

Dr. Franziska Sprecher / Dr. Patricia M. Schiess Rütimann

«Gesundheitsrecht am Puls der Zeit»

Bericht zum Symposium der Privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein vom 22. November 2013

Am 22. November 2013 führte die Private Universität im Fürstentum Liechtenstein (UFL) bereits zum vierten Mal ihr jährliches Symposium zum Gesundheitsrecht durch. Es war dem Thema «Ökonomie und Gesundheit – Was darf uns unsere Gesundheit kosten?» gewidmet. In Triesen (FL) trafen sich Fachleute aus Liechtenstein und der Schweiz, um verschiedene Facetten der Finanzierung des Gesundheitssystems interdisziplinär zu erörtern und mit einem kritischen Publikum zu diskutieren.

Rechtsgebiet(e): Gesundheitsrecht; Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik; Tagungsberichte

Zitiervorschlag: Franziska Sprecher / Patricia M. Schiess Rütimann, «Gesundheitsrecht am Puls der Zeit», in: Jusletter 27. Januar 2014

Inhaltsübersicht

- I. Das Symposium und sein Thema
- II. Die aktuelle Situation in Liechtenstein
- III. Die Referate
 1. Ein Plädoyer für ein wertorientiertes und nachhaltiges Gesundheitssystem – nicht nur in Liechtenstein
 2. Systeme der ärztlichen Leistungserbringung im Spital
 3. Eckpunkte aus ethischer Sicht für die Rationalisierung
 4. Verteilung knapper Gesundheitsressourcen – Rolle der Gerichte
 5. Betriebliches Gesundheitsmanagement
 6. Gesundheitsökonomik
- IV. Fazit

I. Das Symposium und sein Thema

[Rz 1] Die Gesundheitsversorgung und ihre (steigenden) Kosten bilden (scheinbar) ein unzertrennliches Paar. Verschiedene Entwicklungen (Demographie, technologischer Fortschritt, Erwartungen der Patientinnen und Patienten, Staatsfinanzen etc.) stellen die Gesundheitssysteme, ihre Finanzierung und damit die Gesellschaft vor grosse Herausforderungen.

[Rz 2] Unter dem Titel «Gesundheitsrecht am Puls der Zeit – Was darf uns unsere Gesundheit kosten?» beleuchtete das diesjährige¹ Symposium der UFL am 22. November 2013 die Gesundheitsversorgung und ihre Kosten aus dem Blickwinkel verschiedener Disziplinen. Neben Fachleuten aus den Gebieten Gesundheitsökonomie, Ethik, Medizin und Recht, kamen auch Vertreterinnen und Vertreter der Politik und der Krankenversicherungen zu Wort. Sie stellten sich den kritischen Fragen eines interessierten Publikums, das nicht nur aus Liechtenstein, sondern auch aus den angrenzenden Kantonen und aus Vorarlberg angereist war. Auch für das nächste Symposium am 14. November 2014 ist wiederum ein spannendes Thema vorgesehen, nämlich Gesundsein und Kranksein in der Arbeitswelt.

[Rz 3] Eröffnet wurde das Symposium zum Thema Ökonomie und Gesundheit am 22. November 2013 vom liechtensteinischen Regierungsrat Dr. Mauro Pedrazzini, der als Minister für Gesellschaft für die Ressorts Soziales, Gesundheit sowie Familie und Chancengleichheit verantwortlich zeichnet.²

II. Die aktuelle Situation in Liechtenstein

[Rz 4] Die Ausgaben für das Gesundheitswesen sind in Liechtenstein schon seit längerem ein Thema. Dies nicht zuletzt deshalb,

- weil das Total der Staatsausgaben für das

Gesundheitswesen seit der Jahrtausendwende kontinuierlich angestiegen ist,³

- weil die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) pro Kopf in Liechtenstein deutlich höher sind als in den umliegenden Schweizer Kantonen⁴ und im Jahr 2013 massiv angestiegen sind, worüber die Liechtensteiner Medien ausführlich berichteten,⁵
- weil sich die öffentliche Hand in einem sehr hohen Masse an den Kosten des Gesundheitswesens beteiligt,⁶
- weil sich auch die Arbeitgeber an den Gesundheitskosten beteiligen müssen,⁷ was von ihnen nicht mehr unwidersprochen hingenommen wird und

³ Siehe die Statistik in der «Krankenkassenstatistik 2012» des Amtes für Statistik (abrufbar unter: <http://www.llv.li/amtstellen/llv-as-sozialversicherungen/llv-as-versicherungen-krankenkassenstatistik.htm> oder direkt über: http://www.llv.li/pdf-llv-as-ikk_2012), S. 14.

⁴ Siehe Krankenkassenstatistik 2012 (siehe Fn. 3), S. 15. Die Medienmitteilung des Ministeriums für Gesellschaft vom 15. November 2013 «Krankenkassenprämien 2014 steigen» (abrufbar unter: [http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/medienmitteilungen/news/?tx_ttnews\[tt_news\]=351&cHash=0073aebdb501b41003af5ad887d3ebb](http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/medienmitteilungen/news/?tx_ttnews[tt_news]=351&cHash=0073aebdb501b41003af5ad887d3ebb)) nennt für 2012 durchschnittliche Pro-Kopf-Kosten von Fr. 3'943 gegenüber Pro-Kopf-Kosten in der Schweiz von Fr. 3'352. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass in Liechtenstein das Abrechnungssystem tiers payant zur Anwendung gelangt (für die Schweiz gilt mangels anderslautender Vereinbarung das System tiers garant: Art. 42 Abs. 1 KVG) und mehr Leistungen in den Leistungskatalog aufgenommen sind. Einen kurzen Überblick über die Unterschiede und den Hinweis, Änderungen am Schweizer KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10) wo sinnvoll auch für das Liechtensteiner KVG (Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung, LR 832.10; Die Gesetze sind abrufbar unter www.gesetze.li) zu übernehmen, finden sich in der Medienmitteilung des Ministeriums für Gesellschaft vom 4. Dezember 2013 «Regierung beschliesst Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) per 1. Januar 2014» (abrufbar unter: [http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/medienmitteilungen/news/?tx_ttnews\[tt_news\]=390&cHash=23265aa7eb9f9ec81a20d2b54ff4fc39](http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/medienmitteilungen/news/?tx_ttnews[tt_news]=390&cHash=23265aa7eb9f9ec81a20d2b54ff4fc39)).

⁵ Siehe z.B. MARTIN HASLER, OKP-Kosten im ersten Halbjahr stark gestiegen, Volksblatt, 30. Oktober 2013, S. 1.

⁶ Im Jahr 2012 machten der Staatsbeitrag an die Krankenkassen, der Staatsbeitrag an die Spitäler und die Prämienverbilligungen an die finanzschwachen Versicherten rund 50% aller im Gesundheitswesen eingesetzten Mittel aus: Krankenkassenstatistik 2012 (siehe Fn. 3), S. 11 f. Am 20. Juni 2013 beschloss der Landtag unter dem Titel «Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2014 (Nr. 26/2013)» eine Reduktion der vom Staat an die Krankenkassen für die bei ihnen versicherten Erwachsenen überwiesenen Summe von 52 Mio. Fr. auf 42 Mio. Fr.: Landtagsprotokoll vom 20. Juni 2013 S. 696 ff. (abrufbar unter: <http://www.landtag.li/protokolle/default.aspx?mode=lp&prim=2013&value=6>).

⁷ Siehe Art. 21 f. KVG und Art. 79 KVG. Für 2014 haben die Arbeitgeber für ihre erwachsenen Angestellten mit Wohnsitz in Liechtenstein monatlich Fr. 148.50 an die Krankenkassen zu entrichten, weshalb die Wirtschaftskammer Liechtenstein Ende November 2013 nicht zum ersten Mal forderte, dieser Betrag sei zu plafonieren: GÜNTHER FRITZ, «Arbeitgeberbeitrag soll

¹ Es war dies bereits das vierte Symposium der UFL zum Gesundheitsrecht. Zum Symposium vom 23. November 2012 FRANZISKA SPRECHER / PATRICIA M. SCHIESS RÜTIMANN, Tagungsbericht «Gesundheitsrecht am Puls der Zeit» in: Jusletter 28. Januar 2013.

² <http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/>.

- weil die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für das Jahr 2014 durchschnittlich um 11,8% angestiegen sind.⁸

[Rz 5] Dass nicht nur einzelne Ärzte in Liechtenstein in den letzten Jahren sehr gut verdient hatten, wurde einer breiten Öffentlichkeit durch die Berichterstattung über ein Urteil des Verwaltungsgerichtshofes (VGH 2013/067)⁹ vom 27. Juni 2013 betreffend des Inhabers einer Ärzte-AG bekannt.¹⁰ Am 29. Oktober 2013 bestätigte der Staatsgerichtshof (StGH 2013/036)¹¹ ein anderes Urteil des Verwaltungsgerichtshofes^{12,13}. Der Staatsgerichtshof kam zum Schluss, dass die Publikation einer Statistik über die Krankenversicherung gemäss Art. 4b Abs. 1 KVG¹⁴, welche die erzielten Umsätze der Leistungserbringer aufteilt nach Behandlung, Medikamenten, anderen Heilmitteln und weiteren Kosten

eingefroren werden», Vaterland, 30. November 2013, S. 1.

⁸ Allerdings beträgt die Durchschnittsprämie ohne Unfallddeckung für einen Erwachsenen monatlich noch immer «nur» Fr. 296, was deutlich weniger ist als in den angrenzenden Kantonen. Siehe die Zusammenstellung der Zahlen in der Medienmitteilung des Ministeriums für Gesellschaft vom 15. November 2013 (siehe Fn. 4).

⁹ Abrufbar unter: www.gerichtsentscheide.li mit dem Aktenzeichen «VGH 2013/067» oder dem Titel «Erwerbssteuer 2010».

¹⁰ Der Arzt war bis zum 31. August 2010 als selbständiger Arzt in seiner eigenen Praxis tätig gewesen. Per 1. September 2010 hatte er eine Ärzte-AG gegründet, die ihn als mitarbeitenden Firmeninhaber anstellte. Während er in den Jahren 2005 bis 2009 einen steuerpflichtigen Erwerb zwischen 1,176 Mio. Fr. und 1,407 Mio. Fr. erzielt hatte, machte er von der Ärzte-AG lediglich einen Jahreslohn von Fr. 300'000 geltend.

¹¹ Abrufbar unter: www.gerichtsentscheide.li.

¹² Urteil des Verwaltungsgerichtshofes, VGH 2013/001, vom 18. Februar 2013 (abrufbar unter: www.gerichtsentscheide.li).

¹³ Das Urteil wurde in den Landeszeitungen ausführlich besprochen: DESIRÉE VOGT, Urteil schafft endgültig Klarheit, Vaterland, 20. November 2013, S. 1 und S. 3. MICHAEL BENVENUTI, Ärzte verlieren vor Gericht: Umsätze werden publiziert, Volksblatt, 20. November 2013, S. 1 und S. 3.

¹⁴ «Art. 4b KVG Statistik: Abs. 1: Das Amt für Statistik publiziert jährlich eine Statistik über die Krankenversicherung und über das Gesundheitswesen. Diese Statistik beinhaltet insbesondere die pro Kalenderjahr erzielten gesamten Umsätze, aufgeteilt nach Behandlung, Medikamente, andere Heilmittel und weitere Kosten, der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringer, aufgegliedert nach Kategorien von Leistungserbringern und Fachgruppen von Leistungserbringern. Die Anonymität der Leistungserbringer ist dabei zu wahren. Abs. 2: Die Statistik nach Abs. 1 stützt sich insbesondere auf: a) die Jahresrechnungen und die nach dem Gesetz zu liefernden statistischen Angaben der Kassen; b) die vom Kassenverband nach Art. 19 Abs. 2a erstellte Statistik der Behandlungskosten; c) die statistischen Angaben, welche gestützt auf das Statistikgesetz bei den Leistungserbringern und anderen Institutionen im Gesundheitswesen erhoben werden. Abs. 3: Zu diesem Zweck weist das Amt für Gesundheit in Absprache mit dem Amt für Statistik die Kassen und die Leistungserbringer an, wie Daten zu erfassen und für statistische Erhebungen bereitzuhalten und bis zu welchem Datum diese abzuliefern sind. Es berücksichtigt dabei die Anforderungen der Gesetzgebung über den Datenschutz, insbesondere ist die Anonymität des Versicherten zu wahren.» Art. 4b KVG war durch das Gesetz vom 24. November 2010 betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (LGBI. 2010 Nr. 451) eingefügt worden.

sowie nach Kategorien und Fachgruppen, nicht gegen die Verfassung verstösst und dass die vom Amt für Statistik vorgesehene Art der Anonymisierung der veröffentlichten Daten vor der Verfassung standhält. Im Rahmen der Berichterstattung über dieses Urteil wurde daran erinnert, dass den 79 OKP-Ärzten im Jahr 2012 von den Krankenkassen allein aus der Grundversicherung im Durchschnitt Fr. 593'521 überwiesen worden waren.¹⁵

[Rz 6] Es überrascht deshalb nicht, dass das Gesundheitswesen in Liechtenstein regelmässig zu emotionalen Debatten¹⁶ und kritischen Anfragen¹⁷ im Landtag (dem nationalen Parlament¹⁸) führt. Auch wurden besorgte Stimmen laut, als im abgelaufenen Jahr bekannt wurde, dass in Bendern FL der Bau einer spezialisierten Privatklinik¹⁹ geplant ist,²⁰ während die inhaltliche Ausrichtung des Landesspitals in Vaduz nach wie vor ungewiss ist.

[Rz 7] Für das Jahr 2014 ist eine grössere Revision des KVG²¹ geplant. Angesichts dessen, dass die Regierung und der Landtag wegen des Einbruchs der Steuereinnahmen zum Sparen verpflichtet sind²² und von Seiten Regierung schon mehrfach angetönt worden war, dass die staatlichen

¹⁵ MICHAEL BENVENUTI, Transparenz für die Prämienzahler, Volksblatt, 20. November 2013, S. 1.

¹⁶ So zuletzt am 4. Dezember 2013, als in der «Aktuellen Stunde» unter dem Titel «Prämienschock bei der Krankenversicherung» Massnahmen zur Kostensenkung gefordert wurden und behauptet wurde, die Versicherten würden unnötig häufig zum Arzt gehen (die Landtagsprotokolle sind abrufbar unter <http://www.landtag.li/protokolle/?nid=4089&auswahl=4089&lang=de>, das Protokoll vom Dezember 2013 liegt jedoch noch nicht vor).

¹⁷ So zuletzt die Kleinen Anfragen in der Landtagssitzung vom 4. Dezember 2013: «Laborkosten gemäss BAG-Kostenmonitoring», «Wirtschaftlichkeitsverfahren Ärzte», «Notfalldienst» und «Krankenkassenprämien in Liechtenstein im Vergleich zur Schweiz» (abrufbar unter: <http://www.landtag.li/kleinanfragen.aspx?nid=4350&auswahl=4350&lang=de>).

¹⁸ www.landtag.li.

¹⁹ Weil rund Dreiviertel der Versicherten eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, sind die Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner für private Anbieter interessant.

²⁰ Siehe die Antwort der Regierung vom 24. September 2013, BuA Nr. 75/2013: «Interpellationsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend Auswirkungen einer Privatklinik auf das liechtensteinische Landesspital und das liechtensteinische Gesundheitssystem» (abrufbar unter: <http://bua.gmg.biz/BuA/default.aspx?nr=75&year=2013&content=2071857782>).

²¹ Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (LR 832.10, abrufbar unter: www.gesetze.li).

²² Siehe insbesondere die Medienmitteilung der Regierung vom 20. August 2013 zum sog. «Massnahmenpaket III» (abrufbar unter: <http://www.llv.li/rss/amtsstellen/llv-ikr-pressemitteilungen/pressemitteilungen-alt.htm?pmid=186799&lpid=3789&imainpos=2165>), den «Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend das Massnahmenpaket III zur Sanierung des Landeshaushalts» vom 17. Juli 2013 S. 998 ff., BuA Nr. 45/2013 (abrufbar unter: <http://bua.gmg.biz/BuA/default.aspx?nr=45&year=2013&content=1086960755>) und das Protokoll zur Landtagssitzung vom 5. September 2013 S. 998 ff., an welcher das «Massnahmenpaket III» beraten wurde (abrufbar unter: <http://www.landtag.li/protokolle/default.aspx?mode=lp&prim=2013&value=9>).

Mittel gesenkt oder zumindest anders eingesetzt werden könnten,²³ versteht es sich, dass die Öffentlichkeit ein grosses Interesse an der Entwicklung der finanziellen Seite des Gesundheitswesens zeigt.

[Rz 8] Regierungsrat Dr. Mauro Pedrazzini stellte in seiner Grussadresse zur Eröffnung des Symposiums fest, seiner Ansicht nach sei es nicht Aufgabe des Staates, die Krankenkassenprämien für jede Einwohnerin und jeden Einwohner zu verbilligen, sondern diejenigen Menschen gezielt finanziell zu unterstützen, die materiell so schlecht gestellt sind, dass sie durch das Bezahlen der Krankenkassenprämien in eine Notlage geraten würden. Während die Grundkosten durch die Versicherungen und direkt durch die betroffenen Versicherten (via Franchise) beglichen werden sollen, sei es an der öffentlichen Hand, bei den Hochkostenfällen Unterstützung zu leisten. Und last but not least bezeichnete es Regierungsrat Pedrazzini als Aufgabe des Staates, dafür Sorge zu tragen, dass die Bevölkerung gesund bleibt.

[Rz 9] Diese letzte Aufgabe kann sich mit Sicherheit jeder Staat ins Pflichtenheft schreiben. Auch sonst stellen sich – trotz der einleitend geschilderten Besonderheiten von Liechtenstein – viele Fragen, welche die liechtensteinische Politik und Öffentlichkeit beschäftigen, auch in der Schweiz. Dies nicht zuletzt wegen der engen Anlehnung des KVG von Liechtenstein an das Schweizer KVG (mit Prüfung auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit,²⁴ Versicherungsobligatorium und Prämienverbilligung) und wegen der engen Verflechtung der beiden Wirtschaftsräume.

III. Die Referate²⁵

1. Ein Plädoyer für ein wertorientiertes und nachhaltiges Gesundheitssystem – nicht nur in Liechtenstein

[Rz 10] Dr. rer. pol. Heinz Locher, Gesundheitsökonom und Unternehmensberater (Bern), eröffnete die Reihe der Vorträge. Er hielt fest, dass unser Gesundheitssystem – und damit meinte er nicht nur das liechtensteinische – weder konsequent wertorientiert noch nachhaltig sei. Ohne Korrekturmassnahmen werde es langfristig kaum noch finanzierbar sein. Es gelte, nicht einfach blind zu sparen, sondern wirtschaftlich mit den Ressourcen umzugehen und die Grundfunktionen des Gesundheitssystems sicher zu stellen. Diese bestehen darin, der gesamten Bevölkerung, unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen, den Zugang zu den erforderlichen Leistungen in der nötigen Qualität zu gewährleisten und dabei für den Einzelnen und die Volkswirtschaft finanziell tragbar zu sein sowie für alle Beteiligten möglichst viele Wahlfreiheiten offen zu lassen. In seinem Plädoyer zeigte Heinz Locher auf, wie dies für die Zukunft sichergestellt werden kann.

[Rz 11] Eine stabile und kohärente Grundordnung, welche die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen definiert, bilde die Voraussetzung für ein wertorientiertes und nachhaltiges Gesundheitssystem. Das Ausmass der Wertorientierung messe sich am Verhältnis zwischen den erreichten Ergebnissen (Outcome, Patientenzufriedenheit) und den hierfür eingesetzten Ressourcen. Gemäss Heinz Locher ist ein Gesundheitssystem nachhaltig, wenn Leistungen, die keinen Nutzen bringen, und nicht begründbare Unterschiede der Leistungserbringung²⁶ vermieden werden. Die bestehenden Formen der Leistungsfinanzierung und die Produktionsstrukturen müssten auf diese Herausforderung hin neu ausgerichtet werden. Sowohl Über- als auch Unterversorgung seien zu vermeiden. Zudem gelte es, den nationalen Präferenzen Rechnung zu tragen. Konkret bedeutet das für Liechtenstein: Ob im Landesspital in Vaduz eine Geburtsstation²⁷

²³ Ziel 6 der von der damaligen Regierung am 19. Oktober 2010 veröffentlichten «Agenda 2020» (abrufbar unter: <http://agenda2020.li/index.php?id=32>) mit dem Titel «Lebensqualität erhöhen» enthielt einen Punkt «Medizinische Versorgung zukunftsweisend gestalten». Unter diesem Titel wurde ausgeführt: «Um das hohe medizinische Versorgungsniveau aufrecht zu erhalten, und um auch am künftigen medizinischen Fortschritt teilzuhaben, muss das Gesundheitssystem laufend den neuen Anforderungen angepasst und insbesondere auch auf die Herausforderungen der künftigen Altersstruktur der Bevölkerung reagiert werden. Die staatliche Unterstützung der Finanzierung des Gesundheitssystems bleibt erhalten, gleichzeitig aber ist mit geeigneten Versorgungs- und Versicherungsmodellen die Eigenverantwortung zu stärken, um auch in Zukunft die Finanzierung zu gewährleisten.»

²⁴ Allerdings wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung erst mit dem Gesetz vom 24. Mai 2012 betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (LGBl. 2012 Nr. 197) in das KVG aufgenommen. Siehe die Erläuterungen hierzu im «Bericht und Antrag der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung» vom 8. Februar 2011, BuA Nr. 8/2011 (abrufbar unter: <http://bua.gmg.biz/BuA/default.aspx?nr=8&year=2011&content=1209417699>).

²⁵ Die Slides zu den Referaten und weiterführende Dokumente können heruntergeladen werden von der Website der UFL: <http://www.ufl.li/go/aktuell/veranstaltungen/rechtswissenschaftliches-symposium-2013/>.

²⁶ Hierbei verwies Heinz Locher auf die Versorgungsforschung, die für die Schweiz sehr grosse regionale Unterschiede zeigt. Siehe: PAUL CAMENZIND/ISABELLE STURNY: Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und mögliche Erklärungsfaktoren (Obsan Bericht 59), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel 2013 (abrufbar unter: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=5426>).

²⁷ Die Gynäkologin und die beiden Gynäkologen, die bisher als Belegärzte die Geburten im Landesspital begleiteten, hatten schon vor einiger Zeit angekündigt, ihre Tätigkeit altershalber per April 2014 einzustellen. Ob eine finanziell tragbare Lösung gefunden werden kann für die jährlich zwischen 190 und 250 Geburten, beschäftigt Leserbriefschreiber und

und palliative care angeboten werden sollen, hat das Land zu entscheiden.²⁸ Ebenso handelt es sich um einen Grundentscheid, ob in einem Staat der Wettbewerb spielen soll oder von staatlicher Seite her geplant und koordiniert wird. Bezüglich Spitalwahl zeigt sich Liechtenstein sehr liberal,²⁹ während bei der OKP-Vergabe planwirtschaftliche Elemente auszumachen sind.³⁰ Einen Unterschied zur Schweiz sieht Heinz Locher abgesehen von den tieferen, da stark subventionierten Krankenkassenprämien³¹ auch in der (noch?) geringen Anzahl von Gruppenpraxen.

[Rz 12] Tarife sind gemäss Heinz Locher dann versorgungsbedarf- und qualitätsorientiert, wenn sie die Zusammenarbeit unter Leistungserbringern fördern, deren (gemeinsame) Verantwortung für die Qualität des Outcomes für eine gesamte Behandlungsepisode (akute Erkrankung) oder eine Behandlungsperiode (chronische Erkrankungen) stärken und einen effizienten Ressourceneinsatz fördern.

[Rz 13] Die Herausforderung bestehe somit darin, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Versorgungssicherheit (auch im Krisen- und Katastrophenfall), Patientensicherheit und Qualität der Leistungserbringung sowie der Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit herzustellen und zu bewahren. Heinz Locher ist überzeugt, dass ein wertorientiertes, nachhaltig ausgerichtetes Gesundheitssystem machbar ist. Hierzu ist aber der Einsatz aller Akteure nötig. Ansonsten droht eine zunehmende Gefährdung der Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung.

2. Systeme der ärztlichen Leistungserbringung im Spital

[Rz 14] Dr. med. Markus Stoffel, Leiter

Unternehmensentwicklung der Klinik Hirslanden und Mitglied der Geschäftsleitung (Zürich), Internist/Nephrologe, Ärztlicher Qualitätsmanager und Gesundheitsökonom (EBS), widmete sich dem Tagungsthema mit einem Vortrag zu den verschiedenen Systemen der ärztlichen Leistungserbringung in Spitälern. In seinem Referat «Chefarzt- vs. Belegarztsystem: Oder beides?» ging er vorrangig auf den durch die Klinik Hirslanden eingeschlagenen Weg ein und beleuchtete die strategischen Schritte zur Durchführung von Programmen der «Hochspezialisierten Medizin» (HSM).³²

[Rz 15] Nach einer kurzen Darstellung verschiedener ärztlicher Organisationsmodelle erläuterte Markus Stoffel die Besonderheit des an der Klinik Hirslanden zum Einsatz kommenden «Fusionsmodells». Das Chefarztsystem beruht – vereinfacht gesagt – darauf, dass eine Kapazität das ganze Fachgebiet überblickt, was mit der fortschreitenden Spezialisierung immer schwieriger wird. Beim Belegarztsystem hingegen kennt der Arzt den Patienten, hat aber wenig bis keinen Kontakt zu den anderen Spezialisten. Das Fusionsmodell kombiniert nun das Chefarzt mit dem Belegarztsystem. Das Resultat ist eine Kombination aus angestellten Generalisten (diese garantieren die medizinische Infrastruktur und Sicherheit) und belegärztlichen Spezialisten (diese stellen das diversifizierte Medizinportfolio dar). Zentral ist dabei der Austausch unter den Ärzten und ihre Fähigkeit, im Team zu arbeiten.

[Rz 16] Vor dem Hintergrund der in der Schweiz³³ auf der Basis einer interkantonalen Vereinbarung³⁴ aufgestellten Programme für hochspezialisierte Medizin³⁵ zeigte Markus Stoffel auf, wie diese spezifischen gesundheitspolitischen Anforderungen innerhalb des Kombinationsmodells ärztlicher Leistungserbringung umgesetzt werden und somit eine Maximierung des Patientennutzens erreicht werden kann.

3. Eckpunkte aus ethischer Sicht für die Rationalisierung

[Rz 17] Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich, bereicherte mit ihrem Beitrag «Rationalisierung im Gesundheitswesen – ethische Erwägungen» das Symposium um einen ethischen Blickwinkel. Nikola Biller-Andorno zeigte auf, dass ein Teil der Mittel im Gesundheitswesen in

Politikerinnen. Siehe: ANGELA HÜPPI, «Das ist ein Armutszeugnis», Vaterland, 10. Januar 2014, S. 3; MICHAEL BENVENUTI, Gynäkologin Wolfinger: Rettung der Geburtenstation ist «kaum möglich», Volksblatt, 9. Januar 2014, S. 1; Kleine Anfrage in der Landtagssitzung vom 4. Dezember 2013 «Zukunft der Geburtenabteilung beim Landesspital Vaduz» (abrufbar unter: <http://www.landtag.li/kleineanfragen.aspx?nid=4350&auswahl=4350&lang=de>).

²⁸ Siehe die «Eignerstrategie der Regierung des Fürstentums Liechtenstein für die Stiftung Liechtensteinisches Landesspital» vom 20. November 2012, abrufbar auf der Website des Landesspitals unter: <http://www.landesspital.li/Portals/31/docs/Aktuelles/2013-01-15%20Eignerstrategie%20der%20Regierung%20FL%20f%C3%BCr%20die%20Stiftung%20LLS.pdf>.

²⁹ Siehe die vom Amt für Gesundheit erstellte «Liste der Vertragsspitäler des Fürstentums Liechtenstein» (abrufbar unter: http://www.llv.li/il-pdf-llv-ag-vertragsspitaeler_30.09.2011.pdf).

³⁰ Zur Bewilligungspflicht der Gesundheitsberufe siehe Art. 6 ff. GeSG (Gesundheitsgesetz vom 13. Dezember 2007, LR 811.01) und zur Bedarfsplanung Art. 16b KVG.

³¹ Heinz Locher sprach sich in der Diskussion dafür aus, dass die Finanzierung der Gesundheitsleistungen über die Prämien erfolgt und die öffentliche Hand nur diejenigen Personen unterstützt, die über zu wenige Mittel verfügen. Dieses Ziel ist auch in der Schweiz nicht erreicht.

³² Siehe zur Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin die Informationen auf der Internetseite der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (abrufbar unter: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822&L=dyluutqiytd>).

³³ Regierungsrat Dr. Mauro Pedrazzini gehört der GDK als ständiger Gast an.

³⁴ GDK, Interkantonale Vereinbarung über die Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 (abrufbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/HSM/01_IVHSM_CIMHS_14032008_d.pdf).

³⁵ Zum Stand der Planung siehe: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822&L=0>.

einer Weise eingesetzt wird, die keinen Mehrwert für die Patientenversorgung bringt.³⁶ Dies werde auch in der Debatte um steigende Kosten im Gesundheitswesen zunehmend wahrgenommen. Die Forderung nach einem effizienteren Einsatz knapper öffentlicher Mittel, also einer Rationalisierung, könne durchaus als moralisch geboten verstanden werden, allerdings nur, solange Qualität und Fairness der Gesundheitsversorgung nicht leiden.

[Rz 18] Ziel müsse die Integration der drei Parameter Kosten, Qualität und Fairness sein. Als Beispiel stellte sie die *Accountable Care Organizations*³⁷ vor, ein Element der U.S.-amerikanischen Gesundheitsreform, welches auf eine Kostendämpfung ohne Qualitätseinbussen zielt.³⁸ Davon ausgehend diskutierte sie aus ethischer Perspektive Anreize und Anreizsysteme für Medizinalpersonen, die in diesen Strukturen eine zentrale Rolle spielen, und gab Empfehlungen für eine ethisch vertretbare Umsetzung von Rationalisierungsmaßnahmen. Zentral ist ihrer Ansicht nach bei all dem, dass die intrinsische Motivation nicht verloren geht und die Ärztinnen, Pfleger, Therapeutinnen etc. nicht primär ans Ökonomische denken, sondern die Patientinnen und Patienten vor sich sehen und genau anschauen.

4. Verteilung knapper Gesundheitsressourcen – Rolle der Gerichte

[Rz 19] Nach der Mittagspause brachte Dr. iur. Franziska Sprecher, Studienleiterin Gesundheits- und Medizinrecht an der UFL, mit ihrem Vortrag «Zuteilung knapper Gesundheits-Ressourcen – Wer soll/kann entscheiden? Rolle der Gerichte» die juristische Perspektive ein. Sie befasste sich dabei insbesondere mit dem umstrittenen «Myozyme-Entscheid» des Schweizerischen Bundesgerichts vom 23. November 2010 (BGE 136 V 395). Franziska Sprecher wies einleitend darauf hin, dass das Recht den Rahmen für alle Allokationsentscheidungen und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen bildet. Die Verfassung gebe dabei die Leitplanken vor. Im Kontext der Gesundheitsversorgung und im Zusammenhang mit Allokationsentscheidungen und den damit verbundenen gesundheits-ökonomischen Überlegungen

seien zwei Grundrechte von besonderer Bedeutung: Die Rechtsgleichheit³⁹ und die Menschenwürde⁴⁰.

[Rz 20] Im «Myozyme Fall» hatte das Bundesgericht über den Umfang der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung für das Medikament «Myozyme» zu entscheiden. Dieses Medikament wird für die Behandlung der seltenen Krankheit Morbus Pompe (Glykogenspeicherkrankheit) eingesetzt, war aber zum damaligen Zeitpunkt nicht auf der Spezialitätenliste⁴¹ (Off-Label-Use). Das Bundesgericht kam zum Schluss, dass selbst dann, wenn ein hoher therapeutischer Nutzen von «Myozyme» erwiesen wäre, eine Leistungspflicht der OKP aus Wirtschaftlichkeitsgründen, d.h. mangels eines angemessenen Verhältnisses zwischen Nutzen und Kosten⁴², abzulehnen sei. Der Entscheid löste sowohl in Fachkreisen⁴³ und der Politik⁴⁴ als auch in den Medien⁴⁵ und der Öffentlichkeit ein grosses Echo aus.

[Rz 21] Franziska Sprecher zeigte weiter die Entwicklung nach dem Urteil auf.⁴⁶ Der Entscheid sei als ein klares Signal

³⁹ Art. 31 Abs. 1 Verfassung des Fürstentums Liechtenstein vom 5. Oktober 1921 (LV, LR 101); Art. 8 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, BV (SR 101).

⁴⁰ Art. 27bis Abs. 1 LV; Art. 7 BV.

⁴¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/00265/index.html?lang=de>.

⁴² Das Bundesgericht ging von Kosten für die Arzneimitteltherapie mit «Myozyme» für die betroffene Patientin für die streitigen eininhalb Jahre von «insgesamt rund Fr. 750'000.- bis Fr. 900'000.-» aus (BGE 136 V 395 E. 7.8).

⁴³ Vgl. TOMAS POLEDNA/MARIANNE TSCHOPP, Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts, in: Jusletter 7. Februar 2011.

⁴⁴ Interpellation 11.3154 vom 16. März 2011 von Nationalrätin Ruth Humbel «Bundesgerichtsurteil als Startschuss zur medizinischen Rationierung?» (abrufbar unter: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113154), Postulat 11.3218 vom 17. März 2011 von Nationalrat Ignazio Cassis «Wie viel soll die Gesellschaft für ein Lebensjahr zahlen?» (abrufbar unter: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113218), Interpellation 11.3306 vom 18. März 2011 von Ständerat Felix Gutzwiller «Ein Schwellenwert von 100'000 Franken für medizinische Therapien?» (abrufbar unter: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113306).

⁴⁵ Siehe z.B. ROLF KURATH, Für alle oder für keinen – NZZ 23. Dezember 2010 zum BGE 9C_334/2010 vom 23. November 2010, Luzerner Forum für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit (abrufbar unter: http://blog.hslu.ch/luzerner-forum/2010/12/26/fur-alle-oder-fur-keinen-nzz-23-12-2010-zum-bge-9c_3342010-vom-23-11-2010/), CHRISTOF FORSTER, Morbus Pompe: Pharmaindustrie macht Druck, Aargauerzeitung vom 14. März 2011 (abrufbar unter: <http://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/morbus-pompe-pharmaindustrie-macht-druck-105841762>), IWAN STÄDLER, Heikler Entscheid ums Bezahlen eines 300'000 Franken teuren Heilmittels, Tagesanzeiger vom 21. Mai 2011 (abrufbar unter: <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Heikler-Entscheid-ums-Bezahlen-eines-300000-Franken-teuren-Heilmittels/-story/21992868>).

⁴⁶ Verschiedene Krankenkassen verweigerten mit Verweis auf den Bundesgerichtsurteil die Kostenübernahme für «Myozyme»-Behandlungen und wurden daraufhin vom Bundesamt für Gesundheit angewiesen, jeden Einzelfall sorgfältig zu prüfen (Dokument «Informationsschreiben an die

³⁶ Als Zwischenbemerkung wies Nikola Biller-Andorno auf die überraschende Tatsache hin, dass viel geforscht wird zur Patientensicherheit, aber nur wenig Energie darauf verwendet wird herauszufinden, was den Patienten wirklich nützt und was von ihnen und ihren Familien tatsächlich gewünscht wird.

³⁷ Siehe die einführenden Erklärungen zu den Accountable Care Organizations auf der folgenden Regierungs-Website: <http://innovation.cms.gov/initiatives/aco/>.

³⁸ Einen Zugang zu sehr vielen Publikationen insbesondere zu den Themen Qualität, Patientensicherheit und Zugänglichkeit bietet die Website des Institute of Medicine of the National Academies IOM (abrufbar unter: www.iom.edu).

an die bisher untätige Politik verstanden worden, die längst existierende versteckte Rationierung⁴⁷ anzuerkennen und die nötigen Reformen an die Hand zu nehmen. Auch bestehe Einigkeit darüber, dass es nicht die Rolle der Gerichte sei, grundlegende Entscheide dieser Art zu treffen. Vielmehr bedarf es einer breit abgestützten Auseinandersetzung mit der Frage nach der «gerechten» Zuweisung der knappen Gesundheitsressourcen unter Einbezug aller betroffenen Kreise. Kosten-/Nutzen-Abwägungen⁴⁸ seien unumgänglich und Rationalisierungspotentiale müssten genutzt werden. Dabei vervollständigen bei diesen Analysen bereits heute juristische, ethische und gesellschaftliche Aspekte die medizinischen und gesundheitsökonomischen Daten.⁴⁹ Auf der Grundlage dieser Untersuchungen sind Leistungskataloge und Leistungsgrenzen im Rahmen eines möglichst breit abgestützten Dialogs in transparenten Verfahren zu ermitteln und festzulegen.

Krankenversicherer vom 30. März 2011: Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall» (abrufbar unter: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/07607/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02Yuq2Z6gpJCJfXx_g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--). 2011 wurde «Myozyme» mit einer umfangreichen Limitation in die Spezialitätenliste aufgenommen (abrufbar unter: <http://bag.e-mediat.net/SL2007.Web.External/ShowPreparations.aspx>, Suchbegriff «Myozyme»). Das Verordnungsrecht wurde an die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Off-Label-Use angepasst (Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Änderung vom 2. Februar 2011, insb. Art. 71a und 71b, AS 2011 653). Siehe auch Dokument des Bundesamtes für Gesundheit vom 2. Februar 2011 «Änderungen und Kommentar: Verordnung vom 27. Juni 1995 über die KVV und die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995» (abrufbar unter: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/07607/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02Yuq2Z6gpJCJfH18e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--).

⁴⁷ 2001 wurden von der Eidg. Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherungen zwei Studien zur Fragen der Rationierung im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben. Vgl. Schweizerische Ärztezeitung 2006 (87), 1697-1699 (abrufbar unter: <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2006/2006-39/2006-39-907.PDF>); vgl. auch das Positionspapier «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) von 2007 (abrufbar unter: http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d_Rationierung.pdf).

⁴⁸ Siehe hierzu insbesondere auch die Aktivitäten des Fachgremiums «Swiss Medical Board» (abrufbar unter: <http://www.medical-board.ch/>). Die Regierung des Fürstentums Liechtenstein ist Mitglied im Trägerverein des «Swiss Medical Board».

⁴⁹ Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» der Akademien der Wissenschaften Schweiz (abrufbar unter: <http://www.akademien-schweiz.ch/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html>), insb. die Studie von FLORIAN GUTZWILLER ET AL. «Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen», 2012 (abrufbar unter: http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Publikationen/Berichte/Gutzwiller_et_al_2012.pdf); Informationsbroschüre von ta-swiss (Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung) «Was ist uns Gesundheit wert? Publifocus Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen», 2012 (abrufbar unter: [http://www.ta-swiss.ch/?redirect=getfile.php&cmd\[getfile\]\[uid\]=2036](http://www.ta-swiss.ch/?redirect=getfile.php&cmd[getfile][uid]=2036)).

5. Betriebliches Gesundheitsmanagement

[Rz 22] In seinem Vortrag beleuchtete Dr. oec. Donat P. Marxer, Präsident des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes und Vorstandsvorsitzender der «Concordia»⁵⁰, die Herausforderungen und Entwicklungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Er rückte v.a. die Beweggründe für die Einführung eines BGM (die Senkung der Kosten für krankheitsbedingte Absenzen) und seine zentralen Elemente in den Vordergrund. Dabei konnte er nicht zuletzt auf seine Erfahrung als Verwaltungsratsmitglied verschiedener Liechtensteiner Unternehmen zurückgreifen.

[Rz 23] Einleitend wies Donat P. Marxer darauf hin, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer heute mehr denn je der rasanten Entwicklung der Arbeitswelt ausgesetzt sind. Die erhebliche Zunahme von Leistungsdruck und Arbeitsbelastung könne sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation auswirken und zu Organisationskrankheiten wie Burnout und Stress führen. BGM versuche dem entgegenzuwirken. Es werde als bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie des Wohlbefindens der Beschäftigten verstanden. Mit BGM werde die Gesundheit der Mitarbeitenden in das Leitbild, die Führungskultur, die Strukturen und Prozesse der Unternehmung einbezogen und als strategischer Faktor betrachtet, der Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, die Kultur und das Image der Organisation habe. Es basiere auf den drei Säulen Prävention, Intervention und Integration. Instrumente wie das Case- und Absenzenmanagement befassen sich mit den 4% der Mitarbeitenden, die durchschnittlich fehlen.⁵¹ Zentral sei aber ebenso, bei den anderen 96% mittels gezielter Gesundheitsförderung anzusetzen. Dabei gelte es zu berücksichtigen, dass die Belegschaften in den nächsten Jahren immer älter werden.

[Rz 24] Donat P. Marxer zeigte auf, dass bei konsequenter Umsetzung eines BGM eine Reihe von Vorteilen für die Mitarbeitenden, das Führungspersonal und die Unternehmung resultierten. Darüber hinaus könnten die Absenzenquoten und somit -kosten signifikant reduziert werden, was Donat P. Marxer am Schluss anhand von Einsparpotenzialen für

⁵⁰ Über 70% aller liechtensteinischen Versicherten (Total Versichertenbestand am 31. Dezember 2012: 37'590 Personen) sind bei der «Concordia» versichert.

⁵¹ Donat P. Marxer zeigte auf, dass sowohl bei den Unternehmen als auch bei den Krankenkassen einige wenige Personen sehr hohe Kosten verursachen. Bei der Liechtensteinischen Post AG waren es bei der Umsetzung des BGM 4 von 250 Mitarbeitenden. 2 von ihnen konnte durch eine neue Aufgabenstellung so geholfen werden, dass sie ohne Beschwerden immer noch für die Post tätig sind. Gemäss Krankenkassenstatistik 2012 (siehe Fn. 3), S. 29, bezogen im Jahr 2012 18'806 Personen von ihrer Krankenkasse Leistungen bis Fr. 1000, während 23 Personen Leistungen von Fr. 100'000 und mehr bezogen. Siehe zum Vergleich die Zusammenstellung des Bundesamtes für Statistik vom November 2013 «Die Kosten der stationären Spitalaufenthalte 2011» (abrufbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5424>).

Liechtenstein eindrücklich aufzeigte. Verblüffend war dabei, dass es mehreren liechtensteinischen Baufirmen gelungen ist, die Absenzen langfristig unter 3% zu senken.

6. Gesundheitsökonomik

[Rz 25] Prof. Dr. Bernhard J. Güntert, Institutsvorstand am Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik UMIT (Tirol) sowie Dozent für das Modul «Gesundheitsökonomie» im CAS-Studiengang Gesundheitsrecht an der UFL, veranschaulichte in seinem packenden Schlussvortrag «Steuerung des Gesundheitssystems – Was vermag die Gesundheitsökonomik?» gesellschaftliche Realitäten und Entwicklungen im Gesundheitsbereich und ihre ökonomischen Zusammenhänge.

[Rz 26] Die Gesundheitsökonomik ist die Analyse der wirtschaftlichen Aspekte des Gesundheitswesens, der optimalen Beschaffung und des optimalen Einsatzes der Ressourcen.⁵² Forschungsfelder der Gesundheitsökonomik sind Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnisse für ambulante und stationäre Leistungen, die Entwicklung von Nachfrage und Angebot, die Produktion von Gesundheitsleistungen, die Leistungsabgeltung, die Krankenversicherungsmärkte, die Finanzierung des Gesundheitssystems sowie die Rolle des Staates und die Sozioökonomische Evaluation. Bernhard J. Güntert zeigte auf, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung trotz Steuerungseingriffen weiter steigen und gleichzeitig Rationalisierungspotentiale zunehmend ausgeschöpft sind. Eine Deckelung werde in den nächsten 30 bis 40 Jahren nicht ohne grosse Leistungsreduktionen zu erreichen sein. Dies führe zu ungleichen Versorgungssituationen.

[Rz 27] Bernhard J. Güntert stellte weiter eine «Gesundheitsökonomik 2.0» vor. Diese erfordere die Ausweitung des ökonomischen Modells auf «nichtmarktliche» Bereiche und die Erweiterung des gesundheitsökonomischen Dreiecks durch Integration der konkreten Dienstleister (Service Triangle). Ebenso bedürfe es einer Ausweitung des Fokus» der Gesundheitsökonomie von der Medizin auch auf die (formelle und informelle) Pflege. Notwendig seien auch alternative Messgrössen: Alternativen zum BIP (z.B. Unterscheidung zwischen wohlfahrtsfördernder und wohlfahrtsschädigender Wertschöpfung) und Masseinheiten für das Outcome. Weiter müssten neben Krankheitskostenstudien und Evaluation auch Gesundheitsnutzenstudien erstellt werden und konsequent eine Langfristperspektive verfolgt werden.

[Rz 28] Bernhard J. Güntert fasste zusammen, dass die Gesundheitsökonomik Informationen, Modellvorstellungen und Analyseergebnisse liefere und somit der

⁵² Gerade weil Liechtenstein – zusammen mit den Kantonen BS und GE (siehe Krankenkassenstatistik 2012 [Fn. 3], S. 15) – hohe Bruttokosten pro Versicherten aufweist, interessiert der optimale Einsatz der Ressourcen hier besonders.

Entscheidungsvorbereitung für die Politik dient. Diese legt die Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem fest. Die Akzeptanz und Übernahme marktökonomischer Rationalität bzw. gesundheitsökonomischer Modelle und Vorstellungen sei abhängig von der allgemeinen Akzeptanz des Marktes in der Gesellschaft, wobei die Akzeptanz umso grösser sei, je differenzierter und umfassender die Modelle sind. Abschliessend gab Bernhard J. Güntert zu bedenken, dass sich die politische und ökonomische Rationalität jedoch gerade im Gesundheitswesen oft nicht entsprechen.

IV. Fazit

[Rz 29] Einig waren sich Bernhard J. Güntert, Heinz Locher und Nikola Biller-Andorno, dass die Entscheide nicht von den Ökonomen gefällt werden dürfen, sondern nach einer breiten Diskussion durch die Politik. Dem stimmte Franziska Sprecher in ihrem Referat mit Blick auf die Rolle der Richterinnen und Richter ebenfalls zu. Eine Übereinstimmung zeigte sich auch in der Bedeutung, welche Nikola Biller-Andorno und die Referenten Locher, Stoffel und Güntert der Motivation und dem verantwortungsbewussten Handeln der Medizinalpersonen beimessen.

[Rz 30] Dass das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung die Kosten des Gesundheitswesens noch einmal ansteigen lassen könnte, hoben sowohl Marxer als auch Güntert hervor.⁵³ Ein untätiges Zuwarten und Verschieben der Diskussion über Rationalisierungen – und wenn nötig auch über Rationierungen – ist nicht zuletzt auch deshalb unverantwortlich.

Franziska Sprecher ist als Studienleiterin des «CAS Gesundheitsrecht» und Patricia M. Schiess Rütimann als Studienleiterin des «Doktoratsstudiums Rechtswissenschaften» an der Privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein UFL tätig.

* * *

⁵³ In der Beantwortung eines Postulates erwähnte die liechtensteinische Regierung am 19. Dezember 2013 erstmals die Möglichkeit einer Pflegeversicherung, allerdings noch ohne konkrete Pläne vorlegen zu können (Postulationsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend die demografische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen und die sozialen Institutionen, BuA Nr. 111/2013 (abrufbar unter: http://www.regierung.li/fileadmin/mauopedrazzini/Postulatsbeantwortung_Demografische_Entwicklung_v20131218.pdf). Das Thema Pflegeversicherung wurde von den Medien sofort aufgegriffen. Siehe insbesondere HOLGER FRANKE, Pflegeversicherung in Diskussion, Volksblatt, 21. Dezember 2013, S. 1 und S. 5.