022 noch 500 CHF, bevor sie per 2023 auf 0 CHF gesenkt wurde.

¹⁷ Ein Teil der Gesundheitsausgaben wird in Liechtenstein wie auch in der Schweiz aus Steuereinnahmen finanziert. In Liechtenstein beteiligt sich der Staat an den stationären Kosten und an der Hochkostenversicherung. In der Schweiz zahlt der Staat respektive die Kantone einen fixen Anteil an den stationären Kosten.

Budgeteffekt: Insbesondere, wenn die relative Belastung der ärmeren Haushalte durch die Zahlung der Prämien hoch ist, bleibt diesen weniger verfügbares Einkommen, was dazu führt, dass sich diese Haushalte weniger private Gesundheitsausgaben oder andere Güter leisten können.¹⁸

In einem System mit Kopfprämien (wie in Liechtenstein und der Schweiz) spielen deshalb Prämienverbilligungen eine entscheidende Rolle, um den gewünschten Zugang aller Bevölkerungsschichten zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Im direkten Vergleich mit der Schweiz ist eine Besonderheit in Liechtenstein, dass Haushalte, die einen Anspruch auf Prämienverbilligungen haben, auch eine prozentuell gleich hohe Kostenübernahme der Franchise und des Selbstbehalts erhalten (Subvention Kostenbeteiligung). Für Alleinstehende beträgt der Subventionssatz gemäss KVG Art. 24b 70 % für massgebende Einkommen bis 26'000 CHF (Ehepaare, Konkubinate: 37'000 CHF) und wird dann linear abgestuft auf 15 % bei 65'000 CHF (77'000 CHF). Eine alleinstehende Person mit einem massgebenden Einkommen von 26'000 CHF muss also mit ordentlicher Franchise nur 150 CHF für die ersten 500 CHF Gesundheitskosten tragen, und ihr effektiver Selbstbehalt beträgt anschliessend nur 6 % für die nächsten 4'500 CHF. Insgesamt sinkt ihre Kostenbeteiligung so auf maximal 420 CHF. Insofern wirkt sich ein Anspruch auf Prämienverbilligungen auch direkt auf die Kostenbeteiligung aus, was die Anreizwirkung, sprich die Reduktion von Moral Hazard, entsprechend schmälert. Gleichzeitig sollte festgehalten werden, dass dieses System in Bezug auf die Anreizwirkung nicht unbedingt ungerechter ist; schliesslich wird ein für alle fixer Betrag (Franchise) und eine für alle fixe Beteiligung (prozentualer Selbstbehalt) auch unterschiedlich starke Anreizwirkungen entfalten, etwa je nachdem, wie reich eine Person ist.

In Liechtenstein müssen Arbeitnehmer zudem nicht die gesamte Prämie selbst bezahlen, da sich auch der Arbeitgeber an der Bezahlung der Krankenkassenprämien beteiligt. Der Arbeitgeberbeitrag ist ein von der Einkommenshöhe unabhängiger Pauschalbetrag, der an alle Arbeitnehmer ausgerichtet wird. Im Jahr 2024 beträgt er bei einem Vollzeitpensum 166 CHF pro Monat. Die Verwendung des Beitrags ist nicht zweckgebunden, weshalb er vermutlich von den Arbeitnehmern eher als Lohnbestandteil und nicht als prämienerduzierende Transferzahlung gesehen wird. Sollte der Arbeitgeberbeitrag abgeschafft werden, dürfte sich dies entsprechend auf die Löhne durchschlagen. Wir räumen deshalb dem Arbeitgeberbeitrag keine über den Budgeteffekt hinausgehende Stellung im Zusammenhang mit den Entscheidungen der Versicherten in der OKP ein.

Ein weiteres Subventionsinstrument sind die Staatsbeiträge an die stationären Leistungen der Vertragsspitäler.¹⁹ Da der Staat sich nicht gleichmässig an allen Gesundheitsausgaben beteiligt, verändern sich aus Sicht der Versicherten die relativen Preise von Gesundheitsleistungen, solange die Versicherten ihre maximale Kostenbeteiligung nicht ausgeschöpft haben. Konkret steigen die wahrgenommenen Preise für Leistungen ohne Staatsbeitrag, da für diese die Kostenbeteiligung auf die gesamten Kosten fällig ist. Da der Bezug von stationären Leistungen jedoch von einem Arzt aufgrund eines medizinischen Befunds angeordnet werden muss, sollte der Staatsbeitrag keinen grossen Effekt auf die Entscheidung der Patienten haben.

¹⁸ In den USA muss jeder vierte arme Haushalt notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen ausfallen lassen, und das trotz Vorliegen einer Krankenversicherung im Rahmen des Patient Protection and Affordable Care Acts («Obamacare»). Grund ist, dass viele dieser Versicherungen eine hohe Franchise (80 % über 2'500 USD, zum Teil deutlich darüber) haben (Collins u. a., 2014; Cutler, 2015).

¹⁹ Der Staat beteiligt sich mit 55 % an den Kosten in den Vertragsspitalern, 45 % gehen zu Lasten der OKP. Leistungen, die in anderen Spitalern, mit denen Liechtenstein einen Leistungsvertrag hat, erbracht werden, sind vollständig von der OKP gedeckt. Dies führt zu einer weiteren Verzerrung der relativen Preise zwischen Spitalleistungen.

3.3 Wirkung von Kostenbeteiligungen in der sozialen Krankenversicherung

3.3.1 RAND Health Insurance Experiment

Das RAND Health Insurance Experiment (RAND HIE) endete bereits 1982, ist aber bis heute aufgrund seines sauberen Studiendesigns relevant (Brook u. a., 2006). In einem mehrjährigen Experiment wurden den Teilnehmenden zufällig verschiedene Kostenbeteiligungsraten zugewiesen. Es gab vier Gruppen mit 0, 25, 50 oder 95 % Zuzahlung. Anschliessend wurden während 3 bis 5 Jahren die Qualität und Quantität der bezogenen Gesundheitsleistungen untersucht und der Gesundheitszustand beobachtet. Die Kostenbeteiligung war unabhängig vom zugewiesenen Selbstbehalt auf 1'000 USD (kaufkraftbereinigt heute 4'500 bis 5'000 USD) beschränkt. Für ärmere Haushalte wurde zusätzlich sichergestellt, dass für die Gruppen mit Kostenbeteiligung entsprechend nicht mehr als 5, 10 oder 15 % des Einkommens für Zuzahlungen verwendet wurde.

Es zeigte sich, dass die Anzahl der Arztbesuche umso geringer war, je grösser die Kostenbeteiligung ausfiel, wobei der Effekt für die erste Stufe (von 0 auf 25 %) am deutlichsten war.²⁰ Auch Hospitalisierungen wurden zunächst seltener, wobei hier zwischen 50 und 95 % Kostenbeteiligung kein Rückgang mehr feststellbar war. Der mit der erhöhten Kostenbeteiligung einhergehende Verzicht auf Gesundheitsleistungen war nicht grundsätzlich mit schlechterer Gesundheit verbunden.

Einen systematisch besseren Gesundheitszustand hatten die ärmsten und kränksten 6 % der Teilnehmer, wenn sie sich nicht an den Kosten beteiligen mussten. Dies gilt vor allem für die Behandlung von chronischem Bluthochdruck, Zahnbehandlungen, Sehvermögen und das Auftreten ernster Krankheits-symptome (Brustschmerzen, Blutungen, Bewusstlosigkeit, Kurzatmigkeit und Gewichtsverlust). Für alle Beteiligten führte eine geringe Kostenbeteiligung dazu, dass diese Personen sich weniger Sorgen um ihre Gesundheit machten und weniger Tage mit eingeschränkter Aktivität hatten.

Relevanz für Liechtenstein

Das RAND HIE untersuchte das Ausmass von Moral Hazard für verschiedene Selbstbehalte (0 %, 25 %, 50 %, 95 %). Ein höherer Selbstbehalt führte zu einem Rückgang der nachgefragten Leistungen, ohne dass sich der Gesundheitszustand für die meisten Personen verschlechterte. Für eine Einschätzung der Wirkungen verschiedener Selbstbehalte ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die aktuelle Situation in Liechtenstein zumindest qualitativ anzunehmen. Allerdings wurde keine Kombination von Franchise und Selbstbehalt als Kostenbeteiligungssystem, wie es in Liechtenstein der Fall ist, untersucht.

Betrachtet man den Selbstbehalt, empfiehlt die Studie einen eher kleinen Selbstbeteiligungsgrad, da dieser bereits die «Hauptarbeit» zur Reduktion einer übermässigen Nachfrage leistet. Interessant wäre für den liechtensteinischen Kontext noch eine feinere Unterteilung der Effekte von niedrigeren Selbstbehalten. Der in der Studie vorgenommene erste Schritt von 0 auf 25 % umfasst bereits mehr als die in unserem Kontext relevante Bandbreite. Wie wirksam etwa der 10-prozentige Selbstbehalt in der Schweiz im Vergleich zu den 20 % in Liechtenstein ist, kann deshalb leider nicht genauer beziffert werden.

Die Wirkung einer Franchise, d. h. einer 100-prozentigen Kostenbeteiligung, wurde nicht explizit untersucht. Allerdings entspricht der 95-prozentige Selbstbehalt in etwa der höchsten Wahlfranchise für Liechtenstein (4'000 CHF Franchise und 20 % Selbstbehalt für max. weitere 1'000 CHF im Vergleich zu kaufkraftbereinigten max. 4'500–5'000 USD maximaler Selbstbehalt im RAND HIE). Die

²⁰ Ohne Kostenbeteiligung wurden durchschnittlich gut 4.5 Arztbesuche pro Jahr beobachtet, mit 25 % Kostenbeteiligung noch 3.3, mit 50 % 3.0 und mit 95 % 2.8.

Resultate der Studien zeigen, dass Personen in diesem Modell eher sparsam Gesundheitsleistungen beziehen. Für den liechtensteinischen Kontext ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dank des Selektionseffekts vermutlich vorwiegend «gute Risiken» dieses Modell wählen (vgl. dazu Abschnitt 2.2.2) und nur so lange in diesem bleiben, bis sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Aussagen zu niedrigeren Franchisen sind aus der Studie nicht ableitbar.

3.3.2 Neuere Forschungsergebnisse

Seit bald 20 Jahren sind in den USA zunehmend Krankenversicherungsmodelle verbreitet, die ähnlich zum liechtensteinischen System eine eher hohe Franchise mit anschliessendem Selbstbehalt kombinieren (consumer-directed health insurance policies, CDHIP, oder high deductible health plan, HDHP). Zusätzlich kommen hier meist noch Gesundheitssparkonten (health saving accounts, HSA) hinzu, in die (steuerbefreit) jährlich ein Betrag eingezahlt wird, der typischerweise deutlich unter der Franchise ist. Das Guthaben kann über mehrere Jahre gespart und für die Zahlungen der Franchise verwendet werden. Bezieht eine Person nur wenige Leistungen oder nur alle paar Jahre höhere Leistungen, reicht das Guthaben also zur Deckung der Franchise aus. Werden regelmässig höhere Leistungen bezogen, gibt es einen Bereich zwischen Aufbrauchen des Guthabens und Erreichen der Franchise, in dem die versicherte Person die Kosten vollständig trägt. Da Gesundheitssparkonten von einem Jahr aufs andere übertragen werden können, verändern sie die Anreizwirkungen des Kostenbeteiligungssystems nur wenig, entlasten aber ceteris paribus das Budget der Versicherten.

In einem zentralen Beitrag wurde ein natürliches Experiment bei einem Unternehmen in den USA untersucht, das neu eine Kostenbeteiligung bei der Krankenversicherung seiner Angestellten eingeführt hatte (Brot-Goldberg u. a., 2017). Im Vergleich zum alten System ohne Franchise und Selbstbehalt²¹ gibt es für Angestellte mit Familie (mehr als 2 Versicherte) neu eine Franchise zwischen 3'000 und 4'000 USD und einen Selbstbehalt von 10%. Die Patientenbeiträge sind bei einem Betrag zwischen 6'000 und 7'000 USD gedeckelt.²² Diese können aus einem ebenfalls eingeführten Gesundheitssparkonto beglichen werden. Es wurden also Franchise und Selbstbehalt gleichzeitig eingeführt, weshalb es nicht möglich ist, jeweils getrennte Effekte für beide Massnahmen zu schätzen.

Die Autoren stellten fest, dass die Ausgaben im ersten Jahr nach der Umstellung um rund 18% (Standardfehler 1.4%) zurückgingen (siehe Table III des Artikels). Dabei wurde die Preisentwicklung im Gesundheitssektor und die Alterung der Versicherten herausgerechnet. Wird zusätzlich dafür kontrolliert, dass manche planbaren Behandlungen vor den Wechsel gezogen wurden, sinkt der Effekt in den Bereich zwischen 11 und 15%. Der kostensenkende Effekt der Einführung von Selbstbehalt und Franchise bleibt auch im zweiten Jahr nach dem Wechsel bestehen. Korrigiert um die Preisentwicklung, Alterung und intertemporale Optimierung planbarer Leistungen liegen die Kosten im zweiten Jahr immer noch 12.5% unter den Werten im Ausgangsjahr vor der Einführung der Kostenbeteiligungen.

Den Kostenrückgang schreiben die Autoren einem Rückgang der nachgefragten Menge zu. Es werden also weniger Leistungen in Anspruch genommen. Ein Wechsel hin zu günstigeren Angeboten²³ (price

²¹ Für Behandlungen ausserhalb eines offenbar grosszügigen Behandlungsnetzwerkes gab es einen Selbstbehalt von 20%. Im neuen Versicherungsmodell gilt für diese Behandlungen ein Selbstbehalt von 30%.

²² Für Angestellte ohne Kinder und ohne (mit) Partner sind die Werte *0.4 (*0.8) zu nehmen. Genauere Werte sind nicht angegeben, um die Anonymität des Unternehmens zu gewährleisten.

²³ Der Vergleich bezieht sich darauf, die gleiche medizinische Leistung günstiger zu erhalten. Den Angestellten wurde ein Tool zur Verfügung gestellt, mit dem sie die Behandlungspreise im Behandlungsnetzwerk vergleichen konnten. Dieses wurde jedoch nach einem halben Jahr nur von rund vier Prozent regelmässig genutzt. Einen festen Tarif, wie Tarmed in Liechtenstein, an den sich Gesundheitsdienstleister halten müssen, scheint es nicht zu geben.

shopping) oder eine Verschiebung der Nachfrage hin zu günstigeren alternativen Behandlungsmethoden (quantity substitutions) konnte nicht beobachtet werden. Auch ein Lerneffekt im zweiten (und letzten betrachteten) Jahr nach der Umstellung konnte nicht gemessen werden.

Der Nachfragerückgang erfolgte quer durch alle Behandlungsarten, betraf also sowohl kosteneffizient eingeschätzte Behandlungen als auch Behandlungen mit einem grösseren Anteil unnötiger Untersuchungen. Dazu wurde die Nachfrageentwicklung für 30 verschiedene Behandlungsprozeduren untersucht. Anschliessend hat man daraus diejenigen Prozeduren identifiziert, die gemäss wissenschaftlicher Literatur als häufiger wirksam oder unwirksam eingeschätzt werden. Zu den eher wirksamen Behandlungen zählen beispielsweise Präventionsuntersuchungen, mit denen hohe Folgekosten vermieden werden (Chernew u. a., 2015), aber auch bestimmte Medikamentengruppen wie zum Beispiel Statine oder Antidepressiva. Als eher unwirksame Behandlungen wurden bildgebende Verfahren in bestimmten Situationen (z. B. Magnetresonanztomografie für unspezifische untere Rückenschmerzen oder für Kopfschmerzen ohne Komplikationen) oder bestimmte Medikamentengaben (z. B. Antibiotika bei akuten Atemwegserkrankungen) eingeschätzt (Schwartz u. a., 2014). Wovon es abhängt, welche Leistungen reduziert nachgefragt werden, wenn sich das Kostenbeteiligungssystem ändert, konnte nicht abschliessend geklärt werden.

Ein weiteres Ergebnis der Studie war, dass sich die Versicherten bei ihren Entscheiden stark an den zum Zeitpunkt der Behandlung zu entrichtenden Kosten (spot prices) orientierten, auch wenn z. B. aufgrund einer chronischen Erkrankung absehbar war, dass bis zum Jahresende der Deckel der Patientenbeteiligung erreicht werden wird und damit die erwarteten Grenzkosten (future prices) einer zusätzlichen Behandlung das ganze Jahr über bereits null sein werden (siehe dazu auch Aron-Dine u. a., 2015).²⁴ Davon waren Versicherte aller Gesundheitszustände betroffen, weshalb der Kostenrückgang proportional zum Vorjahresniveau erfolgte.

In einem Datensatz einer Versicherung mit 709 eher kleinen Unternehmen und rund 75'000 Versicherten wurde die Wirkung einer höheren Franchise in Verbindung mit einem Gesundheitssparkonto auf die Höhe und die Zusammensetzung der Gesundheitsausgaben untersucht (Lo Sasso u. a., 2010b). Die Autoren untersuchten die Einführung einer im Schnitt 1'200 USD höheren Franchise (von rund 400 auf 1'600, vgl. Figure 1 in ihrem Artikel). Die maximale Kostenbeteiligung beträgt im neuen System rund 2'000 USD und ist um nur weniger als 500 USD gestiegen. Versicherte mit höherer Franchise gaben 5 bis 7 % weniger für Gesundheitsleistungen aus. Gespart wurde vor allem bei eher vom Patienten kontrollierten Ausgaben (pharmazeutische Produkte im Gegensatz zu Arztkosten oder Spitalaufenthalten). Schlüsse auf die Wirksamkeit der eingesparten Massnahmen können daraus nicht gezogen werden. Auch inwiefern sich die Kosteneinsparungen zwischen Patientengruppen (etwa nach Ausgabenhöhe oder Gesundheitszustand) unterscheiden, wurde hier nicht analysiert.

In einem ähnlichen Setting untersuchte Lo Sasso mit (anderen) Koautoren den marginalen Effekt, der sich aus kleinen Veränderungen am Design der Kostenbeteiligung ergibt. Es zeigt sich, dass die Erhöhung der Franchise um einen Dollar zu einem Rückgang der Gesamtausgaben von 55 Cent und eine Senkung der Selbstbeteiligungsrate um einen Prozentpunkt zu einer Ausgabenerhöhung von 82 USD führt, ausgehend von Gesundheitsausgaben von rund 4'500 USD pro Person und Jahr (Lo Sasso u. a., 2010a).

²⁴ Zum Konzept der erwarteten Grenzkosten: Bei manchen Personen ist etwa aufgrund einer chronischen Erkrankung bereits zu Beginn eines Jahres absehbar, dass die Gesundheitsausgaben so hoch ausfallen, dass die Kostenbeteiligung maximal ausfällt. In Liechtenstein ist das für eine erwachsene Person mit ordentlicher Franchise beispielsweise für (absehbare) Behandlungskosten von mindestens 5'000 CHF der Fall. Die Kostenbeteiligung beläuft sich dann auf 1'400 CHF und der Patient kann bereits im Januar damit rechnen, dass es am Ende des Jahres für ihn finanziell keinen Unterschied macht, ob er zwei oder fünf Mal zum Arzt geht.

Ebenfalls aus US-amerikanischer Perspektive weist Cutler (2015) in seinem kurzen Standpunkt-Artikel darauf hin, dass Geld sparen im Gesundheitswesen herausfordernd ist. Ein gewisses Potenzial sieht er bei der Kontrolle der Ausgabenseite, wo er vorschlägt, die Vergütung von Behandlungen an deren Wert für die Gesellschaft auszurichten (value-based pricing). Nachfrageseitig ortet er Potenzial bei Versicherungssystemen, die erst bei hohen Gesundheitsausgaben greifen. Generell warnt er aber davor, dass ärmere Haushalte nicht mit zu hohen Zahlungen konfrontiert sind. Er verweist auf eine Studie nach der rund jede vierte Person, die im Rahmen des Affordable Care Acts (ACA) versichert ist, angab, eine benötigte medizinische Behandlung nicht durchgeführt zu haben. Ausserdem erfolgt die Kostenreduktion, die aufgrund von Kostenbeteiligungen eintritt, nicht optimal (haphardous), da Kostenbeteiligungen auch zu einem Rückgang kosteneffizienter und präventiver Behandlungen führen, deren Auslassen hohe Folgekosten nach sich ziehen können.

Neben dem RAND-Experiment ist das Oregon Health Insurance Experiment (Finkelstein u. a., 2012; James, 2015) das zweite gross angelegte Experiment zur randomisierten Einführung eines Krankenversicherungssystems. Im Jahr 2008 hatten arme Haushalte in Oregon die Möglichkeit, mittels einer Lotterie in das Medicaid-System aufgenommen zu werden. Untersucht wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, gesundheitliche und andere Folgen der Aufnahme in die Versicherung. Da der Fokus aber nicht auf Kostenbeteiligungssystemen lag, sind die Erkenntnisse daraus in unserem Kontext eher am Rande relevant.

Relevanz für Liechtenstein

In den USA wurden in den letzten Jahren vor allem Krankenversicherungsdeckungen untersucht, die zusätzlich zur Franchise und Selbstbeteiligung ein Gesundheitssparkonto (health savings account) umfassen. Da Gesundheitssparkonten nur einen geringen Einfluss auf die Anreizwirkungen eines Kostenbeteiligungssystems haben, lassen sich die Ergebnisse dieser Studien grundsätzlich auf den liechtensteinischen Kontext ohne Gesundheitssparkonto übertragen.

Die Arbeit von Brot-Goldberg et al. (2017) untersucht zwar nur die Änderung des Kostenbeteiligungssystems in einem Unternehmen; da aber die Qualität der Auswertungen sehr gut ist, können einige Erkenntnisse auf Liechtenstein übertragen werden. Grundsätzlich ist die Kombination von Franchise und Selbstbehalt wirksam, reduziert also die Gesundheitsausgaben langfristig. Verzichtet wurde sowohl auf eher wirksame als auch eher unwirksame Leistungen – und das relativ proportional zur Ausgabenhöhe, selbst wenn bereits am Anfang des Jahres absehbar ist, dass bis Ende des Jahres der maximale Selbstbehalt erreicht wird (Orientierung an den Spotpreisen). Alternative, günstigere Behandlungsmethoden wurden nur sehr selten gewählt.

Andere Studien in diesem Setup bestätigen den kostendämpfenden Effekt hoher Franchisen bei relativ konstanten maximalen Selbsthalten, der hier vor allem auf eher vom Patienten kontrollierte Ausgaben zurückzuführen ist (Lo Sasso u. a., 2010b), und schätzen den marginalen Effekt einer Erhöhung der Franchise und des Selbstbehalts (Lo Sasso u. a., 2010a). Die Grösse dieser Effekte kann aber nicht ohne weiteres auf Liechtenstein übertragen werden.

3.3.3 Literatur zum Schweizer System

Da die Versicherungssysteme in Liechtenstein und der Schweiz recht ähnlich sind, ist die Literatur zum Schweizer System der Kostenbeteiligung von besonderem Interesse. Untersucht wird meist die Wahl der Franchise und der damit verbundene Moral-Hazard-Effekt. Zur Höhe und zum Grad des Selbstbehalts wurde nur wenig Literatur gefunden (siehe letzter Absatz des Abschnitts).

Kostenbeteiligungssysteme zielen auf die Regulierung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Trottmann et al. (2012) vergleichen die Wirksamkeit von angebots- und nachfrageseitigem Kostenteilungssystem in der Schweiz. Als angebotsseitiges Instrument zur Eindämmung der Behandlungskosten verwenden sie die Teilnahme an einem Managed-Care-System (Hausarztmodell o. ä.), nachfrageseitig ist es die Höhe der Franchise. Kostendämpfende Wirkung entfalten beide Ansätze, als wirksamer stellt sich in ihrer Analyse jedoch die angebotsseitige Massnahme heraus, vor allem, da die hohen Franchisen von Personen gewählt werden, deren Gesundheitskosten niedrig sind, was die Wirksamkeit stark einschränkt. Dass eine solche individuelle Optimierung (Risikoselektion) in einem System auftritt, in dem Versicherte jedes Jahr die Franchise selbst wählen können, überrascht nicht. Eine Erhöhung der Franchise um 200 respektive 700 CHF hat zwei Effekte: Der Anteil Personen ohne Gesundheitsausgaben steigt um 1 respektive 3.7 Prozentpunkte und für Personen mit Gesundheitsausgaben sinken diese um 7 respektive 18%.

Grundsätzlich führen hohe Franchisen auch in der Schweiz zu einem Verzicht auf Gesundheitsleistungen, auch wenn für Einkommen und Komorbiditäten kontrolliert wird (Sandoval u. a., 2021). Datengrundlage ist eine Befragung in Genf («Bus Santé» Studie) mit fast 12'000 Beobachtungen über 13 Jahre. Verzichtet wurde sowohl auf Behandlungen bei Allgemeinärzten als auch bei Fachärzten. Ob dieser Verzicht zu negativen Gesundheitsfolgen führte, konnte nicht untersucht werden.

In einem aktuellen Beitrag wird für die Schweiz untersucht, inwiefern verschiedene Moral-Hazard-Typen sich bei und nach der Wahl ihrer Franchise unterschiedlich verhalten. Es wird hier davon ausgegangen, dass Teile der Bevölkerung eher zugänglich für Moral Hazard sind als andere. Konkret wird untersucht, inwiefern die Höhe der Franchisen strategisch gewählt wird und wie sich dies auf die Arztbesuche im Folgejahr auswirkt (Francetic, 2022). In der Studie messen die Autoren, wie sich die Anzahl der Arztbesuche verändert, wenn sich im Vergleich zum Vorjahr die Franchise geändert hat. Die Schätzung des Effekts erfolgt mit Hilfe eines strukturellen Ansatzes, bei dem speziell der Unterschied in der Gesundheitsnutzung zwischen Versicherten mit der niedrigsten und höchsten Franchise berücksichtigt sowie nicht beobachtbare Einflussfaktoren als latente Variablen modelliert werden. Die Anzahl zusätzlicher Arztbesuche nach einem Wechsel in die niedrigste Franchise ist bei den Typen mit ausgeprägtem Moral Hazard um 25 bis 35 % höher als im Durchschnitt. Solange die verschiedenen Gruppen aber nicht bei der Gestaltung von Politikmassnahmen adressiert werden können, ist die praktische Relevanz eher gering.

Ausserdem gibt es einen Zusammenhang zwischen der Art der Prämienverbilligungen und der Wahl der Franchise (Kaufmann u. a., 2017). Basierend auf Auswertungen von mehreren Wellen der schweizerischen Gesundheitsbefragung nutzen die Autoren die regionale Variation bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligungen aus: Ein Teil der Kantone überwies (zumindest bis 2014) einen individuell zugewiesenen Geldbetrag an die betroffenen Haushalte (cash transfer), ein anderer Teil bezahlt die Verbilligungen direkt an die gewählte Krankenversicherung aus (in-kind transfer). Für letzteren finden die Autoren eine rund 4 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit, einen Tarif mit niedrigen Franchisen zu wählen, was sie aus Gerechtigkeits- und Fairnessüberlegungen in Bezug auf den Zugang zu medizinischen Leistungen (equity) begrüssen. In-Kind-Transferempfänger scheinen dabei nicht mehr medizinische Leistungen zu beziehen.

Ein Beispiel für einen Beitrag zum Selektionseffekt ist die Arbeit von Gardiol et al. (2005). In ihrer empirischen Analyse des Zusammenhangs zwischen Versicherungsdeckung und Gesundheitsausgaben führen die Autoren 75 % der Unterschiede in den Gesundheitsausgaben zwischen verschiedenen Franchisestufen auf Selektionseffekte zurück, weil vor allem gute Risiken die höheren Franchisen wählen. Die verbleibenden 25 % schreiben sie dem Anreizeffekt (ex-post Moral Hazard) zu. Gemäss ihrer Analyse steigt die Gesundheitsnachfrage in der Grenzbetrachtung um etwa 90 %, wenn die Franchise

ausgeschöpft ist und nur noch 10 % Selbstbehalt zu entrichten sind. Wenn die maximale Kostenbeteiligung erreicht ist, ergibt sich eine weitere marginale Steigerung der Gesundheitsnachfrage um etwa einen Drittel. Der aggregierte (nicht-marginale) Effekt der Überschreitung dieser Schwelle kann nicht bestimmt werden.

Zu anderen Ergebnissen kommt eine soeben erschienene Studie der Universität St. Gallen (Salvi u. a., 2023). Die Autoren untersuchen, ob es zu einer sprunghaften Zusatznachfrage von Gesundheitsleistungen kommt, sobald Versicherte ihres Jahresfranchise aufgebraucht haben. Sie finden einen positiven Unterschied zwischen dem Gesundheitsverbrauch vor und nach Erreichen der Franchise sowohl für die niedrigste als auch die höchste Franchisestufe, der Anstieg ist jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der Unterteilung der Versicherten nach Rentenstatus, Prämienreduktion und Anzahl chronischer Krankheiten finden sie ebenfalls keine signifikanten Effekte auf die Inanspruchnahme. Die Ergebnisse bestätigen gemäss den Autoren, dass das Franchisesystem eine wirksame Lösung für die Kostenbeteiligung in der Schweiz. Sie deuten die nicht nachweisbare Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen, wenn die Franchise überschritten wird, als Zeichen, dass auch keine substanzielle Unterversorgung vorliegt, solange die Patienten noch alle Leistungen zu 100 % selbst bezahlen müssen.

Relevanz für Liechtenstein

Die Studien von Trottmann et al. (2012), Sandoval (2021) und Gardiol et al. (2005) zeigen alle, dass die Kostenbeteiligung auch im Schweizer Kontext wirksam ist, um Moral Hazard zu reduzieren und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu reduzieren. Die Studie von Salvi et al. (2023) gibt Hinweise darauf, dass es sich bei den eingesparten Gesundheitsleistungen eher um verzichtbare Behandlungen handelt. Diese Ergebnisse lassen sich qualitativ auf Liechtenstein übertragen. Eine quantitative Übertragung ist jedoch mit viel Unsicherheit verbunden.

Die Studie von Kaufmann et al. (2017) zeigt zudem, dass die Ausgestaltung der Prämienverbilligung wichtig sein kann, um unerwünschte Folgen von Kostenbeteiligungen zu reduzieren. Durch eine direkte Auszahlung an Krankenkassen fühlen sich gewisse Personen weniger genötigt, eine hohe Franchise zu wählen und dadurch eventuell wichtige Behandlungen nicht in Anspruch zu nehmen.

3.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Liechtenstein

Die Haupteigenschaften der Literaturanalyse sind folgende:

- Kostenbeteiligungen reduzieren nachweislich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Dieser Effekt ist jedoch nicht beliebig skalierbar. Bereits kleine Kostenbeteiligungen erledigen also die «Hauptarbeit», um den Moral Hazard zu reduzieren.
- Kostenbeteiligungen können jedoch auch gesellschaftlich und ethisch unerwünschte Effekte beinhalten. Diese treten bspw. auf, wenn ärmere Haushalte deswegen notwendige Behandlungen aufschieben oder sich Patienten in gutem Gesundheitszustand in hohe Franchisen selektionieren oder die Wahl von Franchisen und Behandlungen strategisch planen, was die Solidarität im Krankenversicherungssystem schwächt.
- Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen aufgrund von Kostenbeteiligungen ist nicht grundsätzlich mit schlechterer Gesundheit verbunden. Das stimmt aber nicht für alle Versichertengruppen gleichermassen. Das RAND-Experiment hat gezeigt, dass der Gesundheitszustand von besonders

Armen und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen schlechter ist, wenn sie einem System mit höherer Kostenbeteiligung zugeteilt wurden.²⁵

- Für gewisse Versichertengruppen kann es aus einer Gerechtigkeitsperspektive sinnvoll sein, die Prämienbelastung und auch die Kostenbeteiligung zu reduzieren, um negative Effekte auf deren Gesundheit (und Wohlstand) zu vermeiden (z. B. niedrige Einkommensschichten, chronisch Kranke).
- Beim Bezug von Gesundheitsleistungen orientieren sich die Versicherten an den direkt zu entrichtenden Kosten zum Zeitpunkt der Behandlung (spot prices). Ein Wechsel hin zu günstigeren Behandlungsmethoden kann nicht erwartet werden. Die Reduktion der Nachfrage bezieht sich vornehmlich auf die konsumierte Menge von Gesundheitsleistungen.

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Literatur und der Ausgestaltung der Kostenbeteiligung in Liechtenstein, lassen sich folgende Lehren für das liechtensteinische System ziehen:

- Die Kostenbeteiligung in Liechtenstein mit Franchise und Selbstbehalt entspricht den gängigen Systemen in vielen westlichen Gesundheitssystemen. Beide Instrumente reduzieren nachweislich den Moral Hazard und schlussendlich die Kosten in der sozialen Krankenversicherung.
- Der Selektionseffekt im Rahmen der Franchisewahl ist nicht zu vernachlässigen. Dem Nutzen durch reduzierten Moral Hazard steht somit auch eine mögliche Entsolidarisierung von Personen mit gutem Gesundheitszustand entgegen. Insofern sind die Höhe der Mindestfranchise (ordentliche Franchise) und der höchsten Wahlfranchise im gegebenen System zentrale Stellschrauben, um ineffizientes Verhalten einzuschränken.
- Die Wirksamkeit der Kostenbeteiligung nimmt mit ihrer Höhe ab. Im Vergleich zur Schweiz erscheinen die höchsten Franchisen von 4'000 CHF für Erwachsene und 3'500 CHF für Rentner auf den ersten Blick als eher hoch. Das macht diese vor allem für Leute mit schlechtem Gesundheitszustand unattraktiv, weil die Versicherten ein grösseres Risiko tragen müssen. Die Gesellschaft hat nur einen geringen Zusatznutzen daraus, weil der Moral Hazard nur noch in geringem Mass weiter reduziert wird.
- Gleichzeitig kann die höchste Franchise von 4'000 CHF für Versicherte im erwerbstätigen Alter und guten Gesundheitszustand bei einer genaueren Betrachtung attraktiv sein. Bereinigt müssen die Versicherten bei der Wahl der 4'000-CHF-Franchise ein zusätzliches Kostenrisiko von 2'800 CHF²⁶ tragen, für welches Sie als Gegenleistung einen Prämienrabatt von maximal 1'960 CHF erhalten. Das «Risikokapital» beträgt somit 840 CHF. In der Schweiz beträgt das Risikokapital in der höchsten Franchise 660 CHF, bei einem maximalen Rabatt von 1'540 CHF. Dies erhöht die Gefahr, dass sich Versicherte, die üblicherweise kaum Gesundheitsleistungen nachfragen, entsolidarisieren, indem sie eine hohe Franchise wählen. Die (geringen) Gesundheitsausgaben von diesen sinken nicht (oder kaum), dafür bezahlen sie aber deutlich weniger in die soziale Krankenversicherung ein.
- Betrachtet man die Ausgestaltung des Kostenbeteiligungssystems in Liechtenstein, finden sich jedoch (auch im Vergleich zur Schweiz) für einige Gruppen Befreiungen von der Kostenbeteiligung, die besonders hohe Kosten und damit auch ein eher hohes Einsparpotential haben.

²⁵ Ob im liechtensteinischen System dieselben Gruppen betroffen wären, kann nicht beurteilt werden; es ist aber zu erwarten, dass nicht alle Personen auf eine Änderung der Kostenbeteiligung gleich reagieren würden.

²⁶ Das zusätzliche Kostenrisiko berechnet sich aufgrund der maximalen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) mit der 4'000-CHF- und der 500-CHF-Franchise: $(4'000+200) - (500 + 900) = 2'800$ (vgl. Abschnitt 3.2).

- Dazu zählt die Befreiung von Kindern und Jugendlichen sowie zahlreichen chronisch Kranken von der gesamten Kostenbeteiligung. Rentner erhalten eine nur halb so hohe Selbstbeteiligung in Höhe von 10 % und die ordentliche Franchise beträgt 0 CHF. Bei den Rentnern bestehen zwar Wahlfranchisen; die Anreize, von der Null-Franchise in eine Wahlfranchise zu wechseln sind jedoch sehr gering, weshalb diese nur von Versicherten in einem sehr stabilen und guten Gesundheitszustand gewählt werden dürften.
- Gemäss Literatur orientieren sich die Versicherten am Spotpreis, d. h. an den Kosten zum Zeitpunkt der Behandlung. Im Falle der Kinder sind die Grenzkosten einer Behandlung von vornherein null. Das Gleiche gilt für diejenigen chronisch Kranken, die gemäss Gesetz von der Kostenbeteiligung befreit sind. Auch Rentner profitieren von einem Wegfall der Franchise und niedrigerem Selbstbehalt.
- Für die Rentner mit einer Franchise von 0 CHF und einem Selbstbehalt von 10 % (bis max. 500 CHF) sind die Grenzkosten ab der ersten Behandlung sehr niedrig, was zu einer geringeren Eindämmung des Moral Hazard führen dürfte.
- Da ein Kostenbeteiligungssystem aber nicht nur die Nachfrage nach tendenziell überflüssigen Gesundheitsleistungen reduziert, sondern auch nach wirksamen oder präventiven Leistungen, kann nicht einfach geschlossen werden, dass die oben genannten Sonderregelungen einfach abgeschafft werden sollten.
- Auch aus Gerechtigkeitsüberlegungen und in Bezug auf eine bessere Lebensqualität ist die Befreiung gewisser Versichertengruppen von der Kostenbeteiligung zu rechtfertigen.

Empfehlungen

Um Moral Hazard im liechtensteinischen Krankenversicherungssystem zu reduzieren, empfehlen wir, die folgenden Massnahmen zu prüfen:

- *Erhöhung der Kostenbeteiligung für gewisse Gruppen:* Auch bei Kindern, Rentnern sowie ausgewählte chronisch Kranken besteht Moral Hazard und damit die Gefahr einer übermässigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wegen der Versicherungsdeckung. Eine Erhöhung der Kostenbeteiligung für diese Gruppen könnte die Kosteneinsparungen aufgrund eingedämmten Moral Hazards erhöhen. Gleiches gilt für die Erhöhung der ordentlichen Franchise aller Versicherten. Wie der Kosten- und der Nutzenrückgang durch die nicht durchgeführten Behandlungen abzuwägen ist, bleibt offen. Um potenziell negative Effekte abzufedern, sind auch Mischformen denkbar: Für chronisch Kranke könnten z. B. nur Ausgaben im Zusammenhang mit ihrer chronischen Erkrankung von der Kostenbeteiligung ausgenommen werden.
- *Reduzierung von Moral Hazard mit stärkerer Verbreitung von Wahlfranchisen:* Der Anteil der Versicherten im erwerbstätigen Alter, der eine Wahlfranchise wählt, könnte gesteigert werden, um Moral Hazard und damit eine Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen zu verringern. Die Gründe, weshalb fast alle Liechtensteiner die ordentliche Franchise wählen, müssen noch näher untersucht werden. Mögliche Gründen sind:
 - Die Prämien sind für Haushalte zu wenig relevant und Rabatte für Wahlfranchisen unattraktiv
 - Die Wahlfranchisen respektive das zusätzliche finanzielle Risiko ist für die Haushalte zu hoch
 - Die Versicherten sind ungenügend über das Versicherungssystem informiert
 - Die Versicherten sind stark risikoavers in Bezug auf ihren Gesundheitszustand
 Eine Reduktion der Höhe der Wahlfranchisen oder der allgemeinen Prämien- und Kostenbeteiligungssubventionen könnte dazu beitragen, den Anteil an Wahlfranchisen zu erhöhen. Eine Reduktion auf weniger Franchisestufen wäre zwar in Bezug auf die Reduzierung des Moral Hazard

vertretbar. Mehr Franchisestufen könnten jedoch den unterschiedlichen Budgets der Haushalte besser Rechnung tragen und einen höheren Anteil an Wahlfranchisen generieren.

- *Einschränkung der Wechselmöglichkeit bei der Franchisenhöhe:* Die jährlich neu wählbare Franchise führt zu Selbstselektion guter Risiken in hohe Franchisen. Das Risiko ist für sie klein, da sie jedes Jahr zu einer niedrigeren Franchise zurückkehren können. Zur Einschränkung der Selbstselektion und der damit einhergehenden Entsolidarisierung könnte die Wechselmöglichkeit von Franchisen eingeschränkt (etwa nur alle drei Jahre) und die höchste Franchise dafür gesenkt werden.

4 Wettbewerb im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel analysieren wir die wettbewerblichen Elemente des liechtensteinischen Gesundheitssystems. Abschnitt 4.1 legt dar, welche Arten von Wettbewerb im Gesundheitswesen vorkommen und auf welches Konzept wir uns bei der Analyse der wettbewerblichen Elemente des liechtensteinischen Gesundheitssystems beziehen. Abschnitt 4.2 untersucht den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern, Abschnitt 4.3 analysiert den Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Ärzten und Abschnitt 4.4 konzentriert sich auf den Wettbewerb zwischen den Spitälern. Jede dieser Analysen schliessen wir jeweils mit einem Fazit ab, das Empfehlungen enthält, wie der Wettbewerb in Liechtenstein im jeweiligen Markt gestärkt werden könnte.

4.1 Wirksamer Wettbewerb im Gesundheitswesen

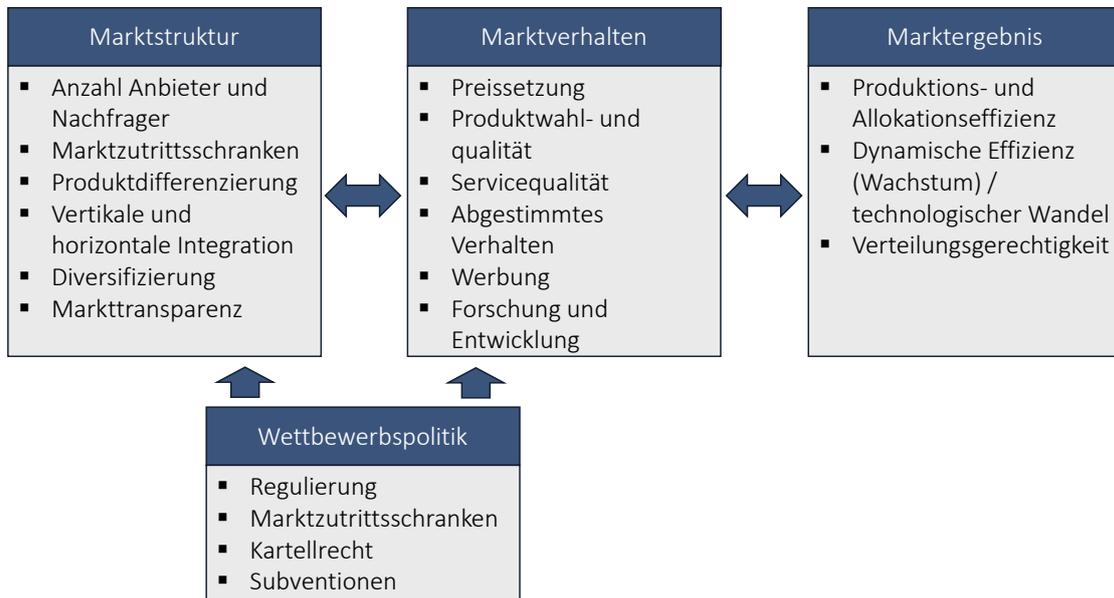
Der Wettbewerb im Gesundheitswesen findet zwischen verschiedenen Arten von Gesundheitsdienstleistern statt. Wir unterscheiden:

- Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern.
- Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern (Ärzte, Spitäler, Apotheker, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten etc.).
- Wettbewerb zwischen den Zulieferern z. B. im Bereich Arzneimittel, Laboranalysen, und Medizintechnik.

In diesem Bericht beschränken wir uns auf den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern. Bei den Leistungserbringern konzentrieren wir uns dabei auf die niedergelassenen Ärzte und die Spitäler. Der Wettbewerb kann sowohl auf Ebene des Preises wie auch auf Ebene der Qualität der Dienstleistung stattfinden.

Für die Analyse des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern orientieren wir uns am Konzept des wirksamen Wettbewerbs (Hammer u. a., 2008; Knieps, 2005; Scherer und Ross, 1990). Es geht davon aus, dass die Marktstruktur sowie das Marktverhalten zum Marktergebnis führen, wobei diese drei Merkmale des wirksamen Wettbewerbs interagieren und durch die exogenen Rahmenbedingungen (Wettbewerbspolitik) beeinflusst werden (vgl. Abbildung 1). Der Wettbewerb soll zu einer effizienten Ressourcenallokation führen, d. h. zu einem effizienten Einsatz der verschiedenen Produktionsfaktoren, um ein optimales Leistungsniveau zu erreichen. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die staatliche Regulierung im Gesundheitswesen neben einer effizienten Ressourcenallokation auch sozialpolitische Ziele wie z. B. der Zugang aller Personen zu Gesundheitsleistungen verfolgt. Diese Ziele können im Widerspruch zu einer effizienten Leistungserbringung stehen. So bestehen Regulierungen, die verhindern, dass Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko benachteiligt werden wie z. B. die Aufnahmepflicht für Krankenversicherer und das Verbot, risikoabhängige Prämien zu verlangen. Letzteres ist in der Schweiz und in Liechtenstein mit einer Kopfprämie für alle umgesetzt, die (ohne Korrekturen) zu einem ineffizienten Marktergebnis führt, weil sich für die Krankenversicherer dadurch Anreize für Risikoselektion ergeben.

Abbildung 9 Konzept wirksamer Wettbewerb



Das Konzept des wirksamen Wettbewerbs geht davon aus, dass die Marktstruktur sowie das Marktverhalten zum Marktergebnis führen. Die drei Merkmale beeinflussen sich gegenseitig und agieren innerhalb des durch die Wettbewerbspolitik gesetzten Rahmens.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Hammer et al. (2008)

Zur Operationalisierung und Überprüfung des Konzept des wirksamen Wettbewerbs im liechtensteinischen Gesundheitswesen orientieren wir uns an Hammer et al. (2008), die den Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen untersucht haben. Die dort verwendeten Faktoren und Indikatoren sind in Tabelle 14 dargestellt. In der nachfolgenden Analyse werden wir nicht alle Faktoren und Indikatoren für alle Akteure im liechtensteinischen Gesundheitswesen durchexerzieren. Vielmehr setzen wir Schwerpunkte und verwenden jeweils diejenigen Faktoren und Indikatoren, die für die Akteure besonders herausstechen.

Tabelle 14 Wettbewerbsindikatoren

Merkmals	Faktor	Indikator	Hinweis auf Wettbewerb
Marktstruktur	Anzahl Anbieter und Nachfrager	<ul style="list-style-type: none"> Gibt es eine Mehrzahl von Marktakteuren mit ähnlichen Produkten? Stehen diese untereinander in Konkurrenz (Grad der Rivalität)? 	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens zwei Marktakteure mit hohem Rivalitätsgrad
	Marktzutrittsschranken	<ul style="list-style-type: none"> Bestehen Eintrittshürden für potenzielle neue Marktteilnehmer? Sind Markteintritte neuer Wettbewerber zu verzeichnen? 	<ul style="list-style-type: none"> Möglichst wenig Eintrittshürden Markteintritt neuer Wettbewerber
	Produktdifferenzierung	<ul style="list-style-type: none"> Ist das angebotene Produkt in der Ausgestaltung differenzierbar? 	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit zur Differenzierung

Merkmalskategorie	Faktor	Indikator	Hinweis auf Wettbewerb
	Vertikale und horizontale Integration	<ul style="list-style-type: none"> Bestehen vertikale und/oder horizontale Integrationen? 	<ul style="list-style-type: none"> Vertikale und horizontale Integrationen sind tendenziell wettbewerbshindernd²⁷
	Diversifizierung	<ul style="list-style-type: none"> Wie stark sind die Marktakteure in verschiedenen Märkten diversifiziert? 	<ul style="list-style-type: none"> Diversifikation (z. B. Zusatzversicherungen)
	Markttransparenz	<ul style="list-style-type: none"> Sind die Marktakteure sowie deren Verhalten und Ergebnisse transparent? 	<ul style="list-style-type: none"> Möglichst hohe Markttransparenz
Marktverhalten	Preissetzung	<ul style="list-style-type: none"> Ist ein Preiswettbewerb möglich? Wie intensiv ist er? 	<ul style="list-style-type: none"> Unabgesprochene Preissetzung Intensiver Preiswettbewerb
	Produktwahl und -qualität	<ul style="list-style-type: none"> Bieten die Marktteilnehmer unterschiedliche Produkte an? Unterscheiden sich die Marktteilnehmer in der Qualität der Produkte? Konkurrieren die Marktteilnehmer über das Preis-Leistungsverhältnis? 	<ul style="list-style-type: none"> Angebot unterschiedliche Produkte und unterschiedliche Qualität Wettbewerb über das Preis-Leistungsverhältnis
	Servicequalität	<ul style="list-style-type: none"> Konkurrieren die Marktteilnehmer über die Servicequalität? Wie intensiv ist dieser Wettbewerb? 	<ul style="list-style-type: none"> Intensiver Servicewettbewerb
	Abgestimmtes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> Verhalten sich die Marktteilnehmer wettbewerbsbeschränkend (Absprachen etc.)? 	<ul style="list-style-type: none"> Kein wettbewerbsbeschränkendes Verhalten
	Werbung	<ul style="list-style-type: none"> Betreiben die Marktakteure Werbung? Wie intensiv sind die Anstrengungen der Marktakteure im Bereich Werbung und Öffentlichkeitsarbeit? 	<ul style="list-style-type: none"> Intensive Werbeanstrengungen
	Forschung und Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> In welchem Umfang betreiben die Marktteilnehmer F&E? Konkurrieren sie sich diesbezüglich 	<ul style="list-style-type: none"> Intensive F&E-Bemühungen
	Marktergebnis	Produktions- und Allokationseffizienz	<ul style="list-style-type: none"> Sind bei der Produktion der Produkte bzw. Leistungen Kosteneinsparungen möglich? Sind im gesamten Gesundheitswesen Verbesserungen des Kosten-Nutzenverhältnisses der Leistungen möglich? Gibt es Hinweise auf Risikoselektion und/oder Überkapazitäten im Angebot? Nutzen die Marktakteure Substitutionsmöglichkeiten?
Dynamische Effizienz		<ul style="list-style-type: none"> Wie hoch ist die Wechselquote der Versicherten? Inwiefern ist sie auf den Wettbewerbsdruck zurückzuführen? Entwickeln die Marktakteure neue innovative Angebote? 	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens kleine Wechselquote oder Gefahr, dass die Versicherten wechseln Neue und innovative Angebote

Quelle: Hammer et al. (2008). Eigene Darstellung Polynomics.

²⁷ Bei einer vertikalen Integration kommt es zu einer Integration von in unterschiedlichen Märkten tätigen, aber in der gleichen Produktionslinie stehenden Anbietern, z. B. bei Erwerb einer Gruppenpraxis durch einen Krankenversicherer. Bei einer horizontalen Integration kommt es zu einem Zusammenschluss von im gleichen Markt tätigen Unternehmen, z. B. zwei Krankenversicherer. Aus wettbewerbspolitischer Sicht sind horizontale Zusammenschlüsse generell nicht erwünscht, während vertikale Zusammenschlüsse teilweise zu einem Effizienzgewinn führen können.

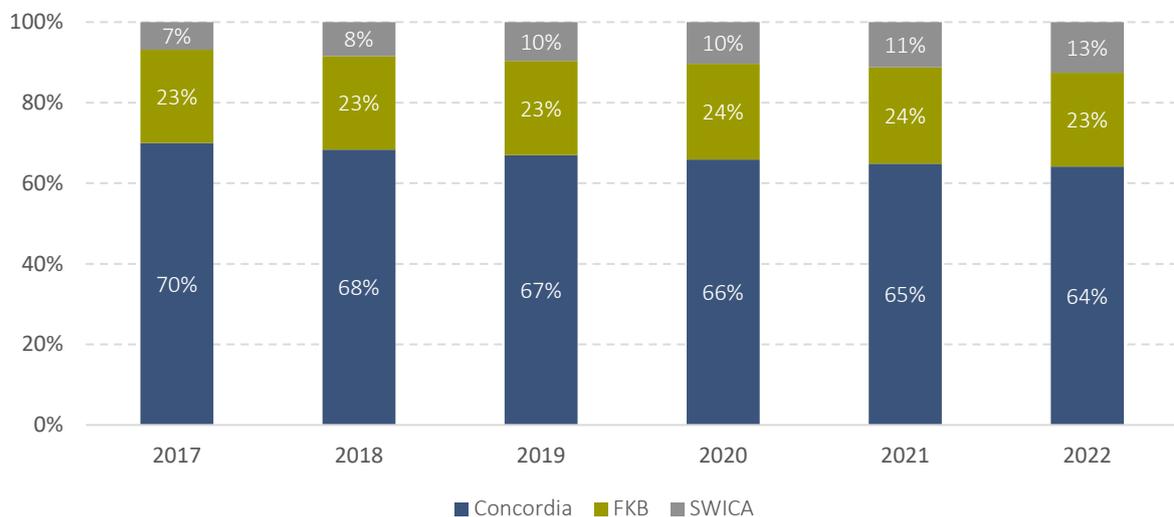
4.2 Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern

Die Krankenversicherung beruht in Liechtenstein auf dem Modell des regulierten Wettbewerbs. Alle Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in Liechtenstein müssen eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abschliessen, welche einen einheitlichen Leistungskatalog umfasst. Seitens der Krankenversicherer besteht in der OKP eine Aufnahmepflicht. Die OKP besteht aus der Grund- und der Hochkostenversicherung. Die Hochkostenversicherung trägt pro Versicherten alle Kosten die über CHF 5'000 hinausgehen (Bill u. a., 2019).

4.2.1 Marktstruktur

In Liechtenstein sind aktuell drei Krankenversicherer tätig: Die Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, die FKB – Die liechtensteinische Gesundheitskasse und die SWICA Krankenversicherung AG. Die Concordia ist 2022 mit einem Marktanteil am Versichertenbestand von 64 % Marktführer, auf die FKB entfallen 23 % der Versicherten, auf die SWICA 13 %. Der Marktanteil der SWICA hat sich dabei seit 2017 zu Lasten der Concordia in etwa verdoppelt, der Marktanteil der FKB ist weitestgehend gleichgeblieben (vgl. Abbildung 10). Grundsätzlich ist ein Markteintritt möglich, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Ausländische Krankenversicherer müssen für die Anerkennung eine Agentur, eine Zweigniederlassung oder ein Büro in Liechtenstein betreiben, welches von eigenem Personal oder einer unabhängigen Person im Auftrag des Krankenversicherers geführt wird (Bill u. a., 2019). Gleichwohl kann in den letzten 10 Jahren kein Markteintritt beobachtet werden (Amt für Statistik, 2023). Der Gewinn an Marktanteil der SWICA deutet aber auf einen Wettbewerb zwischen den Versicherern hin.

Abbildung 10 Marktanteile der Krankenversicherer 2017–2022



Rund zwei Drittel aller liechtensteinischen Versicherten sind bei der Concordia versichert. Seit 2017 hat der Marktanteil der Concordia zu Gunsten der SWICA stetig abgenommen. Der Marktanteil der FKB ist im Beobachtungszeitraum konstant geblieben.

Quelle: Amt für Gesundheit (2018, 2023a). Eigene Darstellung Polynomics.

Bei der Ausgestaltung der Prämien sowie den anzubietenden Versicherungsmodelle sind die Krankenversicherer in ihrem Gestaltungsspielraum stark eingeschränkt. Kinder bezahlen in Liechtenstein bis

zur Vollendung des 16 Lebensjahres keine Krankenversicherungsprämien. Die Krankenversicherungsprämie für Jugendliche, d. h. Versicherte im Alter von 17 bis 21 Jahren, darf maximal die Hälfte der Erwachsenenprämien betragen. Eine Differenzierung der Prämien nach weiteren Merkmalen der Versicherten ist nicht erlaubt. Die Prämien in der OKP müssen die Leistungen, die Verwaltungskosten sowie angemessene Reserven abdecken, ein Gewinn darf nicht erzielt werden.

Die Krankenversicherer müssen neben der OKP auch eine erweiterte OKP anbieten, welche auch die Kosten von geeigneten, aber nicht zur OKP zugelassenen ambulanten Leistungserbringern übernimmt (Art. 18 Abs. 2 Gesetz über die Krankenversicherung KVG). Der Zuschlag auf die Prämie der OKP für die erweiterte OKP wird jeweils durch das Amt für Gesundheit festgelegt und ist damit über alle Krankenversicherer gleich. 2024 lag der Zuschlag für Erwachsenen bei 40 CHF pro Monat (Amt für Gesundheit, 2023b). Daneben ist es für die Krankenversicherer seit Januar 2021 möglich, Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern abzuschliessen, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen und eine Mitverantwortung für die Kosten übernehmen. Damit verbunden können sie Versicherungsmodelle anbieten, bei denen sich die Versicherten verpflichten, ihre Leistungen im Rahmen des Versorgungsnetzwerkes zu beziehen.

Durch das KVG vorgegeben ist auch die obligatorische Kostenbeteiligung sowie die Pflicht bei den erwachsenen Versicherten mindestens drei Varianten einer frei wählbaren Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages anzubieten. Die höchstmögliche zusätzlich wählbare Kostenbeteiligung von 4'000 CHF muss dabei zwingend angeboten werden. Im Gegenzug für die höhere Kostenbeteiligung müssen die Prämien angemessen reduziert werden, wobei der gewährte Prämienrabatt maximal 70 % des zusätzlich übernommen Risikos betragen kann (Art. 23 und Art. 23a KVG; Amt für Gesundheit (2023b); vgl. auch Kapitel 2 zur Kostenbeteiligung). Mit der Vorgabe eines einheitlichen Leistungskatalogs für die OKP ist die Möglichkeit zur Produktdifferenzierung zusätzlich eingeschränkt.

Begrenzt ist auch der Spielraum der Krankenversicherer zur Beeinflussung der Leistungskosten. Jeder Krankenversicherer ist von Gesetzes wegen Mitglied im Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV). Dieser ist zuständig für die Aushandlung der Tarifverträge mit den Berufsverbänden der Leistungserbringer, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer sowie auch den Abschluss von Qualitätsvereinbarungen mit den Berufsverbänden der Leistungserbringer (Art. 16c, Art. 19 sowie Art. 19a KVG). Die einzelnen Krankenversicherer können damit lediglich im Rahmen von Versorgungsnetzen mit den Leistungserbringern Verhandlungen über die Tarife bzw. Kosten führen sowie gegebenenfalls die Qualität der Behandlung beeinflussen.

Alle drei in Liechtenstein tätigen Krankenversicherer bieten auch Leistungen im Bereich der Zusatzversicherungen (freiwillige Versicherung) an. Gemäss Art. 16 KVG können die Versicherer solche Zusatzversicherungen auch Personen anbieten, welche die OKP bei einer anderen Kasse abgeschlossen haben. Die FKB und die Concordia bieten Zusatzversicherungen jedoch nur Personen an, die auch die OKP oder erweiterte OKP bei ihnen beziehen. Dies schränkt den potenziellen Wettbewerb auch im Bereich der Grundversicherung ein, weil ähnlich wie in der Schweiz die meisten Versicherten eine Zusatzversicherung in der einen oder anderen Form besitzen und diese im fortschreitenden Alter teilweise nicht mehr ohne Einbussen wechseln können. Zudem zeigen die Erfahrungen aus der Schweiz, dass auch ohne eine formelle Bindung zwischen Grund- und Zusatzversicherung viele Personen bevorzugen, diese beim gleichen Versicherer zu haben, um administrative Probleme zu vermeiden.

Der Krankenversicherungsmarkt ist im Hinblick auf die angebotenen Versicherungsmodelle sowie die damit verbunden Prämien und Kostenbeteiligungen transparent. Das Amt für Gesundheit publiziert jedes Jahr die Prämien der drei Versicherten abgestuft nach Kostenbeteiligung sowie den monatlichen Zuschlag für die erweiterte OKP (Amt für Gesundheit, 2023b).

4.2.2 Marktverhalten

Aufgrund des eingeschränkten Spielraums bei der Ausgestaltung der Versicherungsmodelle und des einheitlichen Leistungskatalogs konkurrieren die Versicherer vor allem über die Prämien. Die monatlichen Prämien für Erwachsene unterscheiden sich zwischen den Versicherern je nach Franchise um 20–40 CHF. So liegt die Monatsprämie ohne Unfalldeckung bei einer Franchise von 500 CHF bei der Concordia 2024 bei 371.40 CHF, bei der FKB bei 362 CHF und bei der SWICA bei 351.50 CHF. Bei einer Franchise von 4'000 CHF sind es 2024 bei der Concordia 237.70 CHF, der FKB 222 CHF und der SWICA 199 CHF (Amt für Gesundheit, 2023b). Diese Prämienunterschiede dürften aber vor allem die unterschiedliche Risikostruktur der drei Krankenversicherer reflektieren. Während die Concordia und die FKB Zahlungen aus dem Risikoausgleich erhalten (2024: 172 CHF bzw. 118 CHF pro Versicherten), ist die SWICA ein Nettozahler (2024: -1'050 CHF pro Versicherten). Entsprechend sind auch die Nettoleistungen pro versicherte Person bei der Concordia und der FKB mehr als doppelt so hoch wie bei der SWICA (Amt für Gesundheit, 2023a). Bei den Versicherungsmodellen mit frei wählbarer Kostenbeteiligung nutzt keiner der Versicherer den maximal möglichen Prämienrabatt von 70%. FKB und Concordia gewähren für alle Wahlfranchisen 60% Prämienrabatt auf das zusätzliche Risiko, die SWICA zwischen 63% für 1'500 CHF Selbstbehalt und 65% für 4'000 CHF (vgl. Kapitel 2: Kostenbeteiligung).

Exkurs: Entwicklung des Risikoausgleichs in der Schweiz

Der Risikoausgleich ist ein wesentlicher Bestandteil des schweizerischen Gesundheitssystems, der darauf abzielt, Fairness und Solidarität unter den Krankenversicherern zu fördern. Der Risikoausgleich wurde mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das 1996 in Kraft trat, eingeführt. Ziel dieses Mechanismus ist es, Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, die durch unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten bei verschiedenen Krankenversicherern entstehen können. Ohne einen solchen Ausgleich bestünde für Versicherer der Anreiz, vorrangig gesunde Personen zu versichern, da diese weniger Kosten verursachen, und schlechte Risiken möglichst abzuweisen. Der Risikoausgleich sorgt also dafür, dass Versicherer, die zufällig oder durch eine selektive Kundenpolitik einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Personen mit hohem Gesundheitsrisiko (und damit höheren Kosten) versichern, finanziell entschädigt werden.

In den ersten Jahren nach seiner Einführung basierte der Ausgleichsmechanismus im Risikoausgleich ausschliesslich auf den beiden demographischen Faktoren Alter und Geschlecht der Versicherten, das heisst Versicherer mit mehr Frauen und älteren Versicherten erhielten die durchschnittlichen Mehrkosten dieser Gruppen ausgeglichen. Es wurde jedoch schnell deutlich, dass diese Kriterien nicht ausreichten, um die unterschiedlichen Risikoprofile der Versicherten adäquat abzubilden und Risikoselektion zwischen den Versicherern zu verhindern. Daher wurden die Modelle zur Berechnung des Risikoausgleichs im Laufe der Zeit weiterentwickelt, um eine genauere und gerechtere Verteilung der Mittel zu erreichen.

Seit 2012 wird zusätzlich das Kriterium «Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr» als Ausgleichskriterium verwendet. Während sich mit Alter und Geschlecht maximal 10% der Gesamtstreuung der Nettoleistungen erklären liessen, waren es mit der neuen Risikoausgleichsformel um die 15 Prozent (Beck und Kauer, 2019). So kam denn auch die vom Bundesamt für Gesundheit beauftragte Wirkungsanalyse zum Schluss, dass «die Verfeinerung des Risikoausgleichs zu einer Stärkung der Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken beigetragen hat. Die Situation hat sich insbesondere für jene Kranken verbessert, welche stationär behandelt werden. Krankenversicherer, die überproportional viele chronisch Kranke versichern, haben jedoch weiterhin einen Wettbewerbsnachteil.» (Trottmann und Telser, 2014).

Aufgrund der Wirkungsanalyse wurden weitere Verbesserungen angestrebt. So wurde im Jahr 2017 ein zusätzliches Merkmal in die Risikoausgleichsformel eingeführt, nämlich ein Indikator, ob ein Versicherter im Vorjahr mehr als 5'000 CHF Arzneimittelkosten verursacht hatte. Damit sollte das

Kostenrisiko von chronisch Kranken, die vorwiegend ambulant behandelt werden, in den Ausgleich integriert werden. Diese Medikamentenschwelle war von Anfang an als Übergangslösung geplant. Sie wurde 2020 durch pharmazeutische Kostengruppen (PCG) ersetzt. PCG klassifizieren Versicherte anhand ihres Medikamentenkonsums in 34 Gruppen, die sie als chronisch Kranke mit höheren Gesundheitsausgaben identifizieren. Das PCG-Modell ist äusserst komplex und lässt sich nicht mehr so einfach berechnen wie mit den vorherigen Risikoausgleichsformeln.

Während die Medikamentenschwelle den Erklärungsgehalt des Risikoausgleichs von rund 15 auf 25 % verbessert, erreicht die Formel mit PCG sogar annähernd 30 % (Beck und Kauer, 2019). Das bestätigt auch die neue Wirkungsanalyse mit 24 und 29 % (Bürgin u. a., 2024). Die Vorhersagegenauigkeit hat sich damit nochmals deutlich verbessert. Die Wirkungsanalyse kommt allerdings auch zum Schluss, dass es unklar ist, ob sich die Anreize zur Risikoselektion damit noch weiter reduziert haben oder ob durch die PCG nicht sogar neue Möglichkeiten für Risikoselektion geschaffen wurden.

Bei der Ausgestaltung der Versicherungsmodelle nutzen die Versicherer den begrenzten Spielraum nicht. Obwohl lediglich die höchste Franchise vorgegeben ist, bieten in der Grundversicherung alle drei Versicherer die gleiche Abstufung bei der Franchise an. Versicherungsmodelle mit Versorgungsnetz werden bislang von keinem der drei Krankenversicherer angeboten (vgl. dazu Kapitel 5 zu Managed Care). Eine Produktdifferenzierung sowie eine Entwicklung neuer Versicherungsmodelle kann im Krankenversicherungsmarkt entsprechend nicht beobachtet werden. Inwiefern sich die Krankenversicherer in ihrer Servicequalität unterscheiden, ist nicht beobachtbar.

Die Zuständigkeit des LKV für Tarifverhandlungen, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer sowie den Abschluss von Qualitätsvereinbarungen stärkt zwar die Verhandlungsposition der Krankenversicherer gegenüber den Leistungserbringern, reduziert aber auch den Wettbewerb im Tarifbereich und reduziert die Differenzierungsmöglichkeiten der Krankenversicherer.

Die Ausgaben für Marketing und Werbung inkl. Provision der drei Krankenversicherer haben sich seit 2017 reduziert. Lagen sie 2017 noch bei 16.5 CHF pro Versicherten, waren es 2022 nur noch rund 13 CHF pro Versicherten (Amt für Statistik, 2022, 2018). Dies könnte als Hinweis auf einen Rückgang des Versicherungswettbewerbs interpretiert werden. Inwiefern sich diese Ausgaben zwischen den Versicherern unterscheiden, ist jedoch aus den Daten nicht ersichtlich.

Ebenfalls nicht direkt beobachtet werden kann, ob zwischen den Krankenversicherern Unterschiede in der Servicequalität bestehen.

4.2.3 Marktergebnis

Insgesamt beurteilen wir die Wettbewerbsintensität im liechtensteinischen Krankenversicherungsmarkt als gering. Die Versicherer konkurrieren zwar über die Prämien, die Prämienunterschiede dürften aber vor allem auf die unterschiedliche Risikostruktur der drei Krankenversicherer zurückgehen und nicht auf z. B. unterschiedliche Kostenmanagementmodelle. Bei den Versicherungsmodellen mit frei wählbarer Kostenbeteiligung wird der maximal mögliche Prämienrabatt von keinem der Krankenversicherer genutzt und es findet soweit ersichtlich keinerlei Produktdifferenzierung statt, d. h. es findet kein Wettbewerb über unterschiedliche Versicherungsmodelle statt.

Zur jährlichen Wechselquote der Versicherten finden sich in der Krankenversicherungsstatistik keine Angaben, die Entwicklung der Marktanteile (vgl. Abbildung 10) zeigt aber, dass diese über die Jahre sehr stabil sind. Die SWICA konnte in den letzten Jahren zu Lasten der Concordia Marktanteile gewinnen. Ob es sich dabei um neue Versicherte oder Versichererwechsler handelt, ist aus den Daten nicht ersichtlich. Angesichts des soweit ersichtlich identischen Angebots der Krankenversicherer sowie der nicht zu vernachlässigenden monatlichen Prämienunterschiede von je nach Franchise 20–40 CHF erscheint das Wechslerverhalten sehr träge. Grund dafür könnte sein, dass viele Versicherte Angst davor

haben, bei einem Kassenwechsel ihre Zusatzversicherung (freiwillige Versicherung) zu verlieren, die bei der Concordia und der FKB an die Grundversicherung gebunden ist. Der hohe Anteil der Versicherten mit Wahl der niedrigsten Franchise deutet aber auch auf eine geringe Preissensitivität der Versicherten hin.

4.2.4 Fazit

Empfehlungen

Wir sehen folgende Möglichkeiten, den Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt zu stärken:

- *Stärkung der Anreize zum Angebot alternativer Versicherungsmodelle:* Aktuell findet zwischen den Krankenversicherer keine Produktdifferenzierung und damit auch keine Innovation in Bezug auf Versicherungsmodelle statt. Wir diskutieren im Kapitel 5 zu Managed Care ausführlich, wie der Anreiz zum Angebot solcher Versicherungsmodelle gestärkt werden könnte.
- *Verfeinerung des Risikoausgleich:* Die Prämienunterschiede und die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherer deuten darauf hin, dass durch die Zahlungen aus dem Risikoausgleich nicht alle Risikounterschiede zwischen den Krankenversicherern ausgeglichen werden. Damit besteht für die Krankenversicherer ein Anreiz, Risikoselektion zu betreiben,²⁸ anstatt in ein Kostenmanagement zu investieren. Der Risikoausgleich beruht in Liechtenstein einzig auf den Merkmalen Alter und Geschlecht. In der Schweiz werden zusätzlich Spitalaufenthalte im Vorjahr sowie pharmazeutische Kostengruppen (PCG) berücksichtigt. Ersteres wäre auch mit dem kleinen Versichertenkollektiv in Liechtenstein umsetzbar. Für die Berücksichtigung von PCG müsste demgegenüber die Kooperation mit der Schweiz gesucht werden, da die Parameter mit dem kleinen Versichertenkollektiv in Liechtenstein nicht identifiziert werden könnten. Im Schweizer Risikoausgleich werden die Koeffizienten der PCG auf nationaler Ebene abgeschätzt, während die anderen Faktoren auf Ebene des Kantons ermittelt werden. Alternativ wäre auch die frühere Schweizer Variante mit «Spitalaufenthalt im Vorjahr» und «Medikamentenschwelle» denkbar. Es wurde gezeigt, dass diese Variante, die Anreize für Risikoselektion ebenfalls bereits stark reduziert, aber noch einfach zu berechnen ist.

Nicht zielführend scheint uns demgegenüber, dass die Tarifverhandlungen oder auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr durch den LKV, sondern die einzelnen Versicherer geführt werden. Dadurch würde prinzipiell zwar der Preiswettbewerb gestärkt, aufgrund der geringen Grösse der drei Versicherer scheint uns das aber weder umsetzbar noch effizient.

²⁸ Es wird zwischen aktiver und passiver Risikoselektion unterschieden. Die passive Risikoselektion geschieht durch die Versicherten, indem gute Risiken (häufig besser Verdienende und besser Informierte) von niedrigeren Prämienangeboten profitieren und häufiger die Kasse oder das Versicherungsmodell wechseln. Aktive Risikoselektion durch die Krankenkassen kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Zum einen können sie sich über Werbung um gute Risiken bemühen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, schlechte Risiken durch bestimmte Praktiken abzuschrecken. Beispiele dafür sind lange Vorfinanzierungszeiten für Behandlungskosten im Tiers garant durch die Patienten, erschwerte räumliche Erreichbarkeit oder stark verzögerte Rückmeldungen bei Anfragen von Patienten im fortgeschrittenen Alter.

4.3 Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern – Niedergelassene Ärzte

4.3.1 Marktstruktur

Seit 2004 verwendet Liechtenstein in der OKP das Instrument der Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte.²⁹ Die Bedarfsplanung bestimmt die Maximalzahl der Leistungserbringer nach Facharztgruppe, welche über die OKP abrechnen dürfen. Für die Versicherten besteht die freie Wahl unter den für die OKP zugelassenen Leistungserbringern. In der erweiterten OKP können die Versicherten auch bei nicht zur OKP zugelassenen, aber geeigneten Ärzten Leistungen in Anspruch nehmen. Die Bedarfsplanung wird von der Liechtensteinischen Ärztekammer und dem LKV gemeinsam erstellt und der Regierung zur Genehmigung vorgelegt. Die Leistungserbringer können sich auf offenen Stellen bewerben und werden aufgrund vordefinierter Kriterien ausgewählt (Bill u. a., 2019). Eine Reevaluation der Stellen von einmal in die Bedarfsplanung aufgenommenen Ärzten ist nicht vorgesehen. In der OKP ist damit kein Markteintritt möglich, in der erweiterten OKP demgegenüber schon. Dort besteht ein Kontrahierungszwang, das heisst Krankenversicherer müssen Leistungserbringer vergüten, wenn sie über eine Berufsausübungsbewilligung (Konzession) verfügen und zur Behandlung der Krankheit geeignet sind. Was genau geeignet heisst, ist nirgends definiert.

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

In der Preissetzung sind die niedergelassenen Ärzte an den Tarifvertrag zwischen der Liechtensteinischen Ärztekammer und dem LKV gebunden. Es ist für den LKV nicht möglich, unterschiedliche Tarife mit einzelnen Leistungserbringern oder Facharztgruppen abzuschliessen. Eine Tarifierfassung muss damit immer im Interesse des gesamten Leistungserbringerverbandes, d. h. der Ärztekammer (und des LKV) sein. Es gilt für ärztliche Leistungen die gesamtschweizerische Tarifstruktur Tarmed, wobei die Regierung mittels Verordnung Abweichungen beschliessen kann. Die Höhe des Taxpunktwertes wird ebenfalls zwischen dem LKV und der Liechtensteinischen Ärztekammer vereinbart.

Der Markt für ärztliche Leistungen ist intransparent. Zwar sind die Informationen zu den Preisen pro Leistung grundsätzlich öffentlich verfügbar, welche Leistungen und damit Kosten sich aus einem konkreten Arztbesuch ergeben, ist für die Versicherten ex ante aber nicht wirklich abschätzbar. Es fehlen zudem Informationen zur Qualität der Leistungserbringung. Der LKV hat mit der Liechtensteinischen Ärztekammer eine Qualitätssicherungsvereinbarung abgeschlossen, in der verschiedenen Qualitätskriterien (Strukturqualität, Prozessqualität) sowie Vorgaben zur Fortbildung festgehalten sind. Die regelmässige Evaluation der Bestimmungen zur Qualitätssicherung obliegt der Liechtensteinischen Ärztekammer, welche mit dem LKV einen regelmässigen Informationsaustausch dazu pflegen muss. Die Ergebnisse der Evaluation sind aber nicht öffentlich verfügbar. Es fehlt zudem an Indikatoren zur Ergebnisqualität; in der Qualitätsvereinbarung wird lediglich die Patientenzufriedenheit erwähnt. Der Liechtensteinischen Ärztekammer steht es laut der Qualitätsvereinbarung frei, alle fünf Jahre eine repräsentative Befragung zur Patientensicherheit durchzuführen (Liechtensteinischer Krankenkassenverband und Liechtensteinische Ärztekammer, 2019). Soweit ersichtlich, hat bis jetzt keine solche Befragung stattgefunden, oder es wurden zumindest keine entsprechenden Resultate publiziert.

²⁹ Eine Bedarfsplanung besteht in der ambulanten Versorgung zudem für Chiropraktiker und nichtärztliche Psychotherapeuten.

4.3.2 Marktverhalten

Für die niedergelassenen Ärzte besteht ein geringer Anreiz, sich wettbewerblich zu verhalten. Dies gilt insbesondere, wenn sie Teil der Bedarfsplanung sind und über eine OKP-Zulassung verfügen. Die Bedarfsplanung verhindert den Markteintritt von neuen Ärzten per Gesetz. Nur bei drohender Unterversorgung können Neuzulassungen erfolgen und eine bestehende OKP-Zulassung kann gemäss Tarifvertrag des Liechtensteinischen Krankenkassenverbands nur in begründeten Einzelfällen (z. B. aufgrund von Problemen mit der Qualität oder Wirtschaftlichkeit) aufgehoben werden. Werbung ist für Ärzte nur stark eingeschränkt möglich, und Provisionen sind verboten (Art. 17 Ärztegesetz). Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Ärzten sowie Patienten besteht für nicht-ausgelastete Ärzte zudem die Möglichkeit zur angebotsindizierten Nachfrage,³⁰ so dass sie nicht zwingend darauf angewiesen sind, Marktanteile von anderen Ärzten zu gewinnen. Dies gilt umso mehr, da die Abrechnung über einen Einzelleistungstarif erfolgt und die Ärzte dadurch einen Anreiz zur Mengenausweitung haben. Entsprechend besteht seitens der Ärzte ein geringes Interesse an der Übernahme einer Budgetverantwortung im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen (vgl. Abschnitt 4.2).

Das Fehlen von Indikatoren zur Ergebnisqualität macht es zudem schwierig, sich über eine höhere Leistungsqualität von anderen Leistungserbringern abzugrenzen.

4.3.3 Marktergebnis

Zwischen den niedergelassenen Ärzten besteht keinerlei Preiswettbewerb. Auch der Qualitätswettbewerb ist aufgrund fehlender öffentlich verfügbarer Qualitätsindikatoren stark eingeschränkt, spielt aber aufgrund der Kleinräumigkeit Liechtensteins allenfalls auf Ebene des persönlichen Austausches über die Qualität der Leistungen der verschiedenen Ärzte (Mund-zu-Mund-Propaganda).

4.3.4 Fazit

Empfehlungen

Wir sehen folgende Möglichkeiten, den Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Ärzten zu stärken:

- *Tarifverhandlungen mit einzelnen Ärzten/Facharztgruppen:* Förderung des Preiswettbewerbs durch die Zulassung von Tarifverhandlungen mit einzelnen Ärzten bzw. einzelnen Facharztgruppen.
- *Angepasste Bedarfsplanung:* Leistungserbringer, welche einmal in die Bedarfsplanung aufgenommen wurden, bleiben prinzipiell bis zur Pensionierung Teil der Bedarfsplanung. Eine Möglichkeit zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Leistungserbringern wäre eine periodische (z. B. alle 10 Jahre) Neuausschreibung der Bedarfsplanung und eine Verknüpfung mit Qualitätsindikatoren. Eine Abschaffung der Bedarfsplanung mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen den Ärzten anzukurbeln, ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll. Liechtenstein ist aufgrund der hohen Einkommen und damit starken Nachfrage nach Gesundheitsleistungen für

³⁰ Unter einer angebotsinduzierten Nachfrage versteht man die Ausweitung von Leistungen durch Leistungserbringer über den tatsächlichen Bedarf der Patienten. Die beschränkte Konsumentensouveränität der Patienten durch den Informationsvorsprung der Leistungserbringer führt dazu, dass letztere über die Inanspruchnahme ihrer Leistungen sowie über die Nachfrage im Rahmen der verordneten Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel zu einem grossen Teil selbst bestimmen.

Ärzte attraktiv. Insbesondere aufgrund der Personenfreizügigkeit im europäischen Wirtschaftsraum dürfte deshalb nach einer Abschaffung der Bedarfsplanung mit einer starken Zunahme von Ärzten zu rechnen sein. Mehr Ärzte heisst aber nicht automatisch mehr Wettbewerb und ein effizienteres Gesundheitssystem. Vielmehr führt der Kontrahierungszwang dazu, dass alle zusätzlich zugelassenen Ärzte ebenfalls über die OKP abrechnen dürften. Aufgrund der asymmetrischen Information zwischen Ärzten und Patienten ist damit zu rechnen, dass auch mehr unnötige Leistungen sowohl angeboten als auch nachgefragt werden und die Gesundheitsausgaben steigen, ohne dass den Zusatzkosten ein entsprechender Zusatznutzen gegenüber steht. Eine Abschaffung der Bedarfsplanung sollte somit zumindest auch eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs beinhalten. Es stellt sich aber auch dann noch die Frage, ob es aufgrund der geringen Anzahl Versicherten sinnvoll und effizient ist, wenn jeder Versicherer Verträge mit den Leistungserbringern aushandeln würde. Zudem müsste sichergestellt werden, dass der hohe Marktanteil der Concordia nicht zu einem Missbrauch von Marktmacht führt.

- *Entwicklung und Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren:* Es fehlt heute an öffentlich verfügbaren Informationen zur Qualität der durch die niedergelassenen Ärzte erbrachten Leistungen. Auch in anderen Ländern (insbesondere der Schweiz) sind Qualitätskennzahlen im ambulanten Bereich häufig nur vereinzelt vorhanden. Die Entwicklung eines umfassendes Qualitätsindikatorensystems ist dementsprechend kaum umsetzbar. Liechtenstein könnte jedoch mit einigen wenigen Indikatoren beginnen, die wissenschaftlich gut erforscht sind (z. B. potenziell inadäquate Medikation etc.). Im Minimum könnte eine Erhebung zur Patientenzufriedenheit vorgenommen und veröffentlicht werden.

4.4 Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern – Spitäler

4.4.1 Marktstruktur

Das Angebot in der stationären Versorgung wird durch die Bedarfsplanung der Regierung festgelegt. Diese umfasst die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. In der Akutsomatik wird die Versorgung einerseits über einen Leistungsauftrag für die Grundversorgung an das Landesspital Liechtenstein, andererseits über den Abschluss von Verträgen mit schweizerischen und österreichischen Spitälern sichergestellt. In der Psychiatrie und der Rehabilitation verfügt Liechtenstein über Tarifverträge mit einem inländischen Leistungserbringer. Die restliche Versorgung wird über Verträge mit schweizerischen, deutschen und österreichischen Spitälern sichergestellt. Ein freier Markteintritt ist nicht möglich.

In Bezug auf die Leistungserbringung sind die zugelassenen Spitäler an den erteilten Leistungsauftrag gebunden. Innerhalb des Leistungsauftrages verfügen die Spitäler aber grundsätzlich über einen grossen Handlungsspielraum. Es steht ihnen daher grundsätzlich frei, sich durch die Qualität ihrer Leistungen auszuzeichnen und um Patienten zu werben.

Die Abgeltung der stationären Leistungen des Landesspitals erfolgt nach dem Schweizer Tarifsysteem SwissDRG. Bei stationären Einrichtungen mit Standort im Ausland kommt in der Regel jeweils der Tarif des Standortlandes zur Anwendung. Bei den Schweizer Akutspitälern erfolgt die Abrechnung somit ebenfalls nach SwissDRG, wobei der Basispreis durch den LKV verhandelt wird.

Im Markt für Spitalleistungen besteht eine gewisse Transparenz über die Qualität der erbrachten Leistungen. Das Landesspital Liechtenstein ist wie die Schweizer Spitäler dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) angeschlossen. In der Akutsomatik bestehen z. B. Indikatoren zur Patientenzufriedenheit, der postoperativen Wundinfektionen, Sturz & Dekubitus und den ungeplanten Rehospitalisationen, die auf der Webseite des ANQ veröffentlicht werden. Auf Basis

dieser Indikatoren ist ein Vergleich des Landesspitals mit den sowie der Schweizer Spitäler untereinander möglich.

4.4.2 Marktverhalten

Im SwissDRG-System haben die Spitäler grundsätzlich einen Anreiz, Leistungen kostengünstig zu erbringen sowie eine möglichst hohe Anzahl Patienten zu versorgen.³¹ Durch die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren besteht ein zusätzlicher Anreiz, Leistungen in hoher Qualität zu erbringen.

Die Werbeaktivitäten der Spitäler, um Patienten, konzentrieren sich vor allem auf das Zuweisermanagement. Neben dem Betreiben einer Notfallstation ist ein gutes Netz an ambulanten Ärzten, die ihre Patienten zuweisen, die wichtigste Quelle für eine grössere Menge an behandelten Fällen. Dies gilt verstärkt für Belegärzte, die ihre Patienten selbst in einem Spital operieren. Nach der Einführung von SwissDRG konnte in der Schweiz ein starker Wettbewerb zwischen verschiedenen Spitalern um die Anbindung gewisser Belegarztpraxen ans eigene Spital beobachtet werden.

4.4.3 Marktergebnisse

Da jeweils der Tarif des Standortlandes zur Anwendung kommt und sich die Schweizer Spitäler und das Landesspital in Bezug auf den Basispreis unterscheiden können, besteht zwischen den Spitalern ein gewisser Preiswettbewerb. Aufgrund des hohen Anteils Versicherter mit der niedrigsten möglichen Kostenbeteiligung ist aber unklar, wie stark dieser in der Praxis wirkt. Im SwissDRG-System haben die Spitäler zudem grundsätzlich einen Anreiz, Leistungen kostengünstig zu erbringen sowie eine hohe Anzahl Patienten zu versorgen. Das Landesspital Liechtenstein sowie die Spitäler im Kanton St. Gallen haben allerdings wiederholt staatliche Zuschüsse bzw. Subventionen erhalten und sind damit dem Wettbewerb nur eingeschränkt ausgesetzt. Durch die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren besteht zudem ein gewisser Qualitätswettbewerb zwischen den Spitalern. Es bleibt aber unklar, wie stark dieser die Spitalwahl der Patienten beeinflusst.

4.4.4 Fazit

Bei den Spitalern verfügt Liechtenstein über einen sehr geringen Handlungsspielraum und ist abhängig von der Ausgestaltung der Spitalregulierung in den Nachbarländern. Wir sehen keine Möglichkeit für Liechtenstein, die wettbewerblichen Elemente im Wettbewerb zwischen den Spitalern zu stärken, und haben dementsprechend keine Empfehlungen.

³¹ Der Anreiz einer kostengünstigen Leistungserbringung besteht daher, weil die Behandlungen zu einem fixen Preis abgegolten werden. Je niedriger die Kosten, desto höher der Gewinn.

5 Managed Care

In diesem Kapitel untersuchen wir die Verhinderungsgründe von Managed Care in Liechtenstein. Den Begriff Managed Care führen wir in Abschnitt 5.1 ein und diskutieren kurz die relevante Literatur. Abschnitt 5.2 legt die Anreize zur Etablierung von Managed-Care-Modellen in Liechtenstein aus Sicht der Leistungserbringer und der Krankenversicherer dar und schliesst mit den Haupthinderungsgründen. In Abschnitt 5.3 diskutieren wir verschiedene Lösungsansätze, die wir in Abschnitt 5.4 bewerten.

5.1 Einleitung und Vorgehen

In einem Gesundheitssystem, wie es Liechtenstein und auch die Schweiz kennen, zielen Managed-Care-Modelle darauf ab, dank verbesserter Organisation sowie optimierter Strukturen und Prozesse, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. die Effizienz der Leistungserbringung zu verbessern. Diese Modelle fördern eine engere Zusammenarbeit zwischen Patienten, Ärzten und Krankenversicherern, um eine effiziente und zielgerichtete Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Wesentliche Akteure in diesen Modellen sind die Hausärzte respektive Managed-Care-Organisationen (HMO), die als erste Anlaufstelle dienen und eine koordinierende Rolle in der Patientenversorgung übernehmen, indem sie Überweisungen zu Spezialisten und weiteren medizinischen Dienstleistungen steuern. Krankenversicherer unterstützen diese Modelle durch finanzielle Anreize und Verträge, die auf Qualität, Effizienz und Patientenzufriedenheit ausgerichtet sind. Die Versicherten schränken sich freiwillig in ihrer Arztwahl ein und erhalten im Gegenzug günstigere Prämien. Insgesamt sollen Managed-Care-Modelle zu einer nachhaltigeren Entwicklung des Gesundheitssystems beitragen, indem sie auf präventive Massnahmen setzen und eine integrierte Versorgung³² fördern.

Aus Sicht des Regulators sind Managed-Care-Modelle anstrebenswert, weil sie eines der wenigen Instrumente sind, die gleichzeitig zu einer Kosteneinsparung und zu einer Qualitätserhöhung führen können. Wie stark sich die Kosten reduzieren und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern lassen, hängt stark vom gewählten Modell ab. Ein Blick in die Literatur zeigt, dass in der Schweiz Modelle mit Budgetmitverantwortung zu den grössten Kosteneinsparungen führten (vgl. Blatter & Albin, 2015; Reich et al., 2012). Ein Teil der Kosteneinsparungen ist jedoch auf Selbstselektion von guten Risiken in solche Modelle zurückzuführen. Versorgungsmodelle sind insbesondere dann kostenwirksam, wenn auch Versicherte mit Erkrankungen in diese Modelle wechseln. Die Swica (2011) untersuchte die Kosteneinsparungen für fünf ausgewählte chronischen Krankheiten (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Depression, Asthma/COPD) in HMOs und in Hausarztmodellen mit Budgetmitverantwortung. Über alle fünf Krankheiten hinweg, zeigten sich durchschnittliche Kosteneinsparungen bei den HMO von 36% und bei den Hausarztmodellen von 28% im Vergleich zu einer Versicherung mit freier Arztwahl.

³² Die Begriffe Managed Care und integrierte Versorgung werden häufig synonym verwendet, wobei die Definitionen nicht klar abgrenzbar sind. In der Schweiz werden alle Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Managed-Care-Modelle bezeichnet (darunter fallen auch Hausarztmodelle), obwohl der Grad der Steuerung und damit auch der integrierten Versorgung sich stark zwischen den Modellen unterscheiden kann. Parallel dazu wird heute vermehrt von «Hausärztlich koordinierter Versorgung in Ärztenetzen» oder generell von «koordinierter Versorgung» gesprochen (Baumberger u. a., 2019). Darunter versteht z. B. das BAG «die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.», vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>, zuletzt abgerufen am 12.04.2024.

Die Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung sind vor allem aufgrund der häufig fehlenden Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich noch spärlich. Berchtold & Peytremann-Bridevaux (2011) zeigen in einem frühen Überblicksartikel, dass Ärztenetze hohe Qualitätsstandards einhalten konnten und die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen besser war. In späteren Artikeln konnte gezeigt werden, dass potenziell inadäquate Medikation (PIM) in Managed-Care-Modellen niedriger war als in anderen Versicherungsmodellen (Reich u. a., 2014) und dass bei Diabetes- und Herz-Kreislauf-Patienten mit integrierten Versorgungsmodellen die Wahrscheinlichkeit einer krankheitsbedingten Spitaleinweisung deutlich geringer war als bei Patienten mit Standardversorgungsmodellen (Huber u. a., 2016).

Polynomics untersuchte 2019 die internationalen Verflechtungen des liechtensteinischen Gesundheitswesens und identifiziert u. a. in Managed-Care-Modellen eine potenzielle Chance für Liechtenstein (vgl. Bill et al., 2019). Dabei sahen wir eine Chance darin, dass die Rentabilität der Arztpraxen durch eine verbesserte Organisation und optimierte Strukturen sowie die Arbeitsplatzattraktivität durch die Ausweitung des Kompetenzbereichs der Gesundheitsfachpersonen gesteigert werden können. Zudem könnte die dadurch gesteigerte Attraktivität Liechtensteins als Arbeitsort einen positiven Effekt einerseits auf die Versorgungssicherheit Liechtensteins andererseits auf die Qualität der medizinischen Versorgung haben, da mehr und besser qualifizierte Gesundheitsfachpersonen verfügbar wären.

Als Negativpunkt sprachen wir dazumal die stärkere Beteiligung der Leistungserbringer am unternehmerischen Risiko an, welche sich aufgrund der Kleinheit des liechtensteinischen Marktes zusätzlich erhöht. Ein zusätzliches Risiko bestehe, weil sich vermutlich eine geringe Anzahl Versicherter für ein solches Modell entscheiden würde, was wiederum zu sehr ungenauen Budget- und Prämienberechnungen der Krankenversicherer führt. In diesem Zusammenhang erwarteten wir auch niedrigere Prämienrabatte für Managed-Care-Modelle als in der Schweiz. Versicherte müssten entsprechend durch eine wesentlich höhere Qualität der medizinischen Versorgung für diese Modelle motiviert werden.

Alternativ zum freiwilligen Beitritt in solche Versorgungsverträge schlugen wir deshalb eine staatliche Regulierung vor, welche ein Managed-Care-Modell als Standardlösung vorgibt. Als nachfrageseitige Ergänzung zur Bedarfsplanung skizzierten wir die Anbindung des liechtensteinischen Marktes an einen TelMed-Anbieter in der Schweiz als vorgeschriebenen Erstkontakt bei gesundheitlichen Problemen.

Die grundlegenden Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit Managed Care in Liechtenstein blieben seit unserer letzten Studie unverändert:

- *Bedarfsplanung:* Es sind nur ausgewählte Leistungserbringer zur Abrechnung gegenüber der OKP zugelassen. Offene Bedarfsstellen werden ausgeschrieben und durch einen Entscheid der Ärztekammer und des LKV neu besetzt.
- *Marktgrösse:* Der liechtensteinische Gesundheitsmarkt ist mit rund 40'000 Versicherten sehr klein.
- *Marktstruktur:* In Liechtenstein sind nur drei Krankenversicherer auf dem Markt aktiv. Die Concordia hat mit einem Marktanteil von 64 % gemessen an der Anzahl Versicherten eine potenziell marktbeherrschende Stellung.
- *Nachfrage:* Ein sehr hoher Anteil von 84 % der liechtensteinischen Versicherten wählte 2022 die ordentliche Franchise. Zudem waren 31 % bereit, eine Zusatzzahlung für den Leistungsbezug bei Ärzten ausserhalb der Bedarfsplanung zu leisten (vgl. Abschnitt 3.2.1). Eine finanzielle Incentivierung der Versicherten für die Wahl eines Versorgungsmodells erscheint nach wie vor schwierig.

- *Historie:* Liechtenstein führte im Jahr 2000 das Hausarztssystem ein, welches einem Managed-Care-Modell im Sinne eines Gatekeeper-Modells (ohne Budgetmitverantwortung) entsprach, sprich die Hausärzte als erste Anlaufstelle den Behandlungspfad der Patienten steuerten/koordinierten. Das Modell wurde von den Leistungserbringern und den Versicherten mitgetragen – rund 75 % waren im Hausarztssystem versichert.³³ Im Jahr 2003 wurde das Hausarztssystem aus politischen Gründen jedoch bereits wieder abgeschafft.

Ein Punkt, der sich verändert hat, ist, dass heute neben dem Kassenverband auch einzelne Krankenversicherer Versorgungsverträge abschliessen können. Im KVG findet sich Art. 16f, welcher dem LKV und seit 01. Januar 2021 auch einzelnen Krankenversicherern erlaubt, Versorgungsverträge mit Versorgungsnetzen abzuschliessen. Die gesetzlichen Vorgaben bzgl. diesen Versorgungsverträgen lauten:

- Versorgungsverträge können mit *zugelassenen* Leistungserbringern, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammengeschlossen haben, abgeschlossen werden.
- Ein Versorgungsnetz kann neben Ärzten auch *andere zugelassene Leistungserbringer* umfassen.
- Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen *vollständig* gewährleistet sein.
- Leistungserbringer *ausserhalb* des Versorgungsnetzes dürfen nur in Notfällen oder nach Zuweisung konsultiert werden.
- Leistungserbringer im Versorgungsnetz übernehmen *Mitverantwortung* für die Kosten der in ihrem Netz und bei anderen Anbietern veranlassten Leistungen.
- Krankenkassen regeln die spezifischen *Versicherungsbedingungen* für Mitglieder eines Versorgungsnetzes in ihren Statuten und Reglementen.
- Verträge zwischen Krankenkassen und Versorgungsnetzen benötigen die *Genehmigung* der Regierung.

Der Beitritt zu einem Versorgungsnetz steht allen Versicherten offen. Die Kassen können gem. Art. 22 Abs. 3 KVG die Prämien für Versicherte in Versorgungsnetzen reduzieren. Die Reduktion richtet sich grundsätzlich nach der erzielten Kosteneinsparung im Vergleich zu den Kosten für die nicht im Rahmen eines Versorgungsnetzes betreuten Versicherten.

In Liechtenstein werden nach wie vor keine Managed-Care-Modelle angeboten. Das Ziel der vorliegenden Analyse war, die Hauptverhinderungsgründe zu untersuchen und zu zeigen, welche (regulatorischen) Anpassungen die Etablierung solcher Modelle begünstigen könnten. Neben der Analyse der Ausgangslage führten wir jeweils zwei Expertengespräche mit Krankenversicherern und Leistungserbringern respektive deren Vertreter.

5.2 Anreize zur Etablierung von Managed Care in Liechtenstein

In diesem Kapitel diskutieren wir die Anreizstrukturen, um Managed-Care-Modelle in Liechtenstein zu etablieren. Dies machen wir aus Sicht der ökonomischen Theorie und unserer Erkenntnisse aus den geführten Expertengesprächen.³⁴ Wo Expertenmeinungen eingeflossen sind, ist dies im Text gekennzeichnet. Bei der Analyse nehmen wir die Sicht der Nachfrage- und Angebotsseite ein, sprich der Versicherten, der Krankenversicherer und der Leistungserbringer. Wir schliessen mit einer kurzen Zusammenfassung, wo wir die Hauptverhinderungsgründe nennen.

³³ Vgl. Liechtensteiner Patientenorganisation LIPO – Freie Arztwahl, verfügbar unter <https://www.lipo.li/freie-arztwahl/>, zuletzt aufgerufen am 18.03.2024.

³⁴ Eine Liste der Experten, mit denen wir Gespräche geführt haben, befindet sich im Anhang in Abschnitt 8.4.

5.2.1 Leistungserbringer

Die Leistungserbringer können sich zu Versorgungsnetzen zusammenschliessen und mit einzelnen Krankenversicherern Versorgungsverträge abschliessen. In diesen Versorgungsverträgen übernehmen sie Mitverantwortung an den Kosten ihrer Patienten. Die Mitverantwortung besteht darin, dass die Leistungserbringer Ende Jahr Bonuszahlungen erhalten oder Maluszahlungen leisten müssen, je nachdem wie teuer sie ihre Patienten über das Jahr versorgen. Dazu werden die Kosten eines Versorgungsnetzes mit den Kosten anderer Versorgungsnetze oder Leistungserbringer ausserhalb von Versorgungsnetzen gebenchmarkt. Sollte das Versorgungsnetz seine Patienten kostenintensiver versorgt haben (im Vergleich zum Benchmark), als in den Versorgungsverträgen festgelegt, müssen sie dem Krankenversicherer einen Teil der Kosten zurückerstatten. Bei einer kostengünstigeren Versorgung ihres Versichertenkollektivs erhalten sie Bonuszahlungen.

Die Versicherten sind verpflichtet, bei gesundheitlichen Problemen als erstes das Versorgungsnetz zu kontaktieren. Für den Leistungserbringer verbessert dies die Planbarkeit der Auslastung und die Einnahmen. Zudem ermöglicht die Kontrolle über den Behandlungsverlauf der Patienten mehr Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie Patientenedukation zu setzen, was zu einer effizienteren und effektiveren Patientenbetreuung führen kann. Managed-Care-Modelle haben für Leistungserbringer somit finanzielle (positiv und negativ) und fachliche Anreize.

In Liechtenstein regelt die Bedarfsplanung, welche Ärzte ihre Leistungen gegenüber der OKP in Rechnung stellen dürfen. Die Bedarfsplanung wird vom LKV zusammen mit der Ärztekammer verwaltet und orientiert sich am inländischen Bedarf an Gesundheitsleistungen. Konkurrenz durch Markteintritte ist höchstens im Bereich der erweiterten OKP möglich. Somit haben die Ärzte mit einer Bedarfsstelle ein relativ gesichertes und planbares Einkommen. Demgegenüber ist das finanzielle Risiko in Managed-Care-Modellen für die Ärzte mit Bedarfsstellen höher. Laut Expertenaussagen kann dies bei gewissen Leistungserbringern zu einer Ablehnung dieser Modelle führen, von anderen Leistungserbringern jedoch als unproblematisch beurteilt werden. Weiter können sich Leistungserbringer in ihrer professionellen Autonomie durch die stärkere Anbindung an die Krankenversicherer und den vertraglichen Vorgaben eingeschränkt fühlen.

Laut Expertenaussagen erschwert die Bedarfsplanung zudem die Bildung von Versorgungsnetzen, sprich Gruppenpraxen, da diese nur aus Ärzten mit einer Bedarfsstelle gebildet werden können. Die unternehmerische Freiheit bei der Personalwahl ist dadurch stark eingeschränkt. Weiter bestehe Unsicherheit bei der Übergabe einer solchen Gruppenpraxis,³⁵ respektive eines Anteils, zum Zeitpunkt der Pensionierung einzelner Ärzte. Die Gruppenpraxis hat keinen Einfluss auf die neue OKP-Stellenbesetzung. Dadurch bestehen insbesondere finanzielle Risiken bzgl. Investitionen in (Assistenz-)Personal und Gerätschaften.

Die Anreize für Leistungserbringer, einen Versorgungsvertrag abzuschliessen, sind dementsprechend gering. Leistungserbringer müssen insbesondere von medizinischer Seite vom Nutzen von Managed Care überzeugt sein, damit die genannten Hindernisse in Kauf genommen werden.

5.2.2 Krankenversicherer

Krankenversicherer erlangen dank Managed Care mehr Kontrolle über Leistungserbringer und deren Qualität. Dies kann zu einer Reduzierung unnötiger Ausgaben führen. In Liechtenstein gleicht der Risikoausgleich zwischen den Kassen die Morbidität der Versicherten ungenügend aus (vgl. dazu Kapitel 4 zum Wettbewerb, insbesondere Abschnitt 4.2), d. h. es besteht die Möglichkeit, Risikoselektion zu

³⁵ Die durch die Bedarfsplanung verursachte Unsicherheit bei der Praxisübergabe gilt nicht nur für Gruppenpraxen, sondern grundsätzlich für jede Praxisübergabe, bei welcher der Leistungserbringer eine Bedarfsstelle hatte.

betreiben. Für die Krankenversicherung ist es erst dann interessant, in den Aufbau von Managed-Care-Modellen zu investieren, wenn die Investitionskosten und die erwarteten Kosteneinsparungen in einem besseren Verhältnis stehen als die Kosten von Risikoselektion gegenüber den dadurch zu erwartenden Kosteneinsparungen. Die Erfahrung aus der Schweiz zeigt, dass mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs die Anreize zur Risikoselektion massgeblich reduziert werden können (vgl. dazu den Exkurs im Abschnitt 4.2). Da aktuell der Risikoausgleich in Liechtenstein die Morbidität ungenügend ausgleicht und die Investitionskosten in Managed Care eher hoch erscheinen, dürfte der Anreiz für Krankenversicherer, Risikoselektion zu betreiben (vgl. Fussnote 28), grösser sein als potenzielle Kosteneinsparungen durch Managed Care zu realisieren.

Die Möglichkeit, mit Managed-Care-Modellen die Marktanteile zu steigern, ist zusätzlich eingeschränkt, weil die Krankenversicherungen Concordia und FKB ihre freiwillige Versicherung nur Versicherten anbieten, die bereits ihre Grundversicherung bei ihnen abgeschlossen haben. Da die Deckung der freiwilligen Versicherung an den persönlichen Gesundheitszustand gebunden ist, besteht bei der Auflösung und Neuabschluss dieser bei einem anderen Krankenversicherer das Risiko, dass man nicht mehr die gleiche Deckung erhält. Entsprechend wird vermutlich die Mehrheit der Concordia- und FKB-Versicherten einen Versichererwechsel meiden und ist entsprechend auch mit der Grundversicherung an ihre Krankenversicherung gebunden. Auch wenn bei der Swica eine Bindung von freiwilligen Versicherungen an die Grundversicherung nicht vorgeschrieben ist, hindern diese den Wechsel auch dort. Für einen Versicherten ist es immer mit mehr Aufwand verbunden, wenn die Grundversicherung bei einem anderen Versicherer ist als die freiwillige Versicherung (z. B. Streitigkeiten bei der Abgrenzung, welche Leistungen von der Grund- und welche von der freiwilligen Versicherung bezahlt werden). Und da freiwillige Versicherungen vor allem im fortschreitenden Alter immer schwieriger zu wechseln sind, ist bei Versicherten mit freiwilligen Versicherungen grundsätzlich eine geringere Wechselbereitschaft zu erwarten. Laut Experten ist der Anteil der Versicherten mit einer freiwilligen Versicherung in Liechtenstein sehr hoch, was den Anreiz, neue Versorgungsmodelle anzubieten, weiter reduziert.

Aufgrund der Kleinheit von Liechtenstein und dem vermutlich kleinen Versichertenkollektiv in Versorgungsnetzen, warnen Experten davor, dass die Kostenvergleiche zur Berechnung der Bonus-/Maluszahlungen für die Kassen sehr schwierig zu rechnen sind, was die Planungssicherheit für alle Beteiligten verschlechtert. Das Versichertenkollektiv per se, sprich ohne die antizipiert geringe Bereitschaft in Versorgungsmodelle zu wechseln, wurde von den Experten jedoch als ausreichend gross betrachtet, um Managed-Care-Modelle zu betreiben.

Auch wenn die Versicherer gewillt wären, Versorgungsverträge abzuschliessen, sind sie von den Leistungserbringern abhängig. Sie haben keine Handhabe, um Leistungserbringer zu solchen Verträgen zu bewegen. Da gesetzlich vorgeschrieben ist, dass nur mit zur OKP zugelassenen Leistungserbringern Versorgungsverträge abgeschlossen werden können, besteht für die Krankenversicherer auch keine Möglichkeit, ein Konkurrenzangebot mittels Managed-Care-Modellen mit Ärzten, die nicht in der Bedarfsplanung sind, aufzubauen.

Von Seiten Krankenversicherer bestehen deshalb ebenfalls geringe Anreize, Managed-Care-Modelle zu etablieren. Die Möglichkeit, dadurch Marktanteile zu gewinnen, ist sehr beschränkt und die Verträge wären von hoher Unsicherheit bzgl. der Kostenkontrolle geprägt. Weiter besteht der Anreiz, Risikoselektion zu betreiben, was aus einer Kosten-Nutzen-Perspektive attraktiver sein kann.

5.2.3 Versicherte

Versicherte in Managed-Care-Modellen schränken sich in ihrer Wahlfreiheit ein. Im Gegenzug sollten sie jedoch dank der koordinierten Versorgung von einer besseren Gesundheitsversorgung profitieren, indem unnötige Behandlungen, Doppelbehandlungen oder Medikationsfehler reduziert werden. Da der Leistungserbringer Budgetmitverantwortung trägt, sinkt das Risiko von angebotsinduzierter

Nachfrage (vgl. Fussnote 30), was potenzielle Überversorgung reduziert. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass die Betonung der Kostenkontrolle zu einer niedrigeren Versorgungsqualität führen könnte (Unterversorgung), insbesondere wenn Anbieter unter Druck gesetzt werden, die Kosten zu senken. Im Gegenzug erhalten Versicherte in Managed-Care-Modellen i. d. R. substantielle Prämienrabatte.

Gemäss Expertenaussage ist die Anspruchshaltung der liechtensteinischen Bevölkerung bzgl. Gesundheitsleistungen sehr hoch. Bereits die geringe Bereitschaft, Wahlfranchisen zu wählen, Generika zu nutzen und demgegenüber die hohe Bereitschaft, zusätzliche Kosten für die erweiterte OKP zu tragen, zeigen, dass sich Liechtensteiner in ihrer Wahlfreiheit nur sehr bedingt einschränken – auch wenn substantielle finanzielle Anreize bestehen. Ein Grund für die hohe Nachfrage dürfte gemäss Experten auch gesundheitspolitisch verringerte finanzielle Leidensdruck durch Zusatzausschüttungen (Prämienerverbilligung, Arbeitgeberbeitrag, Staatsbeiträge an das Landesspital etc.) sein. Diese reduzieren schlussendlich die Kostenwahrheit und die Anreize für Versicherte, in Versorgungsmodelle zu wechseln, wo die Kosten reduziert werden könnten – für sich selbst und die Allgemeinheit.

Wie bereits oben angesprochen, erschwert die Kleinheit von Liechtenstein potenzielle Budgetberechnungen in Managed-Care-Modellen, was wiederum zu geringeren Prämienrabatten für Versorgungsmodelle führt als in der Schweiz, wo diese Unsicherheit nicht besteht. In der Schweiz beobachten wir niedrigere Prämienrabatte für Managed-Care-Modelle als für die Wahl der höchsten Franchise. Diese Differenz dürfte also in Liechtenstein noch grösser sein und der finanzielle Anreiz aus Versicherten-sicht eher gering ausfallen, um auf die freie Arztwahl (innerhalb der Bedarfsplanung) zu verzichten. Durch die vermutlich geringen Versichertenzahlen, die sich für Managed Care entscheiden würden, werden Versorgungsverträge auch für Krankenversicherer und Leistungserbringer unattraktiv.

Die Anreize für Versicherte, in Managed-Care-Modelle zu wechseln sind somit ebenfalls gering. Es müsste eine signifikant bessere medizinische Versorgung angeboten werden, die mit der herkömmlichen Versicherung nicht zugänglich wäre. Ersteres dürfte für den Versicherten schwer zu überprüfen sein und Letzteres ist unter der heutigen Regulierung nicht möglich. Die finanziellen Anreize dürften zu gering ausfallen, um die nicht-preissensitiven Versicherten für Managed Care zu motivieren. Entsprechend gehen wir davon aus, dass sich nur eine geringe Anzahl der Versicherten für ein Managed-Care-Modell entscheiden würde, was sich mit der vorherrschenden Meinung unter den Experten deckt.

5.2.4 Hauptverhinderungsgründe

Aus der Analyse und den Expertengesprächen geht hervor, dass ein Hauptverhinderungsgrund von Managed Care in Liechtenstein die vermutlich geringe Nachfrage ist. Diese reduziert zudem die ohnehin geringen Anreize bei den Leistungserbringern und Krankenversicherern, solche Modelle aufzubauen. Auf Leistungserbringerseite wirkt die Bedarfsplanung negativ auf die Etablierung und langfristige Planbarkeit potenzieller Managed-Care-Organisationen. Den Krankenversicherern sind aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und der Abhängigkeit vom Willen der Leistungserbringer die Hände gebunden. Zudem bringt die Kleinheit von Liechtenstein gewisse Unsicherheit bzgl. der finanziellen Kompensation von Managed-Care-Organisationen mit sich.

5.3 Lösungsansätze zur Förderung von Managed Care in Liechtenstein

In diesem Abschnitt diskutieren wir aufgrund der Hauptverhinderungsgründe, welche Massnahmen Managed Care in Liechtenstein stärken könnten. Dabei haben viele Empfehlungen Auswirkungen auf weitere Bereiche des Gesundheitswesens, die hier nicht abschliessend diskutiert werden können.

Wir unterscheiden im Folgenden zwischen Lösungsansätzen, die auf der Nachfrage- oder Angebotsseite ansetzen. Nachfrageseitig diskutieren wir die Möglichkeiten, Managed Care als Standardmodell zu installieren und so eine grössere Nachfragebasis zu schaffen (Lösungsansatz 1), oder durch ein

Verbot der Anbindung von freiwilligen Zusatzversicherungen an das OKP-Angebot beim gleichen Versicherer die grundsätzliche Wechselbereitschaft der Versicherten zu erhöhen (Lösungsansatz 2). Angebotsseitig müssten die Leistungserbringer entweder motiviert werden, von sich aus Managed Care anzubieten (z. B. durch die Abschaffung der Bedarfsplanung (Lösungsansatz 3) oder durch staatlich finanzielle Unterstützung (Lösungsansatz 4)), oder es sollte zumindest Konkurrenz durch Managed Care erlaubt werden (z. B. durch Leistungserbringer ausserhalb der Bedarfsplanung (Lösungsansatz 5)).

5.3.1 Lösungsansatz 1: Standardmodell Managed Care

Oben haben wir die vermutlich geringe Nachfrage nach Managed Care als einen Hauptverhinderungsgrund identifiziert, was insbesondere an der hohen Anspruchshaltung der Versicherten und der niedrigen finanziellen Belastung liegen dürfte. Wie bereits diskutiert, dürften die zu erwartenden Prämienreduktionen wenig Auswirkung auf die Entscheide der Versicherten haben.

Die einzige Möglichkeit, die Nachfrage für Managed Care in der kurzen Frist sicherzustellen, sehen wir in einem staatlichen Eingriff, der Managed-Care-Modelle als Standard in der OKP vorschreibt. Zahlungswilligen Versicherten könnte die Zusatzoption der freien Arztwahl (erweiterte OKP) nach wie vor angeboten werden. Dieser Eingriff hätte weitreichende Folgen für das Gesundheitssystem. Leistungserbringer wären gezwungen, sich zu Versorgungsnetzen zusammenzuschliessen und mit allen Krankenversicherern Versorgungsverträge abzuschliessen, und Versicherte müssten ihr Verhalten massgeblich anpassen.

Die Akzeptanz schätzen wir deshalb auf allen Seiten als gering ein.

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

Ein weiterer Hinderungsgrund besteht in den Zusatzversicherungen und deren Anbindung an die Grundversicherung durch gewisse Krankenversicherer.

Die Praktik der Concordia und der FKB, ihre Zusatzversicherungen nur für bei ihnen grundversicherte Personen anzubieten, behindert den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern. Es reduziert für alle Krankenversicherer die Möglichkeit, durch die Etablierung von Managed-Care-Modellen Marktanteile zu gewinnen. Diesen Hinderungsgrund könnte ein gesetzliches Verbot zur Anbindung von Zusatzversicherungen an die Grundversicherung abschwächen. Allerdings würden die Zusatzversicherungen nach wie vor ein Hinderungsgrund bleiben, da es für den Versicherten immer mit mehr Aufwand verbunden ist, die Grund- und Zusatzversicherung bei zwei unterschiedlichen Versicherungen zu haben.

5.3.3 Lösungsansatz 3: Abschaffung der Bedarfsplanung

Die Abschaffung der Bedarfsplanung würde es den Leistungserbringern vereinfachen, sich in Versorgungsnetzen zusammenzuschliessen und eine Kontinuität im Falle einer Praxisübergabe zu gewährleisten. Der Anreiz für Leistungserbringer, einen Versorgungsvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherern abzuschliessen, bestünde darin, dass die Nachfrage zu einem gewissen Teil gesichert und die Planbarkeit der Auslastung verbessert wäre.

Die Abschaffung der Bedarfsplanung könnte den Arbeitsort Liechtenstein attraktiver machen, da zeitgemässe Anstellungsbedingungen in Managed-Care-Organisationen eher möglich würden, d. h. Teilzeitarbeit, interdisziplinärer Austausch, Teamarbeit etc. Diese Entwicklung ist jedoch nicht an Managed Care gebunden. Der Lösungsansatz wirkt auch nicht direkt auf die Verbreitung von Managed Care.

Die Abschaffung der Bedarfsplanung hätte viele andere Auswirkungen, die im Rahmen dieses Projektes nicht abschätzbar sind, würde jedoch helfen, gewisse Verhinderungsgründe von Managed Care zu reduzieren.

5.3.4 Lösungsansatz 4: Staatliche finanzielle Unterstützung

Ein Hinderungsgrund, der nicht verändert werden kann, ist das kleine Versichertenkollektiv von Liechtenstein, welches Unsicherheit bei der Berechnung der finanziellen Kompensation, respektive dem Benchmarking der Leistungserbringer mit sich bringt. Diesbezüglich könnte jedoch eine staatliche finanzielle Unterstützung Abhilfe schaffen.

Einerseits besteht für Leistungserbringer und Krankenversicherer ein finanzielles Risiko, dass die administrativen Kosten zum Aufbau von Managed-Care-Modellen durch die späteren Einsparungen nicht gedeckt werden können, wenn sich nur wenige Versicherte für ein Versorgungsnetz entscheiden. Andererseits besteht ein finanzielles Risiko, dass aufgrund des kleinen Versichertenkollektivs in Liechtenstein die Budgetberechnung und damit auch die Prämienberechnungen in Managed-Care-Modellen mit hoher Ungenauigkeit verbunden sind. Falls es für den Staat vorteilhaft erscheint, Managed Care in Liechtenstein zu etablieren (um das Kostenwachstum langfristig zu reduzieren und die Versorgungsqualität zu steigern) könnten die finanziellen Risiken durch gezielte Subventionen gemindert werden. Insbesondere würde es sich anbieten, die Subventionen zeitlich, z. B. auf den Aufbau der ersten zwei oder drei Managed-Care-Organisationen zu beschränken, sodass nicht ein weiteres langfristiges Subventionierungsinstrument geschaffen wird, welches die Kostenwahrheit reduziert.

5.3.5 Lösungsansatz 5: Versorgungsverträge können auch mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung abgeschlossen werden

Die Lockerung des Gesetzesartikels, dass Versorgungsverträge auch mit Leistungserbringern ausserhalb der Bedarfsplanung abgeschlossen werden können, würde das Problem reduzieren, dass den Krankenversicherern die Hände gebunden sind, da Leistungserbringer aus finanziellen Risiken nicht vom Status quo abweichen möchten. Für die Krankenversicherer wäre es möglich, z. B. Versorgungsverträge mit bestehenden Versorgungsnetzen in der Schweiz wie z. B. PizolCare oder Medbase auf Liechtenstein auszuweiten und so ein Konkurrenzangebot zu den Ärzten mit Bedarfsplanung zu etablieren. Dies würde zudem den administrativen Aufwand für die Krankenversicherer niedrig halten und könnte sie eher dazu motivieren, in Managed Care zu investieren.

5.4 Fazit

In unserer Analyse identifizieren wir vier Hauptverhinderungsgründe bzgl. Managed Care in Liechtenstein:

- Die vermutlich geringe Nachfrage der Liechtensteiner nach Managed-Care-Modellen, in denen sie sich einschränken müssten
- Die Bedarfsplanung und deren Auswirkungen auf die Anreize der Leistungserbringer
- Die gesetzliche Vorgabe, die den Krankenversicherern Versorgungsverträge nur mit Ärzten in der Bedarfsplanung erlaubt
- Das kleine Versichertenkollektiv in Liechtenstein und damit verbunden die finanzielle Unsicherheit für Leistungserbringer und Krankenversicherer durch Managed Care.

Um diese Hemmnisse abzubauen, schlagen wir fünf Lösungsansätze vor. Aus theoretischer Sicht hätte Lösungsansatz 1 (Managed Care als Standardmodell) den grössten Effekt auf die Verbreitung von Managed Care. Da jedoch die Akzeptanz des vorgeschlagenen staatlichen Eingriffes vermutlich auf allen

Seiten sehr gering wäre, müsste ein starker politischer Wille bestehen, Managed Care in Liechtenstein zu etablieren.

Lösungsansatz 3 (Abschaffung der Bedarfsplanung) hingegen dürfte den kleinsten Effekt auf die Verbreitung von Managed Care haben. Da die Aufhebung der Bedarfsplanung nur indirekt auf die Etablierung von Managed Care wirkt und viele andere (Markt-)Reaktionen auslösen dürfte, erachten wir diesen Lösungsansatz als wenig geeignet.

Lösungsansatz 5 (Versorgungsverträge ausserhalb der Bedarfsplanung) hat zwar auch keinen direkten Effekt auf Managed Care. Die Öffnung des Marktes auf Nicht-OKP-Ärzte, würde jedoch gezielt einen neuen Freiraum für die Krankenversicherer schaffen, Managed Care zu etablieren. Krankenversicherer und interessierte Leistungserbringer in Liechtenstein könnten bestehende Synergien mit Versorgungsnetzen in der Schweiz nutzen, was zusätzlich die finanziellen Risiken reduziert. Am ehesten ist von Seiten der Ärzte in der Bedarfsplanung Widerstand gegen diesen Lösungsansatz zu erwarten.

Der Lösungsansatz 4 einer staatlich finanzierten «Starthilfe» könnte in Kombination mit Lösungsansatz 5 eine gute Möglichkeit sein, die finanziellen Vorbehalte der Leistungserbringer und Krankenversicherer aufgrund der exogenen Gegebenheiten in Liechtenstein aus dem Weg zu räumen. Weiter könnte die vorgeschlagene Ergänzung bzgl. den Zusatzversicherungen (Lösungsansatz 2) die Anreize für die Krankenversicherer erhöhen, den neu geschaffenen Freiraum zu nutzen und potenziell Marktanteile zu gewinnen.

6 Weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel analysieren wir zwei gegenwärtige Herausforderungen im Gesundheitswesen. In Abschnitt 6.1 befassen wir uns mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen Liechtensteins, wobei ein besonderes Augenmerk auf das elektronische Gesundheitsdossier (eGD) im Abschnitt 6.1.2 gelegt wird. In Abschnitt 6.2 identifizieren wir Chancen und Risiken für Liechtenstein in Bezug auf die derzeitigen Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die in diesem Kapitel behandelten Fragen wurden durch Expertengespräche sowie mithilfe einer Literaturrecherche untersucht.

6.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist von entscheidender Bedeutung, da sie die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung erheblich verbessern kann. Durch die Integration digitaler Technologien lassen sich die Koordination aller im Behandlungsprozess beteiligter Akteure sowie die Selbstkompetenz der Bevölkerung stärken. Der transparente Austausch relevanter Informationen verhindert Doppelspurigkeit, erhöht die Versorgungssicherheit, führt zu mehr Effizienz und schliesslich zu einer besseren Behandlungsqualität (Widmer u. a., 2013).

Es gibt mehrere Technologien, die unter den Begriff der Digitalisierung im Gesundheitswesen beziehungsweise E-Health fallen. Die Telemedizin nutzt moderne Kommunikationstechnologien wie Audio und Video, um medizinische Dienstleistungen, darunter Diagnose und Beratung, über grosse Entfernungen hinweg anzubieten. Wearables und mobile Anwendungen ermöglichen eine kontinuierliche Überwachung und geben Patienten die Werkzeuge an die Hand, ihre eigene Gesundheit aktiv zu verwalten. Im Bereich des E-Research eröffnen sich neue Möglichkeiten, nicht nur datengestützte Therapieinnovationen, sondern auch pharmazeutische Neuentwicklungen zu erforschen. E-Learning verbessert durch den Einsatz von Simulationen und virtuellen Kommunikationstechnologien die Ausbildung des medizinischen Personals, und auch medizinische Kernaufgaben wie zum Beispiel die Diagnostik oder chirurgische Eingriffe werden durch die Digitalisierung (künstliche Intelligenz, Robotik) unterstützt (Angerer u. a., 2024).

Solche digitalen Lösungen haben das Potenzial, erhebliche Kosteneinsparungen zu erzielen. Es ist jedoch sehr komplex die tatsächlichen Kosteneffekte zu quantifizieren, und Schätzungen sind nur mit sehr grosser Unsicherheit möglich. Gutzwiller et al. (2013) berechnen aufgrund einer extensiven Literaturrecherche ein Einsparpotenzial von bis zu 26 % für das Schweizer Gesundheitswesen. Eine Meta-Analyse von ca. 600 internationalen wissenschaftlichen Publikationen zu Kosteneinsparungen durch E-Health-Anwendungen zeigte, dass E-Health ein Einsparpotenzial von 6.5 bis 10.8 % aufweist (Biesdorf u. a., 2016). Im E-Health Monitor 2022 (McKinsey & Company u. a., 2022) schätzte McKinsey, dass die in der Studie untersuchten E-Health-Technologien in Deutschland das Potenzial haben, die Gesamtkosten um 12 % (42 Mrd. Euro) zu reduzieren. Die grössten Einsparungen ergeben sich aus der digitalen Kommunikation und papierlosen Daten. Allein eine elektronische Patientenakte könnte 7 Mrd. Euro einsparen, das E-Rezept weitere 1 Mrd. Euro. In der Schweiz wird das Einsparpotenzial durch die Digitalisierung auf ähnlich hohe 11,8 % (8,2 Mrd. CHF) geschätzt, wie eine Studie von McKinsey in Zusammenarbeit mit Forschern der ETH Zürich ergab (Hämmerli u. a., 2021).

Obwohl der positive Beitrag der Digitalisierung im Gesundheitswesen unbestritten ist, bestehen in der Bevölkerung dennoch Bedenken hinsichtlich ihrer Umsetzung. Zu den genannten Punkten zählen unter anderem der mögliche Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, Datenschutzbedenken und die Spaltung der Gesellschaft aufgrund mangelnder digitaler Gesundheitskompetenz (Angerer u. a., 2024). Die bestehenden Bedenken verdeutlichen, dass sowohl die Bevölkerung als auch die Leistungserbringer umfassender über die Vorteile der Digitalisierung aufgeklärt werden müssen. Um die

positiven Auswirkungen von E-Health auf die Qualität der Behandlung und die Effizienz der Versorgung zu maximieren, ist eine weitreichende Akzeptanz und Nutzung solcher Technologien durch alle Akteure des Gesundheitswesens entscheidend. Ein zentraler Schritt hierfür ist die möglichst flächendeckende Einführung einer elektronische Patientenakte (elektronisches Gesundheitsdossier bzw. eGD in Liechtenstein), die als zentrales Bindeglied zwischen Leistungserbringern und Patienten agiert.

6.1.1 E-Health in Liechtenstein

Im Jahr 2012 legte Liechtenstein mit der Genehmigung der E-Health-Strategie³⁶ den Grundstein für die Digitalisierung seines Gesundheitswesens. Diese Strategie zielt darauf ab, die Qualität der medizinischen Versorgung und die Sicherheit der Patienten durch verbesserten Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erhöhen. Zudem strebt sie nach Effizienzsteigerung und Kostenreduktion durch Qualitätsverbesserungen, der Modernisierung des Gesundheitswesens und der Integration in das Gesundheitssystem der benachbarten Länder.

Die 2019 verabschiedete digitale Agenda (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2019) behandelt ebenfalls das Gesundheitswesen als ein Kernthema. Erstmals wurde die Entwicklung einer nationalen E-Health-Lösung für alle obligatorisch Versicherten in Liechtenstein, das elektronische Gesundheitsdossier (eGD), als primäres Ziel genannt. Dieses wurde Anfang 2023 erfolgreich eingeführt.

2023 veröffentlichte die Standortinitiative digital-liechtenstein die digitale Roadmap,³⁷ die sich auf Empfehlungen für Massnahmen konzentriert und einen strategischen Leitfaden darstellt. Dieser zeigt auf, wie Liechtenstein das volle Potenzial des digitalen Wandels innerhalb weniger Jahre nutzen kann. In der Roadmap sind konkrete Empfehlungen, unter anderem zum eGD 2.0 und E-Health, für die Weiterentwicklung des digitalen Gesundheitswesens formuliert.

Aktueller Stand

Durch die Einführung der digitalen Identität (eID.li) und des elektronischen Gesundheitsdossiers (eGD) hat Liechtenstein die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreichen Digitalisierung seines Gesundheitswesens geschaffen. Aktuell ist Liechtenstein im Vergleich zur Schweiz in diesen Bereichen weiter fortgeschritten, befindet sich jedoch im Vergleich mit Österreich noch in einer Aufholphase.

Experten zufolge hat die Digitalisierung, insbesondere aus der Perspektive von Ärzten, Apotheken und dem Landesspital, erhebliche Fortschritte gemacht. Während früher seitens der Ärzteschaft grössere Vorbehalte gegenüber der Digitalisierung bestanden, stehen heutige Leistungserbringer dieser Entwicklung offener gegenüber. Für viele Praxen gehören Papierakten längst der Vergangenheit an. Die Krankengeschichte wird bei den meisten Leistungserbringern elektronisch geführt. Sowohl interne Schnittstellen als auch der Datenaustausch mit Versicherern sind mittlerweile vollständig digitalisiert, und Primärsysteme wie das Praxisinformationssystem (PIS) und das Krankenhausinformationssystem (KIS) sind nahezu flächendeckend im Einsatz.

Gemäss Expertenaussagen besteht jedoch noch Verbesserungsbedarf im Datenaustausch mit den Gesundheitsbehörden, insbesondere dem Amt für Gesundheit. Meldeverfahren wie bspw. für Totenscheine, Vorsorgeuntersuchungen und fürsorgerische Einweisungen erfolgen grösstenteils noch auf dem Papierweg. Im besten Fall ist die Übermittlung eines PDF-Dokuments per E-Mail möglich, was jedoch noch nicht als digitalisierter, strukturierter Datenverkehr angesehen werden kann. Auch in der Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und besonders bei der Einführung der E-Medikation

³⁶ <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/ehealth-strategie>, zuletzt abgerufen am 10.04.2024

³⁷ <https://digital-liechtenstein.li/roadmap/>, zuletzt abgerufen am 10.04.2024.

und des E-Rezepts besteht noch Entwicklungsbedarf. Ein strukturierter Datenaustausch wäre hier von Vorteil.

Die derzeitige Gestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist laut Experten auch auf die bislang (mit Ausnahme des eGD) eher zurückhaltende staatliche Regulierung der Digitalisierung im Gesundheitsbereich zurückzuführen. Dies hat den Vorteil, dass kaum Barrieren für neue Entwicklungen bestehen. Allerdings kann eine zu schwache Regulierung auch dazu führen, dass sich die Digitalisierung im Gesundheitswesen langsamer verbreitet, als es möglich wäre. Trotz der langfristigen Vorteile bringt die Realisierung von E-Health-Anwendungen wie alle technologischen Investitionen zu Beginn vor allem Kosten mit sich. Investitionen in die IT-Infrastruktur sind nötig, Prozesse müssen eingeführt oder angepasst und das Personal muss geschult werden. Solche Hinderungsgründe für eine schnelle Verbreitung können regulatorisch mit einem Anreizsystem für die beteiligten Akteure reduziert werden. Ein Beispiel für einen solchen Anreiz wären tarifarische Zusatzvergütungen für Leistungserbringer die erwünschte E-Health-Anwendungen nutzen (Widmer u. a., 2013).

Obwohl Liechtenstein in Sachen Digitalisierung bereits einige Fortschritte gemacht hat, lassen sich die langfristigen Auswirkungen der Digitalisierung derzeit und wahrscheinlich auch in naher Zukunft nicht abschätzen. Dies liegt gemäss Experten daran, dass in Liechtenstein bisher kein Monitoring aufgebaut wurde, um die Auswirkungen der Digitalisierung systematisch zu messen.

Chancen und Herausforderungen

E-Health bietet auch in Liechtenstein grundsätzlich die Chance, das Gesundheitswesen durch digitale Lösungen effizienter zu gestalten und damit zu optimieren. Idealerweise kann ein möglichst umfassender Patientendatensatz aufgebaut werden, mit dem Doppelspurigkeit reduziert und damit unnötige Behandlungen vermieden werden können. Dadurch werden letztlich sowohl die Qualität als auch die Effizienz der medizinischen Versorgung gesteigert, wie auch aus Expertenmeinungen hervorgeht. E-Health ermöglicht einen Gesamtüberblick über den Patientenpfad, der ohne den Einsatz digitaler Technologien unerreichbar wäre.

Experteninterviews zufolge birgt die geringe Grösse Liechtensteins sowohl Chancen als auch Herausforderungen für die Entwicklung von E-Health. Einerseits ermöglicht die kompakte Struktur des Landes die schnelle und effiziente Umsetzung neuer digitaler Projekte mit minimalen Reibungsverlusten. Die kurzen Wege zwischen dem Staat und den Gesundheitsdienstleistern prädestinieren Liechtenstein für die Implementierung eines umfassenden Gesamtnetzwerks.

Andererseits stellt die Grösse des Landes auch eine Herausforderung dar. Trotz vorhandener finanzieller Mittel für massgeschneiderte E-Health-Lösungen, mangelt es laut Experten oft am Willen zur Umsetzung autonomer Lösungen, da diese das Risiko von Fehlschlägen bergen, für die letztendlich der Staat haften muss. Aus diesem Grund neigt Liechtenstein dazu, andernorts bestehende Lösungen zu erwerben und anzupassen, anstatt eigene, spezifisch zugeschnittene Ansätze zu entwickeln. Aufgrund der kleinen Nutzerbasis sind Softwareanbieter häufig auch nicht bereit, allzu massgeschneiderte Lösungen auf eigenes Risiko umzusetzen.

Nicht nur bei der Auswahl von Softwarelösungen, sondern generell im Bereich E-Health greift Liechtenstein auf diesen Ansatz zurück. Diese Strategie des «Smart Followers» – also nicht die Vorreiterrolle einzunehmen, sondern bewährte Lösungen zu übernehmen, um auf Erfahrungswerte und Kosteneinsparungen zu setzen – wird von Experten als bewusste Entscheidung Liechtensteins gesehen und ist auch in den Zielen der E-Health-Strategie³⁸ explizit so festgehalten. Allerdings wird dieser Ansatz auch

³⁸ Vgl. <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdosier/ehealth-strategie>, zuletzt abgerufen am 10.04.2024.

kritisiert, da er in politischen und öffentlichen Diskussionen oft dazu dient, Bedenken zu beschwichtigen und das Misstrauen der Bevölkerung zu mindern. Eine zusätzliche Herausforderung besteht in der Kompatibilität der übernommenen Lösungen mit den nationalen Gegebenheiten. So orientiert sich Liechtenstein bspw. bei der Implementierung der E-Medikation hauptsächlich an der bestehenden Lösung in Österreich, obwohl der Medikamentenmarkt fast ausschliesslich auf die Schweiz ausgerichtet ist und das schweizerische Heilmittelgesetz ganz anders funktioniert als der österreichische Markt. Experten zufolge wäre es daher sinnvoller, sich bei der E-Medikation von Beginn weg stärker am Schweizer Markt zu orientieren, selbst wenn in der Schweiz derzeit noch keine offizielle Lösung für E-Medikation existiert.

Zusätzlich erschweren unterschiedliche gesetzliche Grundlagen in den Nachbarländern die Integration und Vernetzung von E-Health-Lösungen. Die Expertengespräche verdeutlichen, dass bspw. die Zusammenführung elektronischer Patientenakten über Ländergrenzen hinweg eine bedeutende Herausforderung darstellt. Unterschiedliche Anforderungen wie der Zugang eines Schweizer oder österreichischen Krankenhauses zum liechtensteinischen eGD erfordern eine sorgfältige Abstimmung und Anpassung an den jeweiligen Schnittstellen.

Zukunft

Ein zukunftsgerichteter Blick zeigt, dass Liechtenstein vor weiteren signifikanten Entwicklungen im Bereich E-Health steht. Die digitale Roadmap beleuchtet detailliert einige dieser potenziellen Fortschritte, insbesondere die Weiterentwicklung des eGD in Bezug auf E-Medikation, E-Rezept und die Integration mit den Gesundheitssystemen der Nachbarländer. Zusätzlich ist geplant, die E-Health-Plattform zu erweitern und die Machbarkeit weiterer Business-to-Consumer- (B2C) und Business-to-Business-Anwendungen (B2B) zu evaluieren.

Experten zufolge sind die nächsten Schritte, für die bereits Budgets zugesagt wurden, die Implementierung der E-Medikation und die Verknüpfung des eGD mit der Schweiz und Österreich, um auch Dokumente von Arztbesuchen im Ausland erfassen zu können. Bei der Anbindung wird versucht, eine möglichst einheitliche Lösung zu finden. Ein weiterer geplanter Schritt ist die Einführung des E-Rezepts, welches Probleme wie Doppelverordnungen, Fehlbezüge oder Missbrauch angehen soll. Wichtig dabei ist, das E-Rezept nicht mit der E-Medikation zu vermischen, da das E-Rezept unabhängig vom eGD implementiert werden kann, während die E-Medikation eine direkte Erweiterung des eGD darstellt.

Bezüglich der Integration von digitalen Gesundheitsanwendungen (mHealth-Anwendungen; B2C) in das eGD liegen gemäss Experten derzeit noch keine konkreten Pläne vor. Die eGD-Plattform ist jedoch offen gestaltet, sodass eine Integration theoretisch möglich ist, vorausgesetzt, die Anwendungen werden genehmigt. Dies trifft ebenfalls auf B2B-Anwendungen zu, wobei zahlreiche Gesundheitsdienstleister schon eigene Lösungen etabliert haben, weshalb der B2B-Austausch hauptsächlich ausserhalb des eGD stattfinden kann.

Obwohl die digitale Roadmap einen wertvollen Rahmen für die künftige Entwicklung bietet, deuten Expertenmeinungen darauf hin, dass mehrere Elemente der Roadmap effizienter zusammengefasst werden könnten. Zudem wird die Roadmap als möglicherweise zu optimistisch angesehen, da sich einige ihrer Ziele zeitlich bereits verzögert haben. Weiter verdeutlicht die Roadmap, dass vor allem private Organisationen, wie die Standortinitiative digital-liechtenstein und der Verein eHealth, als treibende Kräfte hinter den zentralen Digitalisierungsinitiativen in Liechtenstein stehen, während das staatliche Engagement eher zurückhaltend ist. Der Antrieb für Innovationen und Veränderungen geht somit überwiegend von den Verbänden aus, was sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringt. Einer-

seits verstehen die industrienahen Verbände die Bedürfnisse der Akteure oft besser und können Innovationen gezielt auf deren Nutzen ausrichten. Andererseits könnte eine staatliche Regulierung unter Umständen eine schnellere Verbreitung der Digitalisierung erreichen.

Die vorgestellten Entwicklungen verdeutlichen, dass viele Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen in Liechtenstein eng mit dem eGD verknüpft sind. Die Funktionsweise des eGD sowie die damit verbundenen Chancen und Herausforderungen für Liechtenstein und seine Gesundheitsdienstleister werden im nächsten Abschnitt eingehender betrachtet.

6.1.2 Elektronisches Gesundheitsdossier (eGD)

Seit Januar 2023 verfügt jede Person, die in Liechtenstein krankenversichert ist, automatisch über ein eGD, es sei denn, sie hat Widerspruch (Opt-out) eingelegt. Laut Expertenbefragung war ein derartiges System vor einigen Jahren noch undenkbar. Gesundheitsdienstleister waren der Meinung, dass ein digitales System die Arzt-Patienten-Beziehung beeinträchtigen könnte. Durch Privatinitiativen, wie vom Verein eHealth, sowie die fortschreitende Digitalisierung in den Arztpraxen konnte das Thema jedoch zunehmend in den Fokus gerückt werden, bis es schliesslich 2019 zu einem offiziellen Ziel in der digitalen Agenda der Regierung des Fürstentums Liechtenstein aufgenommen wurde (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2019). Nach der Verabschiedung des Gesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) Anfang 2022 und der entsprechenden Verordnung (EGDV) wurde das eGD Anfang 2023 eingeführt. Ab Juli 2023 sind die Gesundheitsdienstleister verpflichtet, behandlungsrelevante Dokumente in das eGD einzustellen.

Funktionsweise des eGD

Das eGD rückt den Patienten ins Zentrum der medizinischen Versorgung. Ziel ist es, Funktionen bereitzustellen, die vorrangig für den Patienten relevant sind. Zudem wurde bei der Umsetzung des eGD dem Datenschutz eine hohe Priorität eingeräumt. Auf Basis dieser zwei Kernprinzipien wurden folgende zentrale Funktionen des eGD festgelegt:

- Alle Gesundheitsdienstleister sind verpflichtet, behandlungsrelevante Daten in das eGD einzustellen.
- Die Datenhoheit bleibt allein bei den Patienten.
- Jede versicherte Person erhält mittels einer eindeutigen Identifikationsnummer (IDN) Zugang zu ihrem eGD und kann, falls gewünscht, die Speicherung ihrer medizinischen Daten durch einen einfachen Widerruf ablehnen (Opt-out).
- Das EGDG legt fest, welche Daten im Minimum ins Dossier einzustellen sind, bietet jedoch gleichzeitig Spielraum für Fachgruppen, weitere Informationen zu bestimmen, welche ihre Mitglieder im Dossier ablegen sollen.
- Es werden minimale technische Anforderungen gestellt, abgesehen von den hohen Standards in Bezug auf Datenschutz und IT-Sicherheit.
- Die Finanzierung für den Betrieb der Plattform und die Weiterentwicklung des eGD wird durch den Staat übernommen. Lediglich für die optionale Integration eigener Primärsysteme müssen die Gesundheitsdienstleister selbst aufkommen.
- Auf komplexe Konzepte und ein kosten- sowie zeitintensives Zertifizierungssystem wird verzichtet.

Detaillierte Informationen zu weiteren Funktionalitäten, Regelungen oder Implementierungsaspekten, einschliesslich Zugriffsberechtigungen und Datensicherheitsmassnahmen, sind im EGDG sowie in der EGDV nachzulesen.

Die in Liechtenstein implementierte Lösung basiert auf der E-Health-Plattform von Siemens Healthineers und verwendet somit dieselbe Technologie wie die österreichische elektronische Gesundheitsakte ELGA sowie das elektronische Patientendossier (EPD) in der Schweiz. Diese dient ebenfalls als Grundlage für die «Cuore – die Schweizer Gesundheitsplattform» der Schweizerischen Post. Ein Vorteil dieser Lösung ist ihre Flexibilität, die eine spezifische Anpassung («Customizing») an die Bedürfnisse Liechtensteins ermöglicht wie bspw. die Integration der E-ID für die Authentifizierung von versicherten Personen und Gesundheitsdienstleistern. Zudem ermöglicht die globale Ausrichtung von Siemens Healthineers, dass Liechtenstein von fortlaufenden Entwicklungen und Innovationen profitieren kann.

Verbreitung und Nutzung

Die Verbreitung des eGD in Liechtenstein hängt wesentlich von dessen konkreter Umsetzung ab. So entschied man sich bspw. in der Schweiz für die doppelte Freiwilligkeit, das heisst es wurden ausschliesslich stationäre Einrichtungen zur Nutzung des elektronischen Patientendossiers verpflichtet. Für ambulante Gesundheitsdienstleister und Patienten waren der Anschluss und die Nutzung hingegen freiwillig. Dieser Ansatz hat sich als nicht wirksam erwiesen und soll nun geändert werden (Telser u. a., 2023). Im Gegensatz dazu verpflichtet Liechtenstein seit Juli 2023 alle Gesundheitsdienstleister zur Speicherung behandlungsnotwendiger Daten im eGD der Versicherten, sofern diese nicht widersprochen haben. Parallel dazu wird für alle krankenversicherten Personen automatisch ein eGD eingerichtet, mit der Möglichkeit des Widerspruchs (Opt-out).

Trotz einiger grundsätzlicher Bedenken, die Opt-out-Lösung könnte die Trägheit der Versicherten ausnutzen, sehen Experten diese als notwendig für eine effektive Verbreitung des eGD. Eine Opt-in-Lösung würde zu höheren Kosten führen, bei einer gleichzeitig niedrigerer Anzahl eGD. Diese Ansicht spiegelt sich auch in der Bevölkerung wider: Eine Initiative für den Wechsel zu Opt-in wurde Anfang 2024 knapp abgelehnt.

Gemäss Expertenaussagen haben bis zum März 2024 etwa 3'400 Versicherte von ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht, was rund 8.5 % der Bevölkerung entspricht – ein deutlich höherer Prozentsatz als in Österreich, wo der Wert auf 3 % geschätzt wird (Telser u. a., 2023). Einen Grund für diese höhere Quote sehen die Experten in der Grösse Liechtensteins. Der Einfluss medialer Berichterstattung kann zu stärkeren Schwankungen in der Opt-out-Quote führen, die sich jedoch mittlerweile stabilisiert hat. Eine Herausforderung der Opt-out-Lösung sind inaktive oder «schlafende» eGD, die erstellt, aber nie genutzt wurden, denn eine starke Verbreitung allein garantiert noch keine intensive Nutzung. Ein Hauptgrund für die heute noch geringe Nutzung ist gemäss Experten die Notwendigkeit, dass Versicherte die Dokumente im eGD jedem Gesundheitsdienstleister individuell freigeben müssen. In der Regel erlischt diese Freigabe auch wieder nach kurzer Zeit³⁹ und muss bei einer künftigen Inanspruchnahme von Leistungen erneut erteilt werden. Die Vorteile des eGD in Form einer effektiven Qualitätssicherung und Kosteneinsparungen durch die Vermeidung von Doppelspurigkeiten sind jedoch nur möglich, wenn diese Informationen sichtbar und für die Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind.

Es wird deutlich, dass das Thema eGD viele Versicherte noch nicht erreicht hat und ein grundsätzliches Umdenken erforderlich ist. Innovative Lösungen wie eine mobile App oder einfache Freigabeverfahren in Arztpraxen, bspw. über QR-Codes, könnten die Nutzung fördern. Ebenso könnte die Hinterlegung

³⁹ Für Ärzte, Spitäler, Chiropraktoren und Zahnärzte nach 28 Tagen, für Apotheken innerhalb von 24 Stunden, bei Gesundheitsdienstleistern des besonderen Vertrauens nach 365 Tagen (Art. 6 Abs. 2 EGDV).

administrativer Daten wie bspw. Rechnungskopien im eGD die Vertrautheit der Versicherten mit dem System erhöhen. Das Hauptproblem liegt derzeit im fehlenden Grundlagenverständnis für das eGD, welches es zu ändern gilt, um in Zukunft eine grössere Nutzung zu erzielen. Durch die genannten Massnahmen soll das Grundlagenverständnis gefördert werden. Experten erhoffen sich dadurch, dass immer mehr Versicherte auf ihr eGD zugreifen, die Zugriffsrechte erteilen und dadurch die befüllten Dossiers mehr Nutzen stiften. Dies würde die Relevanz des eGD in der Zukunft erhöhen.

Finanzierung

Im Gegensatz zur Schweiz übernimmt in Liechtenstein der Staat die Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung des eGD, wodurch für die Gesundheitsdienstleister lediglich Aufwendungen für die Bereitstellung der Dokumente im eGD entstehen.

In Liechtenstein bestehen dazu zwei Optionen: Entweder nutzen die Dienstleister das kostenfreie Online-Tool des Staates für manuelles Hochladen der Dokumente oder sie entscheiden sich für eine integrierte Lösung. Letztere, entwickelt von Praxissoftware-Entwicklern in Zusammenarbeit mit Siemens, wurden laut Experten durch eine gemeinschaftliche Finanzierung der beteiligten Gesundheitsdienstleister ermöglicht, was Gesamtkosten von etwa 100'000 CHF nach sich zog. Pro Dienstleister resultierten daraus Kosten im vierstelligen Bereich. Diese integrierte Lösung erlaubt eine direkte Pflege des eGD aus der Praxissoftware heraus ohne zusätzlichen Arbeitsaufwand für die Dienstleister. Trotz der hohen Kosten gab es keine alternativen Lösungen, die ohne signifikanten zusätzlichen Personalaufwand realisierbar gewesen wäre. Eine Expertenbefragung zum elektronischen Patientendossier in der Schweiz ergab, dass pro Praxis etwa 0.25 Vollzeitäquivalente für die Verwaltung des Dossiers eingeplant werden müssen (Telser u. a., 2023). Gemäss Experten erscheint dies auch für Liechtenstein als ein realistischer Ressourceneinsatz. Im Gegensatz zu Österreich, wo Gesundheitsdienstleister finanzielle Unterstützung erhielten, stellte der liechtensteinische Staat keine finanziellen Hilfen für diese Ausgaben zur Verfügung. In Liechtenstein trug die Ärztekammer mit einer einmaligen Subvention von 2'000 CHF pro Dienstleister zur Entlastung bei.

Laut Experten nutzen heute etwa zwei Drittel aller Gesundheitsdienstleister in Liechtenstein eine integrierte Lösung, während ein Drittel weiterhin das Online-Tool des Staates verwendet. Es wird erwartet, dass zukünftig weitere Dienstleister zu einer integrierten Lösung wechseln werden, da zusätzliche Anbieter an solchen Lösungen arbeiten.

Sicherheit

Bezüglich Sicherheit bietet die E-Health-Plattform von Siemens Healthineers eine moderne Lösung, die bereits in mehreren Ländern erfolgreich eingesetzt wird. Experten zufolge wurde die Plattform durch das Amt für Informatik umfassend geprüft und getestet. Zwar ist eine 100-prozentige Datensicherheit in der digitalen Welt generell nicht erreichbar, doch nach aktuellem Stand der Technik bietet die Plattform ein sehr hohes Sicherheitsniveau.

6.1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Liechtenstein

Die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Abschnitten lassen sich in Form von spezifischen Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen in Liechtenstein zusammenfassen, die im Folgenden kurz aufgelistet und erläutert werden.

Chancen

- *Vollständiger Patientendatensatz:* Durch Digitalisierung die Möglichkeit, einen vollständigen Patientendatensatz zu erhalten. Dies hilft, Doppelspurigkeit und damit unnötige Behandlungen zu vermeiden, was die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung steigert.

- *Zurückhaltender Staat in Bezug auf Regulierung:* Die geringe Regulierung im E-Health-Bereich allgemein und das schlanke Gesetz zum eGD im Speziellen (EGDG) bieten Spielraum für weitere Entwicklungen im Bereich E-Health sowie zusätzliche Definitionen für das eGD, zum Beispiel um festzulegen, welche Informationen sinnvollerweise im Dossier abgelegt werden sollten.
- *Zukunftsorientierte IT-Investitionen:* Investitionen in IT-Infrastrukturen, die aufgrund des eGD notwendig sind, können als Katalysator für weitere E-Health-Entwicklungen dienen. Experten führen das Landesspital als Beispiel an, wo notwendige Investitionen für die Schnittstellen zum eGD so getätigt wurden, dass zukünftig weitere Schnittstellen problemlos integriert werden können. Zudem sollten Investitionen in integrierte Lösungen getätigt werden, um den Aufwand für die Gesundheitsdienstleister gering zu halten, und dadurch die Nutzung zu erhöhen.
- *Weiterentwicklung:* Das eGD kann und soll auf Basis der bereits etablierten Strukturen weiterentwickelt werden. Man kann sich dabei an den Zielen der digitalen Roadmap orientieren. Wie das Beispiel des mangelhaften Datenaustauschs mit den Behörden zeigt, besteht weiterhin Potenzial für Weiterentwicklungen im Digitalisierungsbereich.

Herausforderungen

- *Unterschiedliche gesetzliche Grundlagen:* Diese haben einen Einfluss auf die Spezifikationen der Schnittstellen. Zum Beispiel muss das Spital in St. Gallen Zugang zum eGD haben, ebenso wie ein Spital in Österreich. Zudem ist eine «Verschmelzung» des eGD mit anderen elektronischen Patientenakten über internationale Gateways gemäss Experten wohl erst in fernerer Zukunft ein Thema. Daher ist es erforderlich, kurzfristig auf alternative Schnittstellen zurückzugreifen. Hier besteht die Gefahr, dass es mit der Zeit zu viele Schnittstellen gibt, und es dadurch unübersichtlich wird.
- *Anbindung des eGD an die Nachbarländer:* Da Liechtenstein vom stationären Angebot in den Nachbarländern abhängig ist, ist für die Vollständigkeit des Patientendatensatzes eine Anbindung des eGD notwendig. Eine Hürde dabei ist, dass die Kooperation der ausländischen Leistungserbringer auf Freiwilligkeit beruht. Gemäss Experten finden in der Schweiz hierzu bereits Gespräche statt und mit einer Anbindung der wichtigen stationären Leistungserbringer (Kantonsspital St. Gallen, Spital Grabs, Kantonsspital Graubünden, Ostschweizer Kinderspital) wäre für die Schweiz bereits die grösste Hürde genommen (> 90 % Abdeckung der Leistungen im Ausland).
- *Fehlendes Monitoring:* Die Auswirkungen des eGD und von E-Health allgemein sind aktuell nicht ausreichend überwacht.
- *Zugriffsrechte:* Die Notwendigkeit einer individuellen Freigabe durch die Versicherten erweist sich als erhebliches Hindernis. Derzeit werden die meisten eGD befüllt, ohne dass Leserechte dafür bestehen. Dadurch können die Vorteile des eGD nicht genutzt werden. Durch den Einsatz innovativer Lösungen wie mobile Apps und einfache Freigabeverfahren in Praxen sowie die Integration zusätzlicher administrativer Daten und mHealth-Applikationen soll es zur Steigerung des Vertrauens und der Vertrautheit mit dem System kommen, was wiederum zu einer Zunahme der Freigaben führen soll.
- *Abstimmung mit den Nachbarländern:* Koordination der Entwicklung neuer Funktionen, wie bspw. der E-Medikation, müssen im Einklang mit den Rahmenbedingungen der Nachbarländer erfolgen.

Die Analyse der Chancen und Herausforderungen verdeutlicht, dass trotz der soliden Grundlage des eGD in Liechtenstein weiterhin wichtige Aufgaben bevorstehen. Aus der Analyse ergeben sich die folgenden Empfehlungen, die darauf abzielen, bestehende Herausforderungen zu überwinden und die Chancen effektiv zu nutzen.

Empfehlungen

- *Anreize zur Freigabe der Zugriffrechte oder implizite Zugriffsrechte:* Die grösste Herausforderung für eine weit verbreitete Nutzung des eGD besteht derzeit darin, dass die Zugriffsrechteverwaltung für die Patienten relativ kompliziert ist. Erhält der Gesundheitsdienstleister keine Freigabe, kann er auch nicht auf die Gesundheitsdaten zugreifen. Um die Patienten für das Thema besser zu sensibilisieren, empfehlen wir zu prüfen, ob und wie die bereits angesprochenen Massnahmen wie mobile Apps und einfache Freigabeverfahren in Praxen sowie die Integration zusätzlicher administrativer Daten und mHealth-Applikationen umgesetzt werden können, um die Anzahl Freigaben zu erhöhen und das Vertrauen in das eGD sowie das Grundlagenverständnis zu fördern. Als Alternative empfehlen wir die Prüfung der Einführung impliziter Zugriffsrechte (vgl. dazu das Beispiel in Telser et al., 2023). Dabei würden Leseberechtigungen automatisch aus den Metadaten eines Dokuments (bspw. einer Überweisung) abgeleitet. Dies ermöglicht bspw., dass Autor und Empfänger des Dokuments ohne eine zusätzliche Freigabe durch den Patienten Zugriff erhalten. Allerdings sollten Patienten die Möglichkeit haben, den Zugriff für bestimmte Gesundheitsdienstleister einschränken zu können (Blacklist). Die Massnahme eignet sich jedoch nicht für alle Dokumente gleich gut.
- *Monitoring der Digitalisierung im Gesundheitswesen:* Die Auswirkungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind derzeit noch unklar. Daher empfehlen wir, Methoden zu entwickeln, um die Digitalisierung allgemein und das eGD im Besonderen zu überwachen. Kann die Digitalisierung mit positiven Resultaten hinterlegt werden, steigt auch die Akzeptanz in der Bevölkerung, wodurch sich digitale Lösungen besser verbreiten und intensiver genutzt werden.
- *Digitalisierung des Austauschs mit den Behörden:* Aufgrund der fortgeschrittenen Digitalisierung bei den Gesundheitsdienstleistern empfehlen wir, auch die Digitalisierung der Schnittstellen zwischen den Behörden und den Gesundheitsdienstleistern zu fördern. Dafür sollen strukturierte Datenformaten vorgesehen werden. Wenn Gesundheitsdienstleister aus digitalen Gesundheitsdaten ein PDF erstellen und dieses per E-Mail versenden müssen, führt dies zu unnötigen Arbeitsschritten, die vermieden werden könnten.
- *Abstimmung mit den Nachbarländern:* Für Liechtenstein ist die Zusammenarbeit mit den Nachbarländern in der Digitalisierung des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung. Wie unsere Analyse der Chancen und Herausforderungen zeigt, müssen Entwicklungen neuer digitaler Lösungen, wie bspw. die E-Medikation, an die Rahmenbedingungen der Nachbarländer angepasst werden. Dies gilt auch für die Koordination der internationalen Schnittstellen, die je nach gesetzlicher Grundlage länderspezifisch angepasst werden müssen. Zudem beruht die Integration des eGD in den Nachbarländern auf der freiwilligen Teilnahme der dortigen Gesundheitsdienstleister. Daher empfehlen wir, kontinuierlich den Austausch mit den Nachbarländern zu suchen und bei digitalen Implementierungen stets Lösungen zu wählen, die sowohl mit den Bedingungen der Nachbarländer als auch mit den lokalen Gegebenheiten übereinstimmen.

6.2 Entwicklungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Ein weiterer Bereich, der derzeit von starken dynamischen Entwicklungen geprägt ist, stellt die ambulante Gesundheitsversorgung dar. Hier gibt es insbesondere in der Schweiz teils gegensätzliche Entwicklungen, welche aufgrund der starken Verknüpfung auch Auswirkungen auf das liechtensteinische Gesundheitswesen haben können. Dabei kann es sich sowohl um Herausforderungen als auch um Chancen handeln. Grundsätzlich sehen wir Liechtenstein durch zwei Trends potenziell betroffen: den allgemeinen Trend zur Ambulantisierung und die sich abzeichnende verstärkte Regulierung des ambulanten Bereichs in der Schweiz.

6.2.1 Ambulantisierung im Gesundheitswesen

Die erste Entwicklung, die bereits seit einiger Zeit sowohl in der Schweiz wie auch in vielen anderen Ländern im Gange ist, ist ein deutlicher Trend zur Ambulantisierung im Gesundheitswesen. Diese Entwicklung spiegelt den zunehmenden Übergang von stationären zu ambulanten Behandlungen wider. Hauptgründe dafür sind der technologische Fortschritt, der mit unterschiedlichen minimalinvasiven Operationstechniken, Anästhesien mit geringeren Nebenwirkungen und einer besseren Nachsorge viele Eingriffe gegenüber früher sicherer und effizienter auch ohne Spitalaufenthalt ermöglicht, sowie Bestrebungen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Ambulante Behandlungen bieten oft eine kostengünstigere Alternative zu stationären Aufenthalten, ohne dabei die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Darüber hinaus bevorzugen viele Patienten die geringere Belastung und die kürzeren Erholungszeiten, die mit ambulanten Eingriffen verbunden sind. Diese Entwicklung wird von Gesundheitspolitik und Versicherungen unterstützt und gefördert, um eine effiziente und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten.

Bereits 2017 hat der Kanton Luzern eine erste Liste mit Eingriffen erstellt, welche Spitäler künftig grundsätzlich ambulant durchzuführen hatten. Einige weitere Kantone, wie bspw. Zürich, zogen bereits per 1. Januar 2018 mit eigenen Ambulant-vor-Stationär-Listen (AVOS) nach und per 1. Januar 2019 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schliesslich durch die Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) eine schweizweit gültige Regelung vorgenommen.⁴⁰ Mit einer Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) wurde diese Liste auch in Liechtenstein unverändert übernommen und zeitgleich auf 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt. Im Jahr 2022 wurde in der Schweiz eine Evaluation durchgeführt, welche empfahl, die Listen mit ambulant durchzuführenden Eingriffen von Bund und Kantonen zu harmonisieren. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat aufgrund dieser Empfehlung eine schweizweit einheitliche Liste ausgearbeitet, die neu 18 Gruppen von Eingriffen umfasst (Roth und Pellegrini, 2024). Diese ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten (vgl. Anhang 1a der Krankenpflegeleistungsverordnung KLV)⁴¹.

Das Monitoring des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) hat gezeigt, dass vier Jahre nach Inkrafttreten der AVOS-Listen bei allen sechs ursprünglichen Gruppen⁴² von betroffenen Eingriffen die stationäre Versorgung abgenommen hat und der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe gestiegen ist. Die Gesamtkosten sind gesunken. Weiter zeigt das aktualisierte Monitoring, dass der grösste Rückgang der stationär durchgeführten Eingriffe im ersten Jahr nach der Einführung der KLV-

⁴⁰ Die Kantone konnten weitergehende Listen verabschieden.

⁴¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Anhang1aklv.html>.

⁴² Dabei handelte es sich um folgende Gruppen von Eingriffen: 1. Krampfaderoperationen der unteren Extremität, 2. Eingriffe an Hämorrhoiden, 3. Einseitige Hernienoperationen, 4. Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter, 5. Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus, 6. Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden (vgl. Anhang 1a der KLV in der Fassung vom 1.1.2019).

Regelung erfolgt und die stationäre Versorgung anschliessend weitgehend stabil bleibt (Roth und Pellegrini, 2024).⁴³

6.2.2 Zunehmende Regulierung des ambulanten Bereichs in der Schweiz

In der Schweiz zeichnet sich derzeit an mehreren Stellen ab, dass vor allem die Kantone in Zukunft den ambulanten Bereich deutlich stärker regulieren könnten, als dies heute der Fall ist. Dafür sind vor allem zwei Entwicklungen in der Gesetzgebung auf Bundesebene verantwortlich: die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) und die neue Zulassungsregulierung mit regionaler Bedarfsplanung für ambulant tätige Ärzte.

EFAS

Heute werden in der Schweiz und auch in Liechtenstein die stationären Kosten für medizinische Behandlungen zu 55 % durch die Kantone bzw. Liechtenstein und zu 45 % durch die Krankenversicherung getragen. Die zunehmende Verlagerung von den teureren stationären zu den günstigeren ambulanten Behandlungen kann deshalb zu Prämienhöhungen führen, weil bei letzteren die kantonalen Subventionen nicht anfallen. Die Versicherer haben dadurch weniger Anreize, die insgesamt kostensparende Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern. Trotzdem erhöht die stattfindende Verlagerung zur ambulanten Versorgung den Anteil der durch Prämien finanzierten Kosten. Aus diesem Grund hat sich der Anteil der Steuerfinanzierung in den letzten Jahren kontinuierlich verringert, während die Prämien stärker als die Gesamtkosten angestiegen sind.

Aufgrund dieser Fehlanreize gibt es in der Schweiz schon lange Bestrebungen, dass alle Leistungen – egal ob ambulant oder stationär – einheitlich finanziert werden sollen. Ursprünglich wurde das Thema unter dem Begriff Monismus diskutiert, seit einigen Jahren wird dafür «einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen» (EFAS) verwendet. Das schweizerische Parlament hat am 22. Dezember 2023 nach einer mehrjährigen politischen Diskussion eine dahingehende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschlossen. Ab 2028 sollen ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden.⁴⁴ Aufgrund der Vorgabe, dass EFAS kostenneutral eingeführt werden soll, leisten die Kantone neu für alle Leistungen einen Beitrag von 24.5 % der Nettokosten (d. h. nach Abzug der Kostenbeteiligung) an die Versicherer, während 75.5 % der Nettokosten über Prämien finanziert werden.

Weil die Kantone neu auch ambulante Leistungen mitfinanzieren, erhalten sie diverse neue Steuermöglichkeiten in diesem Bereich. Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch nicht absehbar, wie diese kantonale Steuerung im ambulanten Bereich konkret aussehen wird. Die politische Debatte hat jedoch gezeigt, dass die Kantone diese Steuermöglichkeiten wahrnehmen möchten. So haben die Kantone insbesondere einen Zugang zu detaillierten Versichererdaten gefordert, um eine «sinnvolle kantonale Steuerung und Planung der Versorgung mit zusätzlichem Kostendämpfungspotenzial» zu ermöglichen.⁴⁵

⁴³ Die neue Liste mit 18 Gruppen von Eingriffen wird erst im nächsten Monitoring mit Daten von 2023 berücksichtigt.

⁴⁴ Ab 2032 werden die Pflegeleistungen ebenfalls einheitlich finanziert. Zu diesem Zeitpunkt sollen die Verteilschlüssel auf 26.9 % für die Kantone und 73.1 % für die Krankenversicherer angepasst werden (vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus.html>, zuletzt abgerufen am 10.04.2024).

⁴⁵ Vgl. die jeweiligen Stellungnahmen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) für die Beratungen im Ständerat und im Nationalrat von EFAS (<https://www.gdk-cds.ch/de/krankenversicherung/finanzierung>, zuletzt abgerufen am 10.04.2024).

Regionale Bedarfsplanung

Mit Inkrafttreten des durch den Bund revidierten KVG im Jahr 2021 wurde die Zulassungsbeschränkung für ambulant tätige Ärzte in der Schweiz neu geregelt. Neu sind die Kantone verpflichtet, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen erbringen, mittels Höchstzahlen zu beschränken. Kriterien und methodische Grundsätze für die Berechnung des regionalen Bedarfs der verschiedenen Fachärzte hat der Bundesrat in der «Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich» definiert. Die Kantone haben bis Juni 2025 Zeit, um diese Zahlen festzulegen. Allerdings mussten sie in mindestens einem Fachbereich bereits bis Mitte 2023 Höchstzahlen festlegen.

Die neue Zulassungsregulierung hat, wie bereits eine frühere Regulierung, die als «Ärztstopp» bekannt war, das Ziel, mit der Beschränkung der Anzahl ambulant praktizierender Ärzte das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen. Zugrunde liegt die Beobachtung, dass die Kosten dort hoch sind, wo auch die Ärztedichte hoch ist. Das ökonomische Konzept der angebotsinduzierten Nachfrage versucht dies dadurch zu erklären, dass Ärzte gegenüber Patienten einen Informationsvorsprung haben und so die Nachfrage nach Leistungen beeinflussen können. Nutzen Ärzte dies für ihre finanziellen Interessen, kann es zu Mehrkosten mit geringem Nutzen für die Patienten führen (sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage, vgl. dazu Kapitel 4.3.2 und insbesondere Fussnote 30).

Die neue Zulassungsregulierung führt dazu, dass sich die Schweiz der Praxis in Liechtenstein annähert. Dort ist die Abrechnung ambulant tätiger Ärzte über die OKP ebenfalls an eine Bedarfsplanung gekoppelt. Es ist derzeit aber noch völlig unklar, welche Auswirkungen sich daraus konkret für die Schweiz ergeben. Zum einen wird vor allem von Seiten der Leistungserbringer heftige Kritik an der neuen Zulassungsregulierung laut. Dabei wird unter anderem grundsätzliche Kritik geäußert, die sich einerseits auf die komplizierte Methode bezieht, mit der die Kantone ihre jeweiligen Höchstzahlen berechnen sollen. Andererseits wird die Zulassungssteuerung auch bemängelt, weil sie die Wahlfreiheit von Ärzten bezüglich Spezialisierung und Niederlassung einschränkt. Bei relativ langen Aus- und Weiterbildungszeiten kann dies die Karriereplanung von jungen Ärzten aber auch die Nachfolgeregelung von Ärzten kurz vor der Pensionierung stark beeinträchtigen. Schliesslich wird auch die Grundannahme des Zulassungsstopps hinterfragt, ob die Anzahl der Ärzte tatsächlich zu einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen führt. Die empirische Literatur kommt hier zu keinem eindeutigen Ergebnis und kann ebenfalls nicht belegen, dass die bisherige Begrenzung der Ärzte in der Schweiz zur Kostendämpfung beigetragen hat (Telser, 2023).

Unklar sind die Auswirkungen derzeit aber vor allem, weil nicht absehbar ist, wie die Kantone die neue nationale Gesetzgebung umsetzen werden. Zurzeit arbeitet jeder Kanton an einer eigenen Lösung. Einige Kantone wie Zug, Genf oder Neuenburg haben bereits deutliche Einschränkungen vorgenommen, während andere Kantone, etwa Luzern, Aargau, Freiburg oder die Waadt, sich für ein sanftes Vorgehen entschieden haben. Sie machen nur das vom Bund geforderte Minimum. Wieder andere Kantone wie Zürich, St. Gallen oder Graubünden wollen zuerst die kantonalen gesetzlichen Grundlagen erarbeiten und verzichten vorerst auf Höchstzahlen.⁴⁶

⁴⁶ Eine Übersicht zum Stand der kantonalen Umsetzungen findet sich auf der Seite <https://www.zulassungsstopp.ch>, zuletzt abgerufen am 10.04.2024.

6.2.3 Chancen und Risiken für Liechtenstein

Chance: Reduktion der ausländischen Abhängigkeit durch Ambulantisierung?

In einer früheren Analyse haben wir aufgezeigt, dass im ambulanten Sektor Liechtenstein eine relative starke Verflechtung mit der Schweiz aufweist. Das zeigt sich am stärksten bei der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal, welche nahezu vollständig in der Schweiz stattfindet. Ebenfalls wurde für die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen das Schweizer Tarifsystem Tarmed unverändert übernommen. Trotz dieser Verflechtungen mit der Schweiz weist Liechtenstein im ambulanten Sektor jedoch eine vergleichsweise hohe Selbständigkeit bei der Leistungserbringung auf. Die meisten ambulanten Dienstleistungen werden bei inländischen Leistungserbringern bezogen. Nur für wenige Spezialdisziplinen müssen die liechtensteinischen Patienten ins nahe Ausland ausweichen. Demgegenüber besteht im stationären Bereich der Leistungserbringung eine starke Abhängigkeit von der Schweiz. Die stationäre Notfallversorgung wird zwar am Landesspital Liechtenstein 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 (Bill u. a., 2019).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob der beobachtbare Trend der Ambulantisierung im Gesundheitswesen, der mit AVOS regulatorisch sogar noch gefördert wird, für Liechtenstein eine Chance darstellen kann, die Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung vom Ausland zu verringern und vermehrt auf eine inländische Versorgung zu setzen. Laut Expertenmeinungen ist dies nicht der Fall. Sollten in Zukunft mehr ambulante Behandlungen in Liechtenstein stattfinden, sind entsprechende Strukturen notwendig, die solche Eingriffe ambulant statt stationär ermöglichen. Das kann für einzelne Eingriffe zwar der Fall sein. Meistens handelt es sich bei den verlagerten Leistungen jedoch um Eingriffe, die vom gleichen Operateur entweder ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Eingriffe, die derzeit von stationär zu ambulant verlagert werden, erfordern normalerweise weiterhin eine Spitalinfrastruktur. Deshalb ist keine grosse Verlagerung aus der Schweiz nach Liechtenstein zu erwarten. Grundsätzlich werden im stationären Bereich komplexere Leistungen eingekauft, die ausserhalb der Basisversorgung liegen, und für die es im Inland kein Angebot gibt. Diese werden auch bei ambulanter Erbringung im Ausland eingekauft.

Herausforderung: Probleme in der ambulanten Spezialversorgung

Die neue Gesetzeslage in der Schweiz mit der kantonalen Bedarfsplanung im ambulanten Bereich und Höchstzahlen für die OKP-Zulassung bei gewissen Facharztgruppen 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. Bei einigen Fachdisziplinen (z. B. Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohrenmedizin) ist Liechtenstein derzeit auch im ambulanten Sektor auf das Schweizer Angebot angewiesen.

Zum jetzigen Zeitpunkt haben weder St. Gallen noch Graubünden eine ambulante Bedarfsplanung mit Höchstzahlen vorgenommen. Zuerst sollen die gesetzlichen Grundlagen erarbeitet werden. Spätestens nach Ablauf der Übergangsfrist Mitte 2025 stellt sich für Liechtenstein jedoch die Frage, wie die Abstimmung mit den Grenzkantonen in diesem Bereich erfolgen soll. Idealerweise könnte eine gemeinsame überregionale Bedarfsplanung erreicht werden, in die auch die liechtensteinischen Bedürfnisse einfließen. Ohne eine solche Abstimmung besteht grundsätzlich die Gefahr, dass die Wege oder die Wartezeiten für die Spezialversorgung länger werden können.

Diese Gefahr kann durch den Trend der Ambulantisierung in den Spitälern zusätzlich verstärkt werden. Ein grosses Problem mit der Verlagerung von stationären Leistungen in den spitalambulanten

Bereich besteht in der Schweiz derzeit darin, dass diese Leistungen nicht kostendeckend vergütet werden. Praktisch alle Schweizer Spitäler schreiben im spitalambulantem Bereich seit längerem Defizite. Zum einen liegt dies an der veralteten Tarifstruktur des Tarmed, aber auch an regulatorischen Eingriffen. So hat der Bundesrat 2014 und 2018 in die Tarmed Tarifstruktur eingegriffen und die entsprechende Verordnung angepasst. Diese Eingriffe haben mit dazu beigetragen, dass sich die bereits bestehenden Defizite im spitalambulantem Bereich vergrössert haben. Im Durchschnitt lag die Kostendeckung der ambulanten Spitalleistungen im Jahr 2018 nur gerade bei 79% (Mäder und Telser, 2021). Aufgrund der allgemeinen Teuerung vor allem auch bei den Personalkosten dürfte der Wert heute noch niedriger liegen. Es ist dementsprechend nicht auszuschliessen, dass es auch im spitalambulantem Angebot in der Schweiz aufgrund eines Konzentrationsprozesses bei den Spitälern zu Umwälzungen kommen kann, die Liechtenstein negativ tangieren können.

Potenzielle Chance: Verbesserung der ambulanten Versorgung für Liechtenstein

Die neuen Vorgaben zur kantonalen Bedarfsplanung im ambulanten Bereich in der Schweiz können jedoch auch eine Chance für Liechtenstein darstellen. Durch die Annäherung der beiden Regulierungssysteme zwischen der Schweiz und Liechtenstein könnte es unter Umständen einfacher werden, eine gemeinsame überregionale Bedarfsplanung mit den Grenzkantonen auf die Beine zu stellen. Dies könnte auch für die Kantone St. Gallen und Graubünden interessant sein, weil ansonsten für sie die Gefahr bestünde, dass Liechtenstein sich aktiv darum bemühen könnte, Facharzt disziplinen, die in diesen beiden Kantonen künftig durch Höchstzahlen begrenzt sind, vermehrt im eigenen Land anzusiedeln. Dies könnte eingeschränkt auch ein Konkurrenzangebot zur Schweiz werden und die kantonale Bedarfsplanung zumindest teilweise unterwandern. In beiden Fällen besteht die Möglichkeit, dass sich die ambulante Versorgung für Liechtenstein grundsätzlich verbessern könnte.

Empfehlung

Aus der obigen Analyse leiten wir folgende Empfehlung ab:

- *Überregionale Bedarfsplanung mit Grenzkantonen:* Die bevorstehende stärkere Regulierung des ambulanten Bereichs durch die Schweizer Kantone durch EFAS und die neue Zulassungsregulierung sollte als Anlass genommen werden, von Beginn weg eine überregionale Bedarfsplanung gemeinsam mit den Nachbarkantonen zu etablieren, in welcher die Interessen Liechtensteins adäquat abgebildet werden.

7 Literaturverzeichnis

- Amt für Gesundheit, 2023a. Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Fürstentum Liechtenstein 2022.
- Amt für Gesundheit, 2023b. Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Prämienübersicht 2024.
- Amt für Gesundheit, 2018. Aufsichtsdaten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Fürstentum Liechtenstein 2017.
- Amt für Statistik, 2023. Krankenkassenstatistik 2022 Zeitreihen.
- Amt für Statistik, 2022. Krankenkassenstatistik 2022 Tabellen.
- Amt für Statistik, 2018. Krankenkassenstatistik 2017 Tabellen.
- Angerer, A., Berger, S., Kurpat, L., & Rast, L., 2024. Der konkrete Nutzen von Digital-Health-Lösungen in der Schweiz.
- Aron-Dine, A., Einav, L., Finkelstein, A., & Cullen, M., 2015. Moral hazard in health insurance: do dynamic incentives matter? *The Review of Economics and Statistics* 97, 725–741. https://doi.org/10.1162/REST_a_00518
- Baumberger, E., Baumberger, J., Huber, F., & Köpe, C. (Hrsg.), 2019. *Managed Care Swiss made - Entwicklung, Bedeutung und Perspektiven der koordinierenden Grundversorgung im Schweizer Gesundheitswesen*, Schriftenreihe der SGGP. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Bern.
- Beck, K., 2013. *Risiko Krankenversicherung: Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, 3., teilweise überarb. Aufl. ed. Haupt, Bern.
- Beck, K., & Kauer, L., 2019. *Risikoausgleich und Spitalfinanzierung in neuem Licht – ein Paradigmenwechsel in der statistischen Risikoerklärung*. CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern.
- Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I., 2011. Integrated care organizations in Switzerland. *Int J Integr Care* 11, e010.
- Biesdorf, S., Deetjen, U., & Möller, M., 2016. *Eine Vision für ein digitales Gesundheitssystem in Deutschland* (No. April 2016), Business Technology. McKinsey.
- Bill, M., Mäder, B., & Telser, H., 2019. *Internationale Verflechtungen des liechtensteinischen Gesundheitswesens (Studie im Auftrag der Stiftung Zukunft.li)*. Polynomics, Olten.
- Blatter, H., & Albin, N., 2015. *Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität* (No. 005/2015), Arbeitsbericht IBR. Hochschule Luzern, Luzern.
- Brook, R.H., Keeler, E.B., Lohr, K.N., Newhouse, J.P., Ware, J.E., Rogers, W.H., Davies, A.R., Sherbourne, C.D., Goldberg, G.A., Camp, P., Kamberg, C., Leibowitz, A., Keesey, J., & Reboussin, D., 2006. The health insurance experiment: a classic RAND study speaks to the current health care reform debate. RAND Corporation.
- Brot-Goldberg, Z.C., Chandra, A., Handel, B.R., & Kolstad, J.T., 2017. What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics*. *The Quarterly Journal of Economics* 132, 1261–1318. <https://doi.org/10.1093/qje/qjx013>

- Bürgin, R., Stucki, M., Vetsch-Tsogiou, C., Kauer, L., Kohler, A., Drewek, A., Thommen, C., Dettling, M., & Wieser, S., 2024. Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG). WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie & Institut für Datenanalyse und Prozessdesign, ZHAW; Universität Luzern, Winterthur.
- Chernew, M.E., Schwartz, J.S., & Fendrick, A.M., 2015. Reconciling prevention and value in the health care system. *Health Affairs Forefront*. <https://doi.org/10.1377/forefront.20150311.045208>
- Collins, S.R., Rasmussen, P., Doty, M.M., & Beutel, sophie, 2014. Too high a price: Out-of-pocket health care costs in the United States. The Commonwealth Fund, Tracking Trends in Health System Performance 29.
- Cutler, D.M., 2015. From the Affordable Care Act to affordable care. *JAMA* 314, 337–338. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.7683>
- Einav, L., & Finkelstein, A., 2018. Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association* 16, 957–982. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvy017>
- Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J.P., Allen, H., Baicker, K., & Oregon Health Study Group, 2012. The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics* 127, 1057–1106. <https://doi.org/10.1093/qje/qjs020>
- Francetic, I.N., 2022. Selection on moral hazard in the Swiss market for mandatory health insurance: Empirical evidence from Swiss Household Panel data. ResearchGate. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2208.03815>
- Gardiol, L., Geoffard, P.-Y., & Grandchamp, C., 2005. Separating selection and incentive effects in health insurance. CEPR Discussion Paper.
- Gutzwiller, F., Pfeil, A., & Schwenkglens, M., 2013. Effekte von eHealth - Bericht über Evidenz zu Effekten von eHealth und Extrapolation möglicher Kosteneffekte auf nationaler Ebene für die Schweiz. Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM), Universität Basel, Basel.
- Hammer, S., Peter, M., & Trageser, J., 2008. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung | OBSAN.
- Hämmerli, M., Müller, T., Biesdorf, T., Ramezai, S., Sartori, V., Steinmann, M., van der Veken, L., Fleisch, E., & von Wangenheim, F., 2021. Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die 8.2-Mrd.-CHF-Chance für die Schweiz. McKinsey & Company in Kooperation mit ETH Zürich.
- Huber, C., Reich, O., Früh, M., & Rosemann, T., 2016. Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. *International Journal of Integrated Care* 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.2455>
- James, J., 2015. The Oregon health insurance experiment, Health Affairs Health Policy Brief. Project HOPE. <https://doi.org/10.1377/hpb20150716.236899>
- Kaufmann, C., Schmid, C., & Boes, S., 2017. Health insurance subsidies and deductible choice: Evidence from regional variation in subsidy schemes. *Journal of Health Economics* 55, 262–273. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.08.002>
- Knieps, G., 2005. Wettbewerbsökonomie. Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik., 2. ed. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

- Koohi Rostamkalaee, Z., Jafari, M., & Gorji, H.A., 2022. A systematic review of strategies used for controlling consumer moral hazard in health systems. *BMC Health Serv Res* 22, 1260. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08613-y>
- Künzi, K., & Müggler, S., 2022. Bedarfsplanung ambulante und stationäre Langzeitpflege 2022 [Im Auftrag des Ministeriums für Gesellschaft und Kultur der Regierung des Fürstentums Liechtenstein]. Büro BASS, Bern.
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband, & Liechtensteinische Ärztekammer, 2019. Qualitätsvereinbarung gemäss Art. 19 KVG.
- Lo Sasso, A.T., Helmchen, L.A., & Kaestner, R., 2010a. The effects of consumer-directed health plans on health care spending. *Journal of Risk and Insurance* 77, 85–103. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6975.2009.01346.x>
- Lo Sasso, A.T., Shah, M., & Frogner, B.K., 2010b. Health Savings Accounts and Health Care Spending. *Health Serv Res* 45, 1041–1060. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01124.x>
- Mäder, B., & Telsler, H., 2021. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitäler im Kanton Bern (Studie im Auftrag von diespitäler.be und Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)). Polynomics, Olten.
- McGuire, T.G., 2012. Demand for Health Insurance, in: Pauly, M.V., McGuire, T.G., & Barros, P.P. (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*. Elsevier B.V., Amsterdam, S. 317–396.
- McKinsey & Company, Müller, T., Padmanabhan, P., Richter, L., & Silberzahn, T. (Hrsg.), 2022. *E-Health Monitor 2022 Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung - Status quo und Perspektiven*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Pellegrini, S., & Roth, S., 2015. Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier: Etude de base 2010-2012 (No. 61), Obsan Bericht. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.
- Rana, R.H., Alam, K., & Gow, J., 2020. Health expenditure and gross domestic product: causality analysis by income level. *Int J Health Econ Manag.* 20, 55–77. <https://doi.org/10.1007/s10754-019-09270-1>
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2019. *Digitale Agenda Liechtenstein*. Vaduz.
- Reich, O., Rapold, R., & Flatscher-Thöni, M., 2012. An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care* 12, e144–e144. <https://doi.org/10.5334/ijic.685>
- Reich, O., Rosemann, T., Rapold, R., Blozik, E., & Senn, O., 2014. Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *PloS one* 9, e105425–e105425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105425>
- Roth, S., & Pellegrini, S., 2024. *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2022 du monitoring de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport court établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport No. 01/2024)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel.
- Salvi, I., Cordier, J., Kuklinski, D., Vogel, J., & Geissler, A., 2023. Price sensitivity and demand for healthcare services: Investigating demand-side financial incentives using anonymised claims data from Switzerland (No. No. 2023-06), Working Paper Series in Health Economics, Management and Policy. Universität St.Gallen, School of Medicine, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, St. Gallen.

- Sandoval, J.L., Petrovic, D., Guessous, I., & Stringhini, S., 2021. Health Insurance Deductibles and Health Care-Seeking Behaviors in a Consumer-Driven Health Care System With Universal Coverage. *JAMA Network Open* 4, e2115722. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.15722>
- Scherer, F.M., & Ross, D.R., 1990. *Industrial market structure and economic performance*. Houghton Mifflin.
- Schwartz, A.L., Landon, B.E., Elshaug, A.G., Chernew, M.E., & McWilliams, J.M., 2014. Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Internal Medicine* 174, 1067–1076. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1541>
- Steinmann, L., & Telser, H., 2005. *Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft*. Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich.
- Steinmann, L., Telser, H., & Zweifel, P., 2007. Aging and future healthcare expenditure: a consistent approach. *Forum for Health Economics & Policy* 10, 1–28. <https://doi.org/10.2202/1558-9544.1041>
- Swica, 2011. *Medienseminar Managed Care*. Winterthur.
- Telser, H., 2023. Kann die Zulassungsregelung das Kostenwachstum bremsen? *Competence* 10.
- Telser, H., Sager, T., Zenhäusern, P., & Stromer, U., 2023. Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zur umfassenden Revision des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Polynomics, Olten.
- Trottmann, M., & Telser, H., 2014. Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Polynomics, Olten.
- Trottmann, M., Zweifel, P., & Beck, K., 2012. Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: which is more effective? *Journal of Health Economics* 31, 231–42. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.10.004>
- Widmer, P., Trottmann, M., & Telser, H., 2013. *eHealth Schweiz: Anreizsysteme und Vergütungskonzepte zur Einführung eines ePatientendossiers*. Polynomics, Olten.

8 Anhang

8.1 Kosten der Gesundheitsversorgung

Tabelle 15 Hypothetische Kosten 2022 mit der Bevölkerungsstruktur aus 2004, nach Alter und Geschlecht (in CHF)

Alters- gruppe	Ge- schlecht	Anteil Versichertenmonate		Bruttoleistungen pro Versichertenmonat		Bruttoleistungen exkl. Staatsbeitrag	Hypothetische BL exkl. Staatsbeitrag	Demografieeffekt
		2004	2022	2004	2022	2022	2022	
0-16	M+W	19.8%	15.8%	95	124	9'652'218	12'090'298	2'438'080
17-25	M	5.6%	4.7%	95	159	3'659'746	4'409'559	749'813
17-25	W	5.6%	4.6%	138	267	6'038'422	7'365'861	1'327'439
26-30	M	3.3%	3.1%	105	154	2'351'375	2'495'809	144'434
26-30	W	3.3%	2.9%	219	278	3'969'506	4'536'964	567'458
31-35	M	4.1%	3.4%	110	209	3'495'798	4'215'814	720'016
31-35	W	4.0%	3.1%	248	323	5'016'992	6'393'515	1'376'523
36-40	M	4.4%	3.4%	118	197	3'352'792	4'238'729	885'936
36-40	W	4.5%	3.3%	223	315	5'192'130	7'051'153	1'859'023
41-45	M	4.3%	3.5%	162	209	3'576'906	4'455'293	878'387
41-45	W	4.5%	3.2%	229	299	4'770'865	6'583'095	1'812'230
46-50	M	4.0%	3.6%	203	247	4'408'038	4'829'433	421'395
46-50	W	3.9%	3.6%	273	376	6'655'953	7'273'977	618'024
51-55	M	3.6%	4.3%	264	310	6'544'268	5'578'051	-966'217
51-55	W	3.5%	4.1%	293	364	7'356'296	6'251'609	-1'104'687
56-60	M	3.3%	4.1%	298	421	8'487'925	6'888'592	-1'599'332

Alters- gruppe	Ge- schlecht	Anteil Versichertenmonate		Bruttoleistungen pro Versichertenmonat		Bruttoleistungen exkl. Staatsbeitrag	Hypothetische BL exkl. Staatsbeitrag	Demografieeffekt
		2004	2022	2004	2022	2022	2022	
56-60	W	3.1%	4.0%	357	438	8'671'929	6'741'042	-1'930'887
61-65	M	2.5%	3.5%	443	606	10'625'164	7'511'455	-3'113'709
61-65	W	2.5%	3.6%	426	454	8'104'759	5'503'635	-2'601'124
66-70	M	1.5%	2.7%	475	728	9'708'955	5'491'470	-4'217'486
66-70	W	1.7%	2.9%	470	542	7'720'542	4'666'248	-3'054'293
71-75	M	1.1%	2.4%	659	857	10'142'558	4'571'704	-5'570'854
71-75	W	1.3%	2.4%	623	704	8'524'945	4'688'384	-3'836'561
76-80	M	0.7%	1.8%	641	1'069	9'522'888	3'880'296	-5'642'592
76-80	W	1.4%	2.0%	735	992	9'761'459	6'650'892	-3'110'566
81-85	M	0.5%	1.0%	852	1'308	6'328'933	3'521'113	-2'807'820
81-85	W	1.0%	1.3%	1'002	1'201	7'935'630	5'901'845	-2'033'785
86-90	M	0.2%	0.4%	1'158	1'418	3'003'972	1'427'398	-1'576'574
86-90	W	0.5%	0.7%	1'271	1'678	5'980'005	3'820'195	-2'159'810
91+	M	0.1%	0.1%	1'046	1'851	1'272'663	743'602	-529'061
91+	W	0.2%	0.3%	1'860	2'206	3'740'672	2'482'441	-1'258'232
Total	M+W	100%	100%	15'089	20'302	195'574'302	162'259'471	-33'314'831

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Berechnungen Polynomics.

8.2 Ökonometrische Analyse Gesetzesänderungen

Zur Analyse der Effekt von ausgewählten Gesetzesänderungen gemäss Abschnitt 2.1.3 schätzen wir ein Regressionsmodell. Dieses modelliert den Zusammenhang zweier oder mehrerer Variablen. Als abhängige, d. h. zu erklärende Variable wählen wir die Kosten pro Versicherten pro Behandlungsjahr in Liechtenstein. Diese erklären wir mit einem Zeittrend (über die Jahre). Weiter fügen wir Variablen ein, mit welchen wir untersuchen können, ob in den Jahren 2013 und 2017 (betrachtete Gesetzesänderungen) Kostensprünge stattgefunden haben und sich die Wachstumsrate nach den Gesetzesänderungen von der Basisperiode (2004–2012) unterscheidet. Das Modell ist wie folgt spezifiziert:

$$\ln(y_j) = \alpha + \beta_1 \text{Jahr}_j + \beta_2 D_{2013} + \beta_3 D_{2017} + \beta_4 (\text{Jahr}_j \times D_{2013}) + \beta_5 (\text{Jahr}_j \times D_{2017}) + \varepsilon_j$$

y_j : Kosten pro Versicherten in Jahr j

Jahr_j : Jahr j , mit dem Wert 1 für das Jahr 2004 und dem Wert 19 für das Jahr 2022

D_{2013} : Dummyvariable mit dem Wert 1 für die Jahre 2013 bis 2016 und 0 sonst

D_{2017} : Dummyvariable mit dem Wert 1 für die Jahre 2017 bis 2022 und 0 sonst

ε_j : Fehlerterm

Die Resultate der Schätzung sind in Tabelle 16 dargestellt. Der Koeffizient α widerspiegelt den Achsenabschnitt einer linearen Gleichung. Er gibt die Höhe der logarithmierten Kosten im ersten Betrachtungsjahr (2004) an. Der Koeffizient β_1 entspricht der jährlichen Wachstumsrate der Jahre 2004 bis 2012, β_4 der Veränderung dieser Wachstumsrate in den Jahren 2013 bis 2016 und β_5 der Veränderung der Wachstumsrate in den Jahren 2017 bis 2022 gegenüber 2004 bis 2012 (β_1). Gemäss Tabelle 16 betrug somit die Wachstumsrate der totalen Kosten zwischen 2004 und 2012 3.4%, zwischen 2013 und 2016 0.0% (=3.4% + -3.4%) und zwischen 2017 und 2022 2.0% (=3.4% + -1.4%).

Tabelle 16 Resultate ökonometrische Analyse der Effekte der Gesetzesänderungen auf die Kosten pro Versicherten, Koeffizienten und Signifikanzniveau

	Totale Kosten	Spital stationär	Spital ambulant	Arzt ambulant
Konstante (α)	8.128 ***	7.040 ***	5.511 ***	6.650 ***
Jährliches Wachstum 2004–2012 (β_1)	0.034 ***	0.035 ***	0.066 ***	0.027 ***
Niveaushift 2013 (β_2)	0.372 ***	0.314 *	0.459	0.692 ***
Niveaushift 2017 (β_3)	0.094	0.068	0.178	0.150
Jährliches Wachstum 2013–2016 (β_4)	-0.034 ***	-0.027 *	-0.045	-0.064 ***
Jährliches Wachstum 2017–2022 (β_5)	-0.014 **	-0.007	-0.025	-0.022 **

Signifikanz auf dem: *** 1%-Niveau, ** 5%-Niveau, * 10%-Niveau

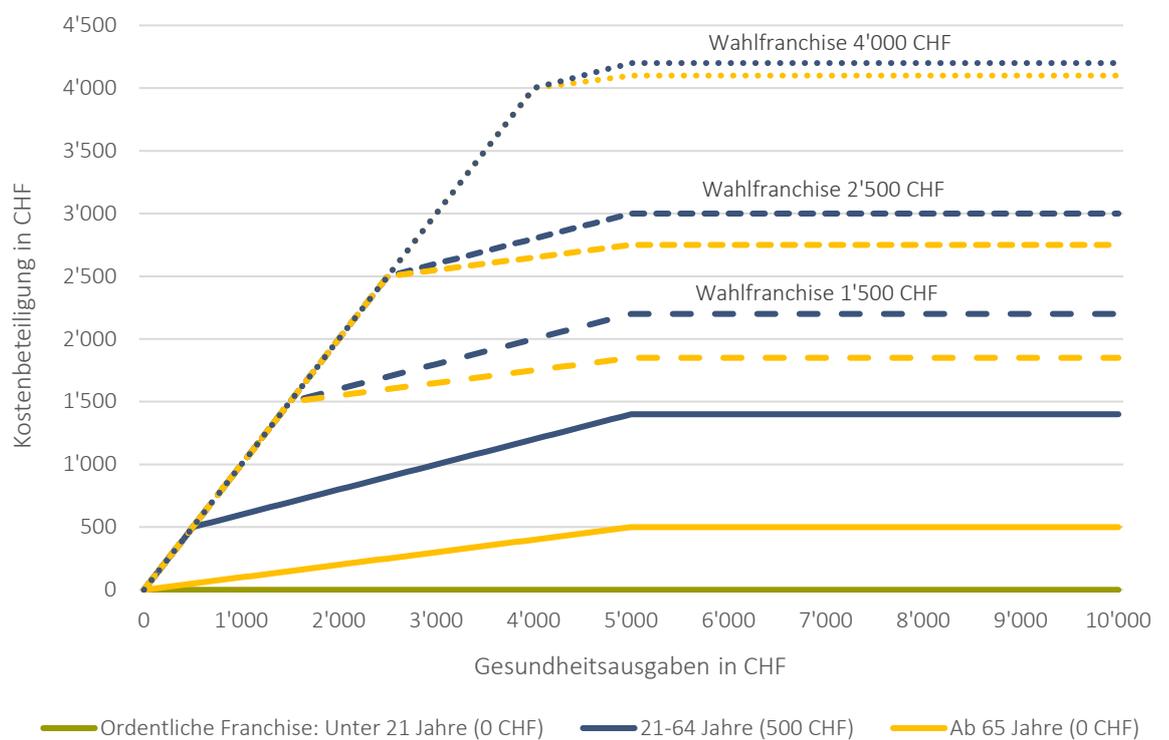
Die Tabelle zeigt die Resultate der Regressionsanalyse. Es wurde ein Modell mit einer logarithmierten abhängigen Variable geschätzt, d. h. die ausgewiesenen Koeffizienten sind als Prozentzahl zu verstehen. Zur Berechnung der Effekte einzelner Jahre muss jedoch die Regressionsgleichung berücksichtigt werden.

Quelle: Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein – Krankenkassenstatistik. Eigene Berechnungen Polynomics.

Der Koeffizient β_2 schätzt den Kostensprung im Jahr 2013. Dieser Koeffizient kann jedoch nicht direkt interpretiert werden, da neben der Dummyvariable für den Kostensprung auch die Interaktion mit der Jahresvariable «aktiv» ist. Der Kostensprung berechnet sich deshalb aus den Koeffizienten β_2 und β_4 , d. h. $0.372 + 10 * (-0.034) = 3.2\%$. Der Wert 10 entspricht dem Jahr 2013. Analog berechnet sich der vorhergesagte Kostensprung im Jahr 2017 aus den Koeffizienten β_3 und β_5 , d. h. $0.094 + 14 * (-0.014) = -10.2\%$.

8.3 Kostenbeteiligung

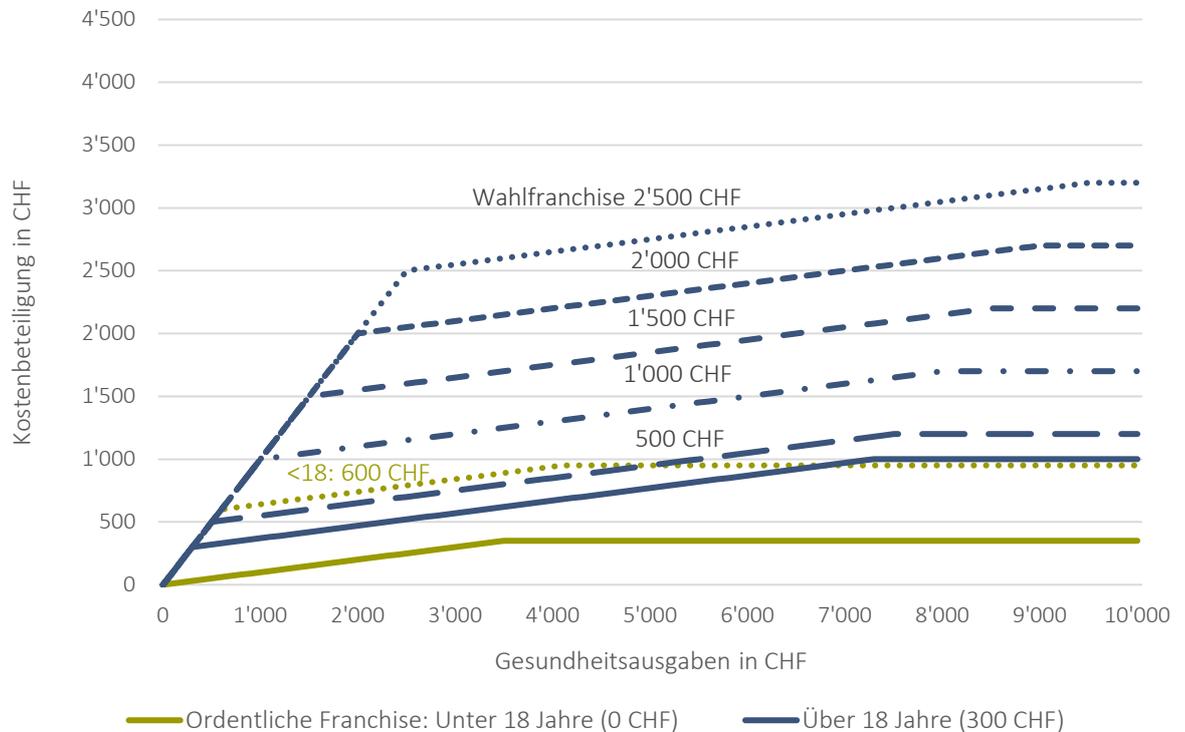
Abbildung 11 Kostenbeteiligung in Liechtenstein in Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben



Die Abbildung zeigt die Kostenbeteiligung in Liechtenstein für verschiedene Franchisestufen und Altersklassen. Versicherte unter 21 Jahren tragen keine Kostenbeteiligung. Die Kostenbeteiligung für Rentner ist aufgrund der Franchisebefreiung stets niedriger als für Versicherte im erwerbstätigen Alter. Die maximale Kostenbeteiligung wird bei allen Franchisestufen bei Gesundheitsausgaben in der Höhe von 5'000 CHF erreicht. Ab diesem Betrag müssen sich Versicherte nicht mehr an ihren zusätzlichen Kosten beteiligen.

Quelle: [Landesverwaltung Fürstentum Liechtenstein](#). Eigene Darstellung Polynomics.

Abbildung 12 Kostenbeteiligung in der Schweiz in Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben



Die Abbildung zeigt die Kostenbeteiligung in der Schweiz für verschiedene Franchisestufen und Altersklassen. Die ordentliche Franchise für Versicherte unter 18 Jahren beträgt 0 CHF, die maximale Kostenbeteiligung 350 CHF. Ab welcher Höhe der Gesundheitsausgaben die maximale Kostenbeteiligung erreicht wird, hängt von der Franchisestufe ab. Bei Erwachsenen mit der ordentlichen Franchisestufen sind dies 7'300 CHF, mit der höchsten Franchise 9'500 CHF. Ab diesem Betrag müssen sich Versicherte jeweils nicht mehr an ihren zusätzlichen Kosten beteiligen.

Quelle: BAG, Eigene Darstellung Polynomics.

8.4 Expertengespräche

Im Rahmen des Projektes wurde mit folgenden Personen Experteninterviews geführt:

- Christian Frei, Leiter integrierte Versorgung SWICA Gesundheitsorganisationen
- Fabienne Hasler, CEO Concordia Liechtenstein
- Ecki Hermann, FA für Allgemeinmedizin (medicare)
- Stefan Rüdissler, Geschäftsführer Liechtensteinische Ärztekammer
- Christian Wolf, Präsident Verein eHealth Liechtenstein

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70