

Private Universität  
im Fürstentum Liechtenstein  
c/o Prof. Dr. oec. Bernhard Güntert  
Dorfstrasse 24  
9495 Triesen

Schaan, 12.09.2018

## **Vornahme Schlussbericht der Seminarreihe Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens**

Sehr geehrter Herr Güntert

Besten Dank für die Zustellung des Schlussberichtes zur Seminarreihe „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

### **Allgemeine Bemerkungen**

Wie in der Einleitung ausgeführt, war es Zielsetzung der Seminarreihe, gemeinsam mit den verschiedenen Gesundheitsberufen und Leistungserbringern Vorschläge für künftige Reformen zu erarbeiten.

Beim Studium des Berichtes haben wir den Eindruck gewonnen, dass bei den ausgeführten Reformvorschlägen neben den formulierten Erwartungen der Seminarteilnehmer auch zahlreiche Reformvorschläge des Verfassers enthalten sind, welche sich auf die aktuelle Studienlage, bzw. auf die persönliche Meinung des Verfassers stützen und nicht Gegenstand der Diskussionen der Seminarteilnehmer waren.

Es geht uns bei dieser Feststellung nicht darum, diese zusätzlichen Reformvorschläge qualitativ zu bewerten. Die daraus entstehende Fülle an empfohlenen Massnahmen und Reformvorschlägen beeinträchtigt aber die Überschaubarkeit und vor allem die Fokussierung und Priorisierung auf jene Themen, welche für die teilnehmenden Berufsgruppen und Leistungserbringer von prioritärer Bedeutung sind.

### **Bemerkungen zu den einzelnen Kapiteln**

#### **Seite 14, Kapitel 32, Akademisierung Gesundheitsberufe**

... dass mit der Akademisierung der Gesundheitsberufe und mit der Anpassung der Tätigkeitsbereiche sowohl die Berufsattraktivität ... und damit der Personalknappheit in diesen Berufen und dem Ärztemangel begegnet werden kann.

Die Ansicht mit der Akademisierung der Pflegeberufe der Personalknappheit begegnen zu können teilen wir nicht. Es ist unbestritten, dass es im Bereich der Pflege auch akademisch ausgebildetes Fachpersonal benötigt. Dieses wird jedoch gezielt und in ausgewiesenen Einsatzbereichen tätig sein und wird nicht das Problem des Fachkräftemangels per se lösen.

#### **Seite 15, Kapitel 38, Rechtsvorschriften und Gesetze**

Bei der Aufzählung der in Liechtenstein geltenden Rechtsvorschriften fehlt das Gesetz über die liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe LAKG.

#### **Seite 18, Kapitel 4, Abb. 9, Informelle und formelle Gesundheitsversorgung**

Da die 24-h-Betreuung einen wesentlichen Anteil am informellen Versorgungssystem darstellt, würden wir eine explizite Aufzählung dieser Gruppe begrüssen.

#### **Seite 18, Kapitel 7, Aufbau eines Kompetenzzentrums für Altersmedizin und -pflege (RV1)**

Die pflegerischen Kompetenzen im Bereich Geriatrie sind im Land bereits vorhanden. Der Titel „Kompetenzzentrum für das Alter“, wie von der LAK formuliert, würde dem Reformvorschlag besser gerecht.

#### **Seite 18, Kapitel 8, Aufbau von Tagesstrukturen und ausreichenden Kapazitäten für Ferienbetten (RV2)**

Ebenfalls ist ein „Aufbau von Tagesstrukturen und ausreichenden Kapazitäten für Ferienbetten“ ein Teil, welcher der aktuellen Situation nicht gerecht wird. Die LAK bietet sowohl Tages- als auch Nachtstrukturen wie auch Ferienbetten bereits heute an. Die Nachfrage liegt aktuell unter den dafür zur Verfügung gestellten Ressourcen. Im Unterland werden ab 2019 ebenfalls Ferienbetten zur Verfügung stehen. Der weitere strategische Ausbau ist in der Planung bereits berücksichtigt.

#### **Seite 19, Kapitel 9, Förderung der Freiwilligenarbeit (RV3)**

Obgleich wir die Freiwilligenarbeit sehr fördern und ausbauen sind wir dezidiert nicht der Ansicht, dass damit die „Health Professionals“ stark entlastet werden können. Im 2017 haben in der LAK 180 Freiwillige knapp 6'000 freiwillige Stunden geleistet. Rechnet man die Tätigkeiten den entsprechenden Fachlichkeiten zu, kann von einer Entlastung bei den Health Professionals von ca. 1'200 Stunden gesprochen werden. Dies entspricht einem Beschäftigungsgrad von ca. 70%, umgerechnet auf den Gesamtpersonalbestand der Health Professionals also ein verschwindend kleiner Teil (aktueller Stellenplan für Pflegefachpersonal liegt aktuell bei 110 Vollzeitstellen).

**20**  
**Seite 19, Kapitel 10, Identifikation einer Trägerschaft für ein Kompetenzzentrum Alters-  
pflege und Altersmedizin**

Die unter diesem Kapitel aufgeführten Reformschritte entsprechen nicht den am Seminar geäußerten Ausführungen der genannten Leistungserbringer. Zumindest nicht an den von uns besuchten Veranstaltungen. Von der LAK wurde die Empfehlung für den Aufbau eines „Kompetenzzentrum für das Alter“ formuliert. Unter diesem Begriff subsumieren sich aus unserer Sicht nicht nur Leistungserbringer aus der ambulanten und stationären Pflege, sondern auch aus dem medizinischen Kontext (z.B. akutergeriatrische, gerontopsychiatrische Leistungen etc.) sowie aus dem therapeutischen Bereich (Physio-, Logo-, Ergotherapie etc.).

**21**  
**Seite 19, Kap 11, Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer**

Enge institutionelle Vernetzungen beschränken sich nicht auf die Übergangspflegestation Böttmle LAK. Die LAK pflegt intensive, regelmäßige und standardisierte Vernetzungen mit der Familienhilfe, dem Landesspital, dem HPZ und weiteren Leistungserbringern.

**24**  
**Seite 20, Kap 13, Konsequente Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen (RV4)**

Bei der Thematik der Digitalisierung wird im Bericht der Hinweis auf die „Strategie eHealth Schweiz“ vermisst. Sofern im Bereich der Digitalisierung die Entwicklung in der Schweiz nicht berücksichtigt wird sind Medien- und Prozessbrüche im Patientendossier zu erwarten.

**22**  
**Seite 20, Kap 15, Modellprojekt Digitalisierung**

Dieser Vorschlag entzieht sich unserer Kenntnis. Seitens LAK wurde dieser Vorschlag nicht eingebracht.

**34**  
**Seite 33, Kap 73, Bildung von multidisziplinären Versorgungszentren (RV18)**

Unter diesem Vorschlag könnte auch das „Kompetenzzentrum für das Alter“ aufgeführt werden.

**Bemerkungen zu den einzelnen Kapiteln im Anhang zum Schlussbericht**

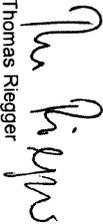
**45**  
**Seite 40, Spalte 11, Pflege stationär**

Die Wünsche und Erwartungen der Langzeitpflege unterscheiden sich von den Erwartungen im akutsomnatischen Bereich, da auch die Leistungsaufträge und die Verantwortlichkeiten unterschiedlich sind. Daher wünschen wir eine eigene Spalte für die „stationäre Pflege LAK“ mit folgenden Wünschen und Erwartungen (Aufzählung abschliessend):

- Sicherstellung der Fachkompetenz in der Geriatrie (Akut- und Langzeit), bspw. ein Kompetenzzentrum für das Alter, Akutgeriatrie...
- Miteinbezug der Pflege bei gesundheitspolitischen Themen (Leistungsangebot, Finanzierung..)
- Bedarfsgerechter Grade- und Skillmix
- Förderung des Berufsnachwuchses (Ausbildung)
- Weiterhin eine leistungsgerechte und faire Finanzierung

- Rechtssicherheit, durch z.B. Einführung eines Heimaufenthaltsgesetzes

Mit der Bitte um Kenntnisnahme und freundlichen Grüßen.

  
Thomas Riegger  
Vorsitzender der Geschäftsleitung

  
Kurt Sätzgeger  
Leitung Pflege und Betreuung

Kopie an:  
- Horst Büchel, Präsident Stiftungsrat LAK

Sehr geehrte Frau Güntert-Schlegel

Für die Zustellung der Vernehmlassungs-Unterlagen danke ich Ihnen bestens. M.E. sind im Entwurf des Schlussberichts die in den Seminaren und Workshops behandelten Aspekte und die Einbringungen der Akteure des Liechtensteinischen Gesundheitswesens korrekt und in konziser Form wiedergegeben. Ich habe keine weiteren Ergänzungen inhaltlicher oder formaler Natur anzubringen.

Mit freundlichen Grüßen  
Reto Renz

Dr. Reto T. Renz  
Chairman

Eingang Psychologen 16.9.18

Besten Dank für die Zusendung dieses umfassenden und sehr qualifizierten Schlussberichts.

Gerné möchten wir im Rahmen der Vernehmlassung noch folgende Änderungen/Ergänzungen (in roter Schrift) mit der Bitte um Berücksichtigung einbringen.

### **Anhang 1.2. S. 40, Veranstaltung vom 1.2.2018, 13 Psychologen**

- Weitere Stärkung/Professionalisierung der Gesundheitsförderung/Prävention und Einbinden der Psychologen in die Prävention, möglichst durch eine eigene Organisation, insbesondere bezüglich

o Aufklärung

o Gesundheits sensibilisierung

o Health Literacy (Gesundheitskompetenz)

- Bessere und kluge Vernetzung der Gesundheitsberufe für Austausch, Qualitätssicherung,

- Möglichkeit der Indikationsstellung durch Psychologen – zumindest bei Fortführung der Behandlung/ Selbstindikation der Behandlung durch Psychotherapeuten (analog zu Ärzten und Chiropraktoren). Aufhebung der KVG-Anordnungspflicht durch Ärzte

- Strukturen und Anreize um frühzeitig auf das Erkennen psychischer Erkrankungen zu fokussieren (auch von Ärzten), da bessere Heilungschancen

- Aufnahme/Weiterausbau in die Grundversicherung: Geronto-, Neuro- und Gesundheitspsychologie

- Re-Analogisierung statt Digitalisierung der Gesellschaft, insbesondere für vulnerable Gruppen

- Schaffung von gesellschaftlich/sozialen Kontaktmöglichkeiten

- Abbrechbarkeit von Skype-Sitzungen

**28**  
**Bericht, S. 26**

**47**  
48 Verschiedene nicht-ärztliche Berufsgruppen (Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Ökotrophologen, Pflege) haben in ihren Ausführungen auf die in den letzten

Jahren stark gestiegenen Aus- und Weiterbildungsanforderungen und die damit verbundene ausgedehnte Schulung diagnostischer Kompetenzen sowie die festgelegten und systematisch nachzuweisenden Qualitätsanforderungen hingewiesen. Für viele dieser Berufsgruppen ist es daher nicht mehr einichtig, dass die Diagnose Indikationsstellung und die Behandlung immer über einen Arzt und eine ärztliche Verschreibung erfolgen muss, damit sie über die ONP abgerechnet werden kann. Diese Anordnungspflicht des KVGs ist auch in gesetzlicher Hinsicht nicht konsistent: Sie entspricht nicht dem Gesundheitsgesetz, welches sämtlichen genehmigungspflichtigen Gesundheitsberufen gemäss El.-Gesundheitsgesetz die volle Indikations- und Behandlungskompetenz (ohne Verschreibungspflicht des Arztes) gewährt. Eine zweite Inkonsistenz besteht darin, dass der Chiropraktor im KVG von der Anordnungspflicht ausgenommen ist.

**29**  
**Bericht, S. 29**

57 Beide Institutionen müssten als Kompetenzzentrum über ausreichende Ressourcen verfügen und die verschiedensten Experten wie Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, Gesundheitspsychologie, Organisationsentwicklung, Sozialarbeit, Ernährungswissenschaftler, Pädagogen, Bewegungstrainer usw. umfassen, um gezielt aktiv werden zu können in Bezug auf:

o Einbinden verschiedener Bevölkerungsgruppen (Kinder, Jugendliche, Eltern, Arbeitnehmer, ältere Menschen, vulnerable Gruppen),

o unterschiedliche Settings (Kita, Schulen, Unternehmen, Heime, Gemeinden, Kirchen, Vereine)

o verschiedene Themen (Umwelt, Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, psychische Gesundheit, Suchtprävention usw.)

o Programme initiieren, koordinieren und evaluieren

o Beratung von Anbietern für Gesundheitsförderungs- und Gesundheitsmanagementprogrammen

o Gezieltes Vermitteln von Gesundheits-Wissen (Health Literacy)

o Durchführung von öffentlichen Präventionskampagnen

Besten Dank und weiterhin viel Erfolg!

Christof Becker

Eingang Lebenshilfe 18.9.18

Sehr geehrte Frau Güntert

In der Beilage übermittle ich Ihnen noch unsere Stellungnahme zum Schlussbericht.

Freundliche Grüsse

Lebenshilfe Balzers e.V.

Heinz Schaffer

Geschäftsführer

Lebenshilfe Balzers e.V., Unterm Schloss 80, LI-9496 Balzers Private Universität Liechtenstein Frau  
Madlen Güntert Schlegel Dorfstrasse 24 Postfach 535 9495 Triesen

Balzers, 18. September 2018/HS

Vernehmlassung betreffend Schlussbericht „Weiterentwicklung des liechtensteinischen  
Gesundheitswesens“

Sehr geehrte Frau Güntert

Die Lebenshilfe Balzers hat sich mit dem oben angeführten Schlussbericht befasst.

Am 14. und auch am 19. Juni 2018 haben wir Sie persönlich via Mailnachricht informiert, dass die Aussagen, welche wir in unserem Referat vom 30.11.2017 getätigt haben nicht korrekt von Ihnen unter der Rubrik „Lebenshilfe Balzers“ wiedergegeben wurden.

Am 14. und 19. Juni haben wir Sie daher gebeten den von Ihnen dokumentierten Inhalt zu löschen und neu folgenden abschliessenden Text einzutragen:

4 Lebenshilfe Balzers

S. 43

Erwartungen an die Politik: - Anreize schaffen für die Betreuung von Pflege durch Angehörige - Wertschätzung der Freiwilligenarbeit durch den Staat fördern - Prüfen von Zeifgtschriftmodellen - Erweiterung des Betreuungs- und Pflegegeldes für teilstationäre Wohnformen - Prüfen von neuen Finanzierungsmodellen der Pflege und Betreuung - Auslegordnungen prüfen von bestehenden gesetzlichen Bestimmungen z.B. Ergänzungsleistungsgesetz in Bezug auf Unterstützung von Servicewohnen

Wie wir nun in Ihrem Schlussbericht gesehen haben, wurden unsere Korrekturwunsch auch im Schlussbericht noch nicht umgesetzt. Ich bitte Sie daher im Schlussbericht Anhang 1 ~~3~~ auf Seite ~~39~~ **43** den Text betreffend der Lebenshilfe Balzers wie nun abernals in diesem Brief oben in der Tabelle dokumentiert einzutragen.

2 / 2

Lebenshilfe Balzers e.V. | Unterm Schloss 80 | Postfach | LI-9496 Balzers Telefon +423 388 13 13 |  
Fax +423 388 13 55 | info@lebenshilfe.li | www.lebenshilfe-balzers.li

Zum Schlussbericht haben wir keine weiteren Bemerkungen bzw. Ergänzungen.

Wir danken Ihnen für die konstruktive Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse Lebenshilfe Balzers e.V.

Heinz Schaffer Geschäftsführer

Lebenshilfe Balzers e.V., Unterm Schloss 80, LI-9496 Balzers  
Private Universität Liechtenstein  
Frau Madlen Güntert Schlegel  
Dorfstrasse 24  
Postfach 535  
9495 Triesen

Balzers, 18. September 2018/HS

**Vernehmlassung betreffend Schlussbericht „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“**

Sehr geehrte Frau Güntert

Die Lebenshilfe Balzers hat sich mit dem oben angeführten Schlussbericht befasst.

Am 14. und auch am 19. Juni 2018 haben wir Sie persönlich via Mailnachricht informiert, dass die Aussagen, welche wir in unserem Referat vom 30.11.2017 getätigt haben nicht korrekt von Ihnen unter der Rubrik „Lebenshilfe Balzers“ wiedergegeben wurden.

Am 14. und 19. Juni haben wir Sie daher gebeten den von Ihnen dokumentierten Inhalt zu löschen und neu folgenden abschliessenden Text einzutragen:

**4 Lebenshilfe Balzers**

**Erwartungen an die Politik:**

- Anreize schaffen für die Betreuung von Pflege durch Angehörige
- Wertschätzung der Freiwilligenarbeit durch den Staat fördern
- Prüfen von Zeitschriftmodellen
- Erweiterung des Betreuungs- und Pflegegeldes für teilstationäre Wohnformen
- Prüfen von neuen Finanzierungsmodellen der Pflege und Betreuung
- Auslegordnungen prüfen von bestehenden gesetzlichen Bestimmungen z.B. Ergänzungsleistungsgesetz in Bezug auf Unterstützung von Servicewohnen

Wie wir nun in Ihrem Schlussbericht gesehen haben, wurden unsere Korrekturvorschläge auch im Schlussbericht noch nicht umgesetzt. Ich bitte Sie daher im Schlussbericht Anhang 1.1 auf Seite 38 den Text betreffend der Lebenshilfe Balzers wie nun abermals in diesem Brief oben in der Tabelle dokumentiert einzutragen.

Lebenshilfe Balzers e.V. • Unterm Schloss 80 • Postfach • LI-9496 Balzers  
Telefon: +423 388 13 13 • Fax: +423 388 13 55 • info@lebenshilfe.li • www.lebenshilfe-balzers.li

Zum Schlussbericht haben wir keine weiteren Bemerkungen bzw. Ergänzungen.  
Wir danken Ihnen für die konstruktive Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse  
Lebenshilfe Balzers e.V.



Heinz Schaffer  
Geschäftsführer

Lebenshilfe Balzers e.V. • Unterm Schloss 80 • Postfach • LI-9496 Balzers  
Telefon: +423 388 13 13 • Fax: +423 388 13 55 • info@lebenshilfe.li • www.lebenshilfe-balzers.li

**Anmerkungen des Physiotherapeuten Verbandes Liechtenstein zur Vernehmlassung des Schlussberichtes der Seminarreihe «Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens».**

Camprin, 11.09.2018

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Güntert

Sehr geehrte Frau Güntert

Anbei senden wir Ihnen unser Feedback:

Seite 12: ~~23~~

Nr.25: «...mit der Schweiz nicht gefördert.»

→ ist für unseren Berufsstand aktuell nicht möglich. → wir sind für die Wiederaufnahme der Gespräche mit der Schweiz, um die Grenzen wieder zu öffnen, in beide Richtungen.

Seite 26: ~~29~~

Nr.49 → Das wäre schon ein erster Schritt in die richtige Richtung, welche vom PVFL gerne auch in Qualitätsfragen mitbegleitet und unter Umständen auch mit kontrolliert werden würde.

Seite 30: ~~31~~

Nr.59: «...von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen (ANP, MPA, Apotheken) erbracht werden. → gerne würden auch wir Physiotherapeuten in der Aufzählung erwähnt werden.

Seite 32: ~~33~~

Nr.68 → bringis auf den Punkt, dieser Artikel ist bitte auch in den Zeitungen zu veröffentlichen!

Seite 33: ~~34~~

Nr.64 → das wäre ein grosses Anliegen des PVFL!

S. 35: ~~36~~

Nr.66 → Wir würden es sehr begrüssen, wenn die Verhandlungen mit der Schweiz wieder aufgenommen werden würden.

Seite ~~39~~ ~~44~~

Nr.9: Bitte fügen Sie als Ergänzung noch ein:

-gleicher Lohn für gleiche Leistung: manuelle Lymphdrainage, Hausbesuche, Elektrotherapie und Fango → Masseurentarif ist höher als Physiotherapeutentarif, sowohl bei obengenannten gleichen Leistungen und ebenso bei allen anderen Leistungen

Seite 72:

«Physiotherapeuten: Bezahlung Physiotherapeuten im Vgl. medizinische Masseure: geringer obwohl längere und höhergradige Ausbildung sowie schulisch für Ausbildung höhere Qualifikationen» → könnten Sie bitte diesen Punkt auch noch an einer anderen, etwas mehr ins Auge springenden Stelle einbetten? Zum Beispiel: Seite 28, Nr.51 Notwendige Reformschritte?

Eingang Apotheker 19.9.18

Liebe Madlen

Ich hoffe, es geht Euch den Umständen entsprechend wieder gut! Ihr habt Euch mit den Seminaren und dem Schlussbericht eine riesen Arbeit gemacht, vielen Dank dafür. Es ist nach wie vor so, dass wir darin eine grosse Chance sehen, unser Gesundheitssystem nachhaltig und positiv zu verändern, so denn unsere Politiker darauf eingehen.

Wir würden uns freuen, wenn Ihr unsere paar kleinen Inputs noch mit hineinnehmen resp. präzisieren könntet.

Vielen Dank und ganz herzliche Grüsse!

Niko

Inputs zum Schlussbericht des Apothekervereins  
Bitte bei folgenden Passagen noch entsprechende Inputs aufnehmen oder ergänzen.

Besten Dank

21  
Seite 25

- **Apotheken als Kompetenzzentren** (RV 12)
- ~~44~~ Die klassische Rolle der Apotheken ist die Versorgung der Bevölkerung mit rezeptfreien Arzneimitteln für die Selbstmedikation, mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln für die Abgabe nach ärztlicher Verordnung sowie mit einer Vielzahl von Produkten und Dienstleistungen für Gesundheitsvorsorge, Körperpflege und Ernährung. Apotheken sind eine beliebte Anlaufstelle für Gesundheitsfragen. Von 1000 Personen lassen sich rund 250 in Apotheken zu „gesund bleiben“ beraten (Selfcare, sowie Prävention und Gesundheitsförderung, wie Impfen, Darmkrebsvorsorge usw.). Von 750 Personen mit Gesundheitsproblemen ist für rund 500 die Apotheke Erstanlaufstelle (rezeptfreie Medikamente, Triage), rund 250 gehen direkt zum Arzt. Verschiedene Modellversuche zeigen, dass von diesen 250 rund 50 auch durch Apotheken adäquat versorgt und damit die hausärztliche Versorgung entlastet werden könnte. Dies bedingt jedoch, dass die Apotheken den Status von Kompetenzzentren erhalten für:

- **o Gate Keeper: mittels Triage\***
  - **o Gateway to care: niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem**
  - **o Selfcare (gesund bleiben)**
- 1 Eine umfangreiche Dokumentation zur möglichen künftigen Rolle der Apotheken ist auf [www.uffl.li/xxx](http://www.uffl.li/xxx) abrufbar. 26

\*Fachperson bezeichnet, die Folge einer pharmazeutischen Triage ist entweder eine Behandlung der Beschwerden oder eine Weiterleitung an den entsprechenden Gesundheitsdienstleister, davon abzugrenzen ist die Diagnose)

28 / 44

Seite 26

- Prävention und Gesundheitsförderung (Bestimmung von Blutfett, Blutdruck, Blutzucker usw., Grippe- oder FSME-Impfung für Gesunde, Darmkrebsvorsorge usw.)
- Behandlung einfacher Erkrankungen und Bagatelldfälle
- Triage und Zuweisung zur geeigneten Behandlung
- o Chronic care (Polymedikationscheck, pharmazeutische Betreuung von Heimen und Spitex, Krankenmobilen, Kompressionstherapie usw.); Unterstützung in der Betreuung der chronisch Kranken / Argument:
- Wenn man davon ausgeht, dass bis 2020 % der Erkrankungen chronische Erkrankungen sein werden und bereits heute 20% der chronisch Erkrankten 80% der Gesundheitskosten verursachen, ist es essentiell, dass die Dienstleistungen zur Unterstützung von chronisch Erkrankten zwingend ausgebaut werden müssen.
- Aber: die Apotheken selber verursachen nur 6,5% der Gesamtgesundheitskosten => Trotzdem haben Apotheken ein riesiges Potential zur Mithilfe bei der Kostendämpfung
- ~~45~~ ~~46~~ In der Schweiz bieten seit drei Jahren verschiedene Krankenversicherer Managed Care-Modelle an, in welchen Apotheken die Funktion einer ersten Anlaufstelle für Patienten übernehmen. Apothekerinnen und Apotheker, die an diesen Modellen teilnehmen, müssen eine entsprechende Weiterbildung nachweisen. Auch sind gewisse bauliche Voraussetzungen (geschlossenes Sprechzimmer) zu erfüllen und es besteht eine Dokumentationspflicht. Die Erfahrungen sind durchaus positiv und die ursprüngliche Befürchtung, dass Patienten mit einem höheren Medikamenteneinsatz behandelt würden, hat sich nicht bewahrheitet. In Frankreich wurden in einer Region Apotheken als Zentren für Schutzimpfungen für Gesunde genutzt, mit dem Ergebnis, dass die Durchimpfungsrate signifikant höher war als in Vergleichsregionen. Auch in Deutschland finden verschiedene Modellversuche statt, in welchen die Rolle der Apotheken in der Versorgungskette stark aufgewertet wird, beispielsweise indem diese eng mit Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten zusammenarbeiten und die Mehrfachmedikation von komplexen, multimorbiden Patienten systematisch überprüfen.
- ~~46~~ ~~47~~ Derartige Erfahrungen können auch in Liechtenstein genutzt werden. Notwendig sind jedoch Anpassungen (beispielsweise die Abgabe von bestimmten rezeptpflichtigen Arzneimitteln unter gewissen Bedingungen in der Apotheke durchzuführen) der rechtlichen Möglichkeit, bestimmte Impfungen in der Apotheke durchzuführen) der rechtlichen Rahmenbedingungen und Anreize einerseits für Apotheker mitzulegen, andererseits solche für die Bevölkerung derartige Angebote auch zu nutzen.

### • **Entscheid zur Weiterführung ärztlich verschiebbarer Behandlungen (RV**

- 13)
- ~~47~~ ~~48~~ Verschiedene nicht-ärztliche Berufsgruppen (Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Oktophologen, Pflege) haben in ihren Ausführungen auf die in den letzten Jahren stark gestiegenen Aus- und Weiterbildungsanforderungen und die damit verbundene ausgedehnte Schulung diagnostischer Kompetenzen sowie die festgelegten und systematisch nachzuweisenden Qualitätsanforderungen hingewiesen. Für viele dieser Berufsgruppen ist es daher nicht mehr einsichtig, dass die Diagnosestellung und die Behandlung immer über einen Arzt und eine ärztliche Verschreibung erfolgen muss. In einigen Ländern finden sich denn auch entsprechende Konzepte (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Pflegestufe durch Pflegeende, nicht mehr durch Ärzte; Verordnung von Psychotherapie in Heimen durch Therapeuten usw.). Die Evaluation solcher Modelle

haben gezeigt, dass keine Mengenausweitungen, i.d.R. jedoch gezieltere Therapiepläne beobachtet werden konnten.

524 • ~~18~~ Denkbar und im Ausland in der Praxis umgesetzt sind auch Modelle, welche die Verantwortung für die Weiterführung von Therapien in einen oder zwei weitere Zyklen in die Verantwortung der Therapeuten übertragen.

• ~~19~~ Derartige Modelle können zu einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte führen und die Kosten senken. Ihre Prüfung wird empfohlen. Die Prüfung hat jedoch im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zum Verhältnis von ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zu erfolgen. Die Umsetzung erfordert Anpassungen gesetzlicher Grundlagen mit klaren Regelungen und der Übertragung der Verantwortung sowie die Einführung neuer Prozesse und Prüfverfahren bei den Krankenversicherern

• Auch ist es sinnvoll, dass Apotheken die Kompetenz erhalten, gewisse rezeptpflichtige Arzneimittel ohne Ausstellung eines erneuten Rezeptes (und damit verbunden eines weiteren Arztbesuches) abzugeben und an die Krankenkasse verrechnen zu dürfen. Entsprechende Guidelines und Medikamentenlisten können gemeinsam mit den Ärzten erarbeitet werden.  
27

35  
Seite 27

#### • **Grenzüberschreitende Versorgung ermöglichen (RV 20)**

- ~~15~~ ~~68~~ Die Ablehnung des Staatsvertrages wirkt sich für etliche Leistungserbringer negativ aus. Dieser hätte den freien Grenzverkehr für Gesundheitsleistungen gewährleistet und wäre für viele Leistungserbringer in Liechtenstein von grosser, auch existenzsichernder Bedeutung und für das Rheintal als Region ein Versorgungsvorteil gewesen. Liechtensteinische Leistungserbringer wären für schweizerische Patienten durchaus attraktiv. So pendeln täglich viele Arbeitnehmer nach Liechtenstein, welche Leistungen nachfragen könnten, oder im Rheintal bestehende Versorgungslücken hätten geschlossen werden können. Zahlenmässig kleinere Berufsgruppen hätten grenzübergreifend zusammenarbeiten können, indem sie z.B. Ferien- bzw. Stellvertretungen hätten übernehmen oder ihre Spezialitäten hätten anbieten können.
- ~~16~~ ~~68~~ Konkret wurde daher vorgeschlagen, die Verhandlungen mit der Schweiz wieder aufzunehmen und den freien Grenzverkehr wieder sicherzustellen.

Eingang Familienhilfe / Pflege 19.9.18

Sehr geehrte Frau Güntert

Angefligt finden Sie die Stellungnahme der Familienhilfe Liechtenstein zum Entwurf des Schlussberichts der Seminarreihe Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens.

Entschuldigen Sie bitte die leichte Verspätung, sie ist ferienbedingt.

Freundliche Grüsse

Barbara Frommelt

Private Universität  
im Fürstentum Liechtenstein  
c/o Prof. Dr. oec. Bernhard Güntert  
Dorfstrasse 24  
9495 Triesen

Vaduz, 19. September 2018

**Vernehmlassung Entwurf Schlussbericht der Seminarreihe  
Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens**

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Güntert,  
lieber Bernhard

Für die Zustimmung des Schlussberichtes zur Seminarreihe „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“ danken wir Ihnen bestens. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

**Allgemeine Bemerkungen**

Im Kapitel „Einleitung und zusammenfassende Übersicht“ erwähnen Sie, dass in diesem Bericht die wichtigsten zwanzig Reformvorschläge in sechs thematischen Gruppen vorgestellt werden.

Darin schreiben Sie:

*„Die Reformvorschläge beschäftigen sich vorwiegend mit Fragen der besseren Patientenorientierung und der Vernetzung verschiedener Leistungsanbieter. Angesichts der sich abzeichnenden Personalknappheit bei den Health Professionals gehen verschiedene Vorschläge dahin, niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsleistungen zu prüfen, aber auch die Attraktivität des Gesundheitsstandortes Liechtenstein für die verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsanbieter zu steigern.“*

Beim Studium Ihres Berichtes haben wir den Eindruck gewonnen, dass die Aufzeichnungen / Aufistung und Reformvorschläge in diesem Bericht sehr generalisierend und wenig konkretisiert sind und zudem auch in verschiedenen Bereichen nicht den von den involvierten Berufsgruppen aufgezählten Umsetzungsansätzen entsprechen. Dort, wo Sie diesen von den involvierten Berufsgruppen genannten Lösungsansätzen nicht folgen können, vermischen wir eine Begründung, weshalb diese nicht weiterverfolgt werden sollen.

Immer wieder werden von Ihnen die Trends in den Nachbarstaaten und Studien erwähnt und zitiert. Hier fehlt uns die Trennschärfe zwischen IST-Situation im Fürstentum Liechtenstein und konkreteren und ziel-führenden Lösungsvorschlägen zur Erlangung der erwähnten Reform.

So finden wir die von uns eingebrachten Aussagen/Lösungsansätze im Bereich der ambulanten Pflege, Betreuung, Freiwilligenarbeit, hinsichtlich der prognostizierten Personalknappheit und zum Thema Geriatrie-Kompetenzzentrum in Ihrem Bericht nicht so pointiert und präzise wie eingebracht vor.

Bei dieser Fülle von möglichen – zum Teil für die liechtensteinischen Verhältnisse unpräzisierten - Lösungsansätzen scheint die Priorisierung der Reformpunkte durch die zuständigen Behörden schier unmöglich.

**Bemerkungen zu diesen Kapiteln**

**Seite 12, Kapitel 26**  
Die Aufzählung der Vertragsspitäler des Fürstentums Liechtenstein ist nicht vollständig, da auch in anderen Spitälern, so auch im Landesspital Feldkirch, von in Liechtenstein wohnhaften Versicherten viele Leistungen bezogen werden.

**Seite 13, Kapitel 29**  
*„Die zu beobachtende Alterung der Gesellschaft führt nicht nur zu einer Mehrnachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen, sondern in vielen europäischen Ländern ………“*

Bei dieser Aussage fehlen die „Leistungen in der Betreuung / Unterstützung Hauswirtschaft“ - es handelt sich dabei nicht um pflegerische Leistungen, sondern um Unterstützungsleistungen, die oftmals überhaupt erst selbständiges Leben zu Hause ermöglichen.

**Seite 13, Kapitel 30**  
Situation ärztliche Versorgung – zu diesem Thema muss unserer Meinung nach die liechtensteinische IST-Situation - insbesondere auch die Altersstruktur unserer derzeit tätigen Hausärzte - mibetrücksichtigt werden. Viele sind im Rentenalter oder stehen unmittelbar vor ihrer Pensionierung. Auch findet bei diesem Punkt keine Erwähnung und Wertung der Tatsache statt, dass viele Ärzte keine neuen Patienten mehr aufnehmen. Eine entsprechende explizite Berücksichtigung dieser Probleme fehlt.

**Seite 14, Kapitel 32**  
Die Akademisierung der Pflege ist aus unserer Sicht unbestritten und notwendig. Der Einsatz dieser bestens ausgebildeten und oftmals spezialisierten Pflegefachpersonen haben Ihren Arbeitsplatz in definierten Einsatzgebieten, im Anleiten von Pflegenden, Patienten und Angehörigen, Assessments, Erarbeiten und Implementieren von Pflegekonzepten, etc.

Um jedoch dem Fachpersonalmangel entgegen zu wirken, bedarf es weit mehr als die Akademisierung des Pflegeberufes. So können wir der „alleinigen“ Aussage, dass mit der Akademisierung der Gesundheitsberufe sowohl die Berufstätigkeit als auch die Berufserweildauer gesteigert wird, nicht zustimmen. Dazu braucht es wesentlich mehr als die Akademisierung. Nachgewiesen ist u.a. dass der richtige Skill- und Grad- demix und damit verbunden auch die Organisationsform, gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen - um eine Unter- und Überforderung im Berufsalltag zu vermeiden - wichtig sind für die Berufserweildauer.

**Seite 15, Kapitel 36**  
Auch im Fürstentum Liechtenstein ist die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Setting in den ambulanten Bereich seit einiger Zeit stark spürbar (der vorwiegende Teil der Patienten lassen sich stationär in der Schweiz oder in Österreich behandeln). Die oft sehr kurzfristigen Entlassungen von Menschen mit komplexen Lebenssituationen verlangen von den Spitzex-Mitarbeitenden und der Organisation – die Versorgungspflicht ist im Leistungsauftrag festgehalten – eine hohe Flexibilität, eine breite, jedoch auch eine spezialisierte Fachkompetenz und den Lead in der Koordination der verschiedenen Leistungserbringern. Eine Herausforderung der wir uns gerne stellen.

Seite 15, Kapitel 37

Wo genau liegt der Mehrwert für den Patienten? Wird hier den Interessen der Leistungserbringer nicht mehr Gewicht verliehen als den Nachteilen für den Patienten auf?

Seite 15, Kapitel 38

Bei der Aufzählung fehlen uns:

- das Sozialhilfegesetz vom 15. November 1984 (SHG), LGBl. 1985 Nr. 17 i.d.G.F.
- das Verordnung vom 7. April 1987 zum Sozialhilfegesetz (SVH), LGBl. 1987 Nr. 18 i.d.G.F.
- die Verordnung vom 14. März 200 zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVG), LGBl. 2000 Nr. 74 i.d.G.F.
- das Gesetz vom 10. Dezember 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), LGBl. 1965 Nr. 46 i.d.G.F.
- die Verordnung vom 9. Dezember 2009 über das Betreuungs- und Pflegegeld für die häusliche Betreuung (Betreuungs- und Pflegegeldverordnung), (BPGV), LGBl. 2009 Nr. 313

Seite 18, Kapitel 4, Abb. 9: Informelle und formelle Gesundheitsversorgung

Da in FL keine Statistiken zu den Profit-Organisationen der 24-h-Betreuung vorliegen, diese jedoch in den letzten Jahren eine steigend grosse Zahl an Betreuungsverhältnissen abdecken, sollten diese bei der Rubrik informelles Versorgungssystem explizit erwähnt und auch bei der weiteren Bewertung der zu treffenden Massnahmen im Bereich der häuslichen Betreuung berücksichtigt werden.

Wir stellen fest: in diesem Bericht fehlen jegliche Aussagen zu den 24-h-Betreuungsverhältnissen der Profit-Organisationen. Damit die tatsächliche IST-Situation in Liechtenstein wiedergegeben werden kann und auch die Weiterentwicklung der häuslichen Betreuung für die nähere Zukunft erfolgen kann, ist dies unumgänglich.

Seite 18, Kapitel 8

Bei diesen Ausführungen/Aufzählungen fehlt die aus unserer Sicht künftig wichtige Form des Wohnens in den eigenen Wänden mit „Serviceleistungen“, das sog. „Service-Wohnen“.

Das weitere, in diesem Kapitel erwähnte „zu schaffende Angebot“ ist teilweise bereits vorhanden. Nicht geklärt ist jedoch bereits heute die Finanzierung – so wird bei der Nutzung von Tagesstrukturen kein Pflege- und Betreuungsgeld entrichtet.

Seite 19, Kapitel 9

Die Freiwilligenarbeit - im Bereich des Mahlzendienstes – ist bei der Familienhilfe Liechtenstein nicht weg zu denken und wird sehr geschätzt und gepflegt (geleistete ehrenamtliche Stunden ca. 5'500 pro Jahr), ebenfalls diejenige des Besucherdienstes, die Unterstützung bei Klienten-Anlässen, etc. durch Ehrenamtliche.

Diese Freiwilligenarbeit entlastet aber nicht die Health Professionals in ihrem Pflege- und Betreuungs-Auftrag, sondern unterstützt Angehörige/Sozialnetz („Freiwillige die Angehörige und Bekannte in ihrer Freizeit betreuen/pflegen“) und bietet alleine lebenden Menschen eine Abwechslung in ihrem oft sehr einsamen Alltag.

Seite 19, Kapitel 10, Notwendige Reformschritte

Die Forderung eines Kompetenzzentrums für Altersfragen wurde von der Familienhilfe Liechtenstein bereits mehrfach bei verschiedenen Verantwortungsträgern eingebracht.

Wir sind jedoch der Meinung, dass dafür **keine** neue Trägerschaft gesucht werden muss, sondern dieses beim LLS anzugliedern ist. Einen entsprechenden Leistungsauftrag hätte das LLS unseres Wissens bereits heute.

Bei unserer Forderung geht es nämlich primär um gezieltes und umfassendes Fachwissen im Bereich der Akutgeriatrie, der Gerontopsychiatrie, etc. – wir sind dezidiert der Meinung, dass diese Leistung im heutigen Umfeld (vielzitierte demographische Entwicklung) in Liechtenstein angeboten werden muss. Dies auch im Hinblick auf die gesamtheitliche Grundversorgung - Strukturformen.

Dieses medizinische Fachwissen muss im Fürstentum Liechtenstein einfach vorhanden und den Bewohnern **im Lande zugänglich** sein!

24

Seite 19, Kapitel 11

Diese „globale“, generalisierende Ansicht teilt die Familienhilfe Liechtenstein nicht.

Die Vernetzung unter den Leistungserbringern hat in den letzten Jahren an Gewicht gewonnen und so sind für uns regelmässige Gespräche/Austausch mit vielen Leistungserbringern (Ärzte LAK, umliegende Spitäler, Sachwalterverein, HPZ, Physio- und Ergotherapeuten, Versicherer, etc.) zum Wohle der Klienten und dem Ziel einer bestmöglichen Qualität der Leistungserbringung an der Tagesordnung.

Die Ziele in der Pflege/Betreuung werden mit den Beteiligten besprochen und Verantwortlichkeiten festgelegt. Zum grossen Teil gelingt dies, denn es liegt auch im Interesse der einzelnen Leistungserbringer zum Wohle der Klienten/Patienten.

Korrekt ist, dass die **Verpflichtung** zum Informationsaustausch und zur gemeinsamen Qualitätssicherung sowie zur Weiterbildung fehlt, jedoch ist dies aus unserer Sicht nur gekoppelt mit der Verpflichtung / Rahmenbedingungen von Disease Management sinnvoll und effektiv.

Die Qualitätssicherung der 24-h-Betreuung von Profit-Organisationen ist derzeit überhaupt nicht geregelt. De facto unterstützt die Familienhilfe Liechtenstein jedoch heute bereits in einer beträchtlichen Zahl von Betreuungsverhältnissen mit 24-h-Helferinnen in Pflegefragen, übernimmt oftmals in der den BetreuerInnen zustehenden Freizeit die Betreuung, kompensiert bei Notfallsituationen, jedoch fehlen die Rahmenbedingungen/Qualitätsanforderungen für die Profitorganisationen.

Seite 20, Kapitel 13

Digitalisierung – die Schaffung eines elektronischen Patientendossiers, bzw. einer elektronischen Gesundheitskarte unterstützen wir unter gewissen Einschränkungen. Wir sehen viele noch ungeklärte Schnittstellen, nicht zuletzt wegen dem Datenschutz, da im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung viele Leistungserbringer und Ämter involviert sind. Für uns hat die Einführung einer elektronischen Krankenakte nicht erste Priorität.

Seite 21, Kapitel 17

Fallbesprechungen – interdisziplinär zusammengesetzter runder Tisch.

Zurfolge den im vorliegenden Bericht gemachten Ausführungen geht es nicht um Qualitätssicherung, sondern um das Ermöglichen von Lernprozessen zum Systemwissen. Verbessern der Kommunikation zwischen den Beteiligten und Ermöglichen der Bildung von gemeinsamen Standards für Behandlungssituationen.

In diesem Bereich priorisieren wir klar die Teilnahme an Qualitätszirkeln, welche unbedingt an den Kassenvortrag gekoppelt sind.

Seite 22, Kapitel 23

Trotz der ausgewiesenen hohen Ärztedichte im Fürstentum Liechtenstein erleben wir immer wieder, dass Klienten von Ärzten abgewiesen werden mit der Begründung – wir nehmen aus Kapazitätsgründen keine neuen Patienten auf. Gibt es dafür plausible Begründungen? Wird dieses Faktum bei der ärztlichen Bedürfnisplanung berücksichtigt? Fliesset diese Tatsache auch bei der Beurteilung der ärztlichen Versorgungsdichte mit ein?

Seite 22, Kapitel 27

Der Bedarf an einer Ausarbeitung des Psychiatriekonzepts ist ausgewiesen. Wir fordern, dass dies „vernetzt und nicht isoliert“ geschehen muss.

25 36 23 47  
Seite 24, Kapitel 37 und Seite 26 Kapitel 48  
Es ist für uns selbstredend, dass wir für die uns übertragenen Aufgaben in unseren – evtl. neu -definierten Kompetenzbereich (als nichtärztliche Berufe mit entsprechender Aus- und Weiterbildung; resp. Fachkompetenzen) - auch die vollumfängliche Verantwortung übernehmen.

26 40

Seite 24, Kapitel 41

Dem Vorschlag „1. Point of Care“ – Modell auf Gemeindeebene können wir einiges abgewinnen. Jedoch müssen der Aufbau und die Begleitung eines solchen Projektes durch eine ausgewiesene Fachstelle (bspw. einer Fachhochschule, die sich schwerpunktmässig mit dieser Thematik befasst), gewährleistet sein. Wir verfügen derzeit nicht über die notwendigen Ressourcen – benötigte Anzahl mit entsprechender Ausbildung der Pflegefachpersonen – um ein solches Projekt im Alleingang aufbauen, durchführen und statisch auswerten zu können.

Seite 33, Kapitel 67

Notwendige Reformschritte

Informationsplattformen zu den Leistungserbringern existieren bereits verschiedentlich. Wir plädieren explizit, dass die Kommunikation und die evtl. Zusammenführung einzelner Kommunikationsplattformen intensiviert werden und aus den bestehenden Anbietern eine verantwortliche Stelle gesucht und bestimmt wird.

Die Wiedereinführung der Gesundheitskommission – mit Vertretern aus den in der vor der momentan gültigen einschlägigen gesetzlichen Bestimmung genannten Leistungserbringern – fordern wir ausdrücklich, dies unter Berücksichtigung eines definierten und abgestützten Auftrages der Regierung.

Anmerkungen zum Anhang Schlussbericht

Seite 40 – Pflege ambulant (Spalte 12)

- Ergänzungen, resp. Präzisierungen
- Massnahmen zur Verbesserung der Fachkompetenz im Bereich Geriatrie/Gerontologie in FL
  - Schaffung eines Kompetenzzentrums für Akutgeriatrie / gerontopsychiatrische Versorgung;
  - Ansprechpersonen im ärztlichen Bereich für unsere Bevölkerung/Leistungserbringer
- Miteinbezug der «Leistungserbringer Pflege» (ambulant und stationär) bei Entscheidungen der Leistungserbringer zwischen ambulant und stationär
- Miteinbezug der «Leistungserbringer Pflege» bei Qualitätsbestimmenden und finanzierungsrelevanten Fragen der häuslichen und stationären Pflege
- Miteinbezug der „Leistungserbringer Pflege“ bei der Bearbeitung gesundheitspolitischer Themen
- Miteinbezug der «Leistungserbringer Pflege» bei fachbezogenen legislativen Projekten bereits in der Vor-Vereinbarung
- Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung der Leistungen, entsprechend dem benötigten Skill- und Grademix
- Ausgewiesene (Basis Vollkostenrechnung) leistungsgerechte Förderbeiträge von Land und Gemeinden
- Bedarfsgerechter Skill- und Grademix
- Unterstützung bei den notwendigen Ausbildungsleistungen (Berufsnachwuchs)
- Unterstützung bei Vorhalteleistungen durch die öffentliche Hand
- Vergütung eines adäquaten Teils der nicht verrechenbaren aber qualitätsrelevanten pflegerischen Leistungen durch die öffentliche Hand
- Der eigenständige Bereich „Pflege“ soll ohne ärztliche Verordnung abgerechnet werden können. Verringerung des Administrativaufwandes.

Wir danken für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse  
Familienhilfe Liechtenstein e.V.

Dr. iur. Ingrid Frommelt  
Präsidentin

Barbara Frommelt  
Geschäftsführerin

Eingang: 19.9.18  
Sehr geehrte Frau Günter-Schlegel

Anbei unsere Stellungnahme zum Schlussbericht.

Die Zeit dafür war sehr kurz und es gäbe gewiss noch Manches hinzuzufügen oder zu klären und den einen oder anderen kleinen Fehler zu korrigieren. Ich selbst bin sehr enttäuscht, dass von unseren Forderungen und Wünschen so wenig im Schlussbericht zu finden ist.

Mit freundlichen Grüßen  
Josef Marxer  
LIPO

Kommentar der LIPO zum Entwurf des Schlussberichtes „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“

Vorbemerkung: Es ist sicher als positiv zu werten, dass viele Akteure (wenn auch nicht alle) die Gelegenheit hatten, sich auf dieser Plattform auszutauschen. Aufgrund des gedrängten Programmes an den einzelnen Veranstaltungen (jeweils mindestens drei Berufsgruppen bzw. Institutionen mussten versuchen, sich vorzustellen und ihre Anliegen zu formulieren), war dann auch eine tiefer gehende Diskussion zeitlich kaum möglich. Auch die zwei angesetzten Workshops waren zu kurz bemessen. So ist wohl ein erster Schritt zu einem Dialog gemacht worden. Die eigentliche Arbeit, die konkret, allgemein anerkannten Massnahmen zur Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens führen soll, liegt erst noch vor uns. Ausser der Forderung der LIPO nach einer Nutzer- statt Kostendiskussion fanden im Bericht selber (nur im Anhang vermerkt), wesentliche Anliegen der LIPO, die die Versicherten bzw. Patienten stark betreffen, keine Aufnahme. Das sind die Forderung o nach einer Erweiterung des Prämienverbilligungssystems o nach einer Überarbeitung des Vertrauensarztssystems o nach einer Schaffung eines Fonds zur Deckung von Kosten für medizinische Gutachten im aussergerichtlichen Verfahren, Stichwort Rechtssicherheit für Patienten

Im folgenden gehen wir auf einzelne Punkte des Schlussberichtes ein:

1. Einleitung und zusammenfassende Übersicht Seite 3

Abs. 2: Für die vielen Teilnehme, betroffenen Berufsgruppen und Themen waren zwei Workshops zu je zwei Stunden längst nicht

ausreichend. Eine angemessene Diskussion war daher kaum umsetzbar. Die vorgestellten Reformvorschläge sind deshalb nicht als einhellige Meinung der Seminar-Teilnehmer, sondern u.U. als Einzelmeinung zu betrachten.

Abs.5: Es ist nicht klar, an welche politische Akteure diese Reformvorschläge weitergereicht werden. Eine Präzisierung ist nötig.

2. Zielsetzung und Vorgehen Seite 4

Abs. 2: Die Bedarfsplanung wurde nicht als Folge der Finanzkrise und der Folgen der für Liechtenstein relevanten „Weissgeld“ Strategie eingeführt, sondern als Folge des EWR-Beitritts. Nachdem vor allem von Ärzten (aber auch Zahnärzten und anderen Gesundheitsberufen) festzustellen war, wurde im Jahr 2000 landesweit ein Hausarztmodell etabliert, welches aber bereits im Jahr 2003 durch die Bedarfsplanung ersetzt wurde. Da aufgrund der EWRrechtlichen Bestimmungen jedem Leistungserbringer eine Genehmigung zur Berufsausübung erteilt werden muss, kann über die Bedarfsplanung die Möglichkeit zur Abrechnung mit den Kassen eingeschränkt werden. Der DRG wurde auch nicht deshalb eingeführt, weil mit grösseren Einsparungen gerechnet werden konnte (insbesondere da ja ein grosser Teil der stationären Fälle in der Schweiz behandelt werden), sondern weil (damals war nur das LLS in Liechtenstein am Markt) für ein Spital die Führung und Pflege eines anderen Tarifes als den DRG für die im Land tätigen Kassen ein bedeutendes Erschweris dargestellt hätte. Die aufgeführten Massnahmen wie Franchise-Erhöhungen wurden primär nicht wegen des Kostenwachstums getroffen, sondern wegen des massiven Abbaus an staatlichen Subventionen.

2.2 Auftrag <sup>57 €</sup> Abs. A Leider wurden nicht alle Berufsgruppen bzw. Institutionen eingeladen. So fehlte etwa die Krebshilfe. Auch die Medicinova Klinik wurde ausgeschlossen, hingegen wurde die erst im Entstehen begriffene Klinik für Protonentherapie, die noch gar nicht tätig ist und gerade nach Konkurs der Medicinova ihre Baupläne vorerst sistiert hat, eingeladen. Gerade in einem so kleinen Land ist es erstens gut machbar und zweitens wegen der vielfältigen Vernetzungen der Akteure geboten, diese alle an einen Tisch zu bringen. Abs. F: Positiv ist sicher, dass den teilnehmenden Akteuren eine Plattform geboten wurde, die Kommunikation untereinander zu fördern (mit Ausnahme der Anmerkungen zu Abs.4).

3.2. Determinanten des Versorgungsbedarfs Seite 7 bis 10 3.2.1. Demografie und Epidemiologie Abs. 18: Ob die Alterung der Gesellschaft aufgrund der aktuellen demografischen Struktur stärker als im internationalen Vergleich zunehmen wird, darf bezweifelt werden. Die Bevölkerungsszenarien (Amt für Statistik) zeigen, dass gerade in den ersten Ausgabe 2005 bis 2050 die Anzahl über 80 Jähriger schon im Jahr 2015 massiv überschätzt wurde, was durch die tatsächlich eingetretene Entwicklung belegt wird. In dieser ersten Schätzung wurde offenbar die Tatsache, dass viele ausländische Mitbürger nach Erreichen des Rentenalters in ihre Ursprungsheimat zurückkehren, nicht berücksichtigt. Auch für die neue Schätzung dürfte sich dieser Effekt noch auswirken.

3.2.2. Gesundheitskompetenzen, -verhalten und – Erwartungen Seite 11 Abs.23: Die Erwartungshaltung an die Gesundheitsversorgung im Lande ist hoch. Richtig ist, dass diese durch den hohen Lebensstandard bedingt ist. Hingegen ist die hohe Dichte ambulanter Versorger Folge und nicht Ursache dieser Erwartungshaltung.

3.3.2. Fortschritte in Medizin Seite 14 Abs.35: Die Akademisierung wird sicher auch höhere Kosten mit sich bringen. Wer bildet sich schon für teures Geld weiter, wenn keine Aussicht auf bessere Bezahlung besteht. Abs. 59: EPD wird sich nur durchsetzen, wenn die Hoheit über die Daten beim Versicherten/Patienten liegt und die Kassen keinen Einblick bekommen, ausser der Patient stimmt zu.

5.1. Demografischer Wandel: Eine treibende Kraft für Strukturformen Seite 17/18/19 Abs. 8: Tagesstrukturen und Ferienbetten ist in der LAK ein ständig laufender Prozess. Es muss das Rad nicht neu erfunden werden. Abs. 10: Notwendige Reformschritte Wir brauchen eher eine Koordinationsstelle <sup>5.19</sup> ~~5.20~~

5.2. Patientenorientierte Gesundheitsversorgungsstrukturen Seite 19/20/21 Abs. 11: in Liechtenstein hat sich im Vgl. zur Schweiz in den letzten Jahren in den Gesundheitsversorgungssystemen sehr wohl Einiges geändert. Mit der Bedarfsplanung wurde ganz im Gegensatz zur <sup>5.21</sup> ~~5.22~~

Schweiz, der Kontrahierungszwang abgeschafft. Wichtiger aber war die Einführung eines landesweiten Hausarztmodells bereits im Jahr 2000. Die Abschaffung bereits 2003 war politisch motiviert und hat bis dato neue Anstösse verhindert, weil weder Kassen noch Ärztekammer den Versicherten ständige Systemwechsel zumuten wollten. Gerade die Ärztekammer bzw. deren Vorläufer, der Ärzterein, hatte sich nach anfänglichen Bedenken, voll hinter das Hausarztmodell gestellt. Abs. 16: Digitalisierung. Das EPD setzt sich nur dann durch, wenn der Patient allein entscheidet, wenn er seine Daten weitergibt. Die Kassen bzw. deren Vertrauensärzte müssen ausgeschlossen sein. Abs. 17: Qualitätszirkel (RV 5) Als Träger wurde die LPO genannt. Dies ist bei den geringen finanziellen Ressourcen und den fehlenden personellen Kapazitäten derzeit nicht zu leisten. Den Kassenvertrag bzw. die OKP-Zulassung an eine Teilnahme an Qualitätszirkel zu koppeln setzt die Abschaffung der Bedarfsplanung in der heutigen Form voraus. Abs. 20 (RV7): Ein solches HMO-Modell ist in Liechtenstein wie oben angeführt leider politisch ausmanövriert worden. <sup>5.23</sup> ~~5.22~~

5.3. Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen Seite 24 Abs.23 Noch ist die ärztliche Versorgung in Liechtenstein nicht akut gefährdet. Allerdings erreicht ein grosser Teil der praktizierenden Ärzte in den nächsten paar Jahren das Pensionsalter. Abs. 25 (RV8): Aufhebung der Bedarfsplanung Neben der Tarnmedstruktur, die die Spezialärzte auf Kosten der Grundversorger bevorzugen (das war im Fl-Tarif genau umgekehrt) ist vor allem der niedrige Taxpunktwert des Kantons SG für die Attraktivität abträglich. Dies wurde gerade jüngst in verschiedenen Antworten der Regierung des Kantons SG zu Interpellationen des Kantonsrates betont. <sup>23 22</sup> ~~25 24~~

Ausarbeitung eines Psychiatriekonzeptes (RV 9) Abs. 27: An einem Konzept fehlt es nicht. Wohl aber an dessen Umsetzung. Es gibt ein Konzept, das allerdings schubladisiert ist. <sup>26</sup> ~~27~~

5.5. Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung Bewertung von Nutzen und Kosten Seite 30/31 Abs.65: In Liechtenstein werden nur Kostendiskussionen geführt. Es werden nicht einmal <sup>5.33</sup> ~~5.32~~

Nutzungsbetrachtungen in Teilbereichen, wie etwa Verhinderung von langandauernder Pflegebedürftigkeit (und damit Kosteneinsparungen) angestellt. Suche nach Finanzierungsalternativen für die ambulante Pflege und Betreuung (RV 17) Seite 31 Liechtenstein besitzt, mit dem Pflegegeld und den Regelungen für die Betreuung im Pflegeheim, über ein gutes System, das auch für untere Einkommensgruppen diese Leistungen ermöglicht. Gerade das Pflegegeld wird aus Steuermitteln finanziert. Ein Modell, wie jüngst von der Stiftung „zukunft.li“ vorgeschlagen, zielt aber eher auf die Entlastung der öffentlichen Hand, als die auf die Sicherung der Leistungen auch für untere Einkommensgruppen. <sup>33</sup> ~~34~~

5.6. Gesundheitsstandort Liechtenstein Seite 32 Abs.68: verhärtete Fronten nicht nur zwischen LKV und Ärztekammer, sondern auch der Regierung <sup>35</sup> ~~36~~

Bildung von multidisziplinären Versorgungszentren (RV 18) Seite 33 Abs.73: Das ist im Grundsatz sehr zu begrüßen. Ob das allerdings in Liechtenstein mehrheitsfähig ist, ist zu bezweifeln. Würde doch gerade erst eine Möglichkeit zur kostengünstigen ambulanten Herzreha in der Medicinova zu Grabbe getragen. <sup>34</sup> ~~35~~

Wiedereinberufung der KOK (RV 19) Seite 33 Abs. 64 Die Landesgesundheitskommission LGK ist nicht gleichzusetzen mit Kosten- und Qualitätskommission KOK. Letztere beschäftigte sich mit den Kosteneinklungen und Qualitätsmassnahmen, wurde aber in der letzten KVG-Revision abgeschafft. Die LGK hingegen hätte noch einen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. <sup>34 74</sup> ~~35~~

ANHANG 1:

Seite 46 LPO Es ist missverständlich dargestellt: Die LPO fordert, dass auf Leistungsrationierungen, wie etwa einem Globalbudget, verzichtet wird, nicht nur, dass grössere Transparenz besteht. Die Schaffung eines Fonds sollte gerade auch zur Deckung von Medizinischen Gutachten im aussergerichtlichen Verfahren dienen. <sup>46</sup> ~~47~~

Private Universität UFL

Eschen, 19. September 2018

Prof. Dr. Bernhard Güntert

Dorfstrasse 24

9495 Triesen

per E-Mail

### **Rückmeldung Entwurf Schlussbericht Seminarreihe „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“**

Sehr geehrter Herr Prof. Güntert

Mit dem gegenständlichen Schreiben nimmt die Ärztekammer Stellung zum Entwurf des Schlussberichts zur Seminarreihe „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“, welcher der Ärztekammer am 3. September mit Frist bis zum 19. September übermittelt wurde. Diesem Schreiben liegt der Entwurf des Schlussberichts als Word-Dokument mit Anmerkungen im Änderungsmodus bei. Die Stellungnahme der Ärztekammer umfasst somit das gegenständliche Schreiben sowie die direkt im Dokument eingefügten Rückmeldungen. Im gegenständlichen Schreiben möchten wir generelle Anmerkungen anbringen, welche so nicht direkt im Dokument möglich wären.

Wir gehen davon aus, dass die Anregungen direkt in den Schlussbericht implementiert werden und nicht nur als Anhang zum Schlussbericht abgelegt werden.

Wir möchten die Rückmeldung in einzelne Kapitel unterteilen:

#### **Arbeitstechnik**

Der Ärztekammer ist beim Studium des Schlussberichts aufgefallen, dass zahlreiche Aussagen, welche als Tatsachen dargestellt werden, nicht mit Literaturnachweisen, Fundquellen oder sonstigen harten Fakten hinterlegt werden. Beispielsweise können Aussagen zur Ärztedichte („im internationalen Vergleich recht hoch“) oder zum Medikamentenumsatz bei Managed Care-Modellen (erhöhter Medikamenteneinsatz nicht bestätigt) herangezogen werden. Die Ärztekammer hat an einzelnen Stellen im Schlussbericht auf diesen Mangel hingewiesen, jedoch darauf verzichtet, dies an jeder geeigneten Stelle zu wiederholen. Insgesamt zeigt sich die Ärztekammer mit dem wissenschaftlichen Gehalt des Schlussberichts nicht zufrieden. Viele Aussagen, welche offenbar auf Erfahrungswerten des Seminarleiters beruhen, werden ohne wissenschaftliche Quellennachweise einfach als Fakten präsentiert. Es ist dem Leser nicht möglich, die als Fakten getarnten Aussagen zu verifizieren. Der Leser muss also dem Berichter-

fasser einfach glauben, dass sich die Fakten so darstellen, wie sie behauptet werden. Die Ärztekammer stellt damit nicht per se den Wahrheitsgehalt aller getätigten Aussagen in Frage, die Anforderungen an einen Schlussbericht einer universitär durchgeführten Seminarreihe ordnet die Ärztekammer jedoch gänzlich höher ein. Jede Bachelorarbeit muss penibel genau auf Zitierweise und Quellennachweise achten, beim gegenständlichen Bericht scheint man sich aber auf die Auflistung einzelner Quellen im Literaturverzeichnis zu beschränken, ohne jedoch den einzelnen Aussagen klare Literaturnachweise zu hinterlegen.

Die Ärztekammer sieht es als unumgänglich an, den Schlussbericht hier generell nachzubessern. Wird dies unterlassen, verliert der Schlussbericht an vielen Stellen den Anspruch auf wissenschaftliche Erarbeitung und wird auf Tatsachenberichte aus den Referaten reduziert.

#### **Tendenz zur Verlagerung von Leistungsangeboten**

Die Ärztekammer kommt nicht umhin, festzuhalten, dass sie beim Seminarleiter einen starken Drang zur Verlagerung von ärztlichen Leistungen an nachgeordnete Gesundheitsberufe geortet hat. Der Schlussbericht bestätigt hier nur die bereits im Rahmen der Workshops augenscheinlichen Präferenzen, das ärztliche Leistungsangebot auf nachgeordnete Leistungserbringer zu verschieben. Unter Einbezug der anlässlich der Workshops gesammelten Erfahrungen und der prominenten Abbildung dieser Tendenzen im Schlussbericht, liegt der Schluss nahe, dass der Seminarleiter hier eine klare Tendenz verfolgt, welcher bei nachgeordneten Leistungserbringern auf fruchtbaren Boden gefallen ist und von diesen katalysiert wurde. Es erscheint, dass das ärztliche Angebot „auf Teufel komm raus“ auf andere Gesundheitsberufe übertragen werden soll. Begründet wird dies mit Kostenüberlegungen (hier sei erwähnt, dass akademische Gesundheitsberufe wohl kaum einen deutlich geringeren Ansatz akzeptieren würden als die Ärzteschaft für dieselben Leistungen), als Gegenmassnahme zur drohenden ärztlichen Unterversorgung sowie als Reaktion auf die Bestrebungen der nachgeordneten Gesundheitsberufe.

Die im Bericht angeführten Erfahrungswerte anderer Staaten, welche wie oben erwähnt zumeist nicht mit Quellen belegt sind, suggerieren, dass Liechtenstein in diesem Punkt der internationalen Entwicklung hinterherhinkt und eine Verlagerung des Leistungsspektrums auf nachgeordnete Gesundheitsberufe quasi gang und gäbe sei. Nach Ansicht der Ärztekammer widmet sich der Bericht deutlich zu wenig der Frage der Qualitätssicherung, der Patientensicherheit bzw. den Verantwortlichkeiten. Darüber hinaus wird die Funktion des Arztes (speziell des Hausarztes) als Dreh- und Angelpunkt der Patientenversorgung ausgeblendet. Ein dahingehender Systemumbau, als dass der Pati-

ent sich selbst zusammensucht, welche Leistungen des verfügbaren Angebots er unkoordiniert in Anspruch nimmt, ist nach Ansicht der Ärztekammer mit grösster Vorsicht zu geniessen. Die Ärztekammer speert sich keinesfalls dagegen, bestimmte Leistungsangebote da zu öffnen, wo eine Öffnung Sinn macht und die Patientensicherheit gewährleistet ist. Dies betrifft prima vista jedoch eine eher überschaubare Anzahl an Leistungen (z.B. FSME-Impfung). Die im Bericht mehr oder weniger subtile Botschaft, das ärztliche Leistungsangebot zu zersplittern, impliziert jedoch, dass Ärzte eigentlich nur noch für spezialmedizinische Sachverhalte beizuziehen sind, in den übrigen Fällen die besten ausgebildeten Gesundheitsberufe jedoch dieselbe Leistungen qualitativ gleichwertig zu niedrigeren Honoraren anbieten können. Die Stellung des Arztes als Dreh- und Angelpunkt in Gesundheitssystemen kommt jedoch nicht von ungefähr und wird sich auch nicht in kürzester Zeit wegdiskutieren lassen.

Die Ärztekammer hält zusammenfassend fest, dass die Verlagerung von ärztlichen Leistungen auf nicht-ärztliche Berufsgruppen im Rahmen der Seminarreihe in einem inadaquaten Mass forciert wurde und diese Massnahme, neben den sich wiederholenden Forderungen nach mehr Präventionsarbeit und besserer Kommunikation zwischen allen Stakeholdern, als Kernelement der Seminarreihe dargestellt wird. Die Verantwortung für einen überfälligen Systemumbau und damit verbundene Risiken trägt schlussendlich die Politik, die Ärztekammer kann lediglich Bedenken einbringen.

#### Fazit

Die im Schlussbericht dargelegten Erkenntnisse aus der Seminarreihe sind nach Ansicht der Ärztekammer grösstenteils identisch mit den seit Jahren in Diskussion befindlichen Themen (eHealth, Kommunikation, Präventionsarbeit etc.). Es wäre nun wünschenswert, dass diese Themen nun mit Leben gefüllt werden und es bleibt zu hoffen, dass der Schlussbericht nicht zu einem weiteren Schubladenpapier verkommt, wie bereits zahlreiche ähnliche Grundsatzpapiere zuvor.

Freundliche Grüsse



Dr. Ruth Kranz-Candrian  
Präsidentin



Mag. Stefan Rüdiger  
Geschäftsführer

## 1. Einleitung und zusammenfassende Übersicht

- 1 Zielsetzung dieser Seminarreihe war es, gemeinsam mit den verschiedenen Gesundheitsberufen und Leistungserbringern Vorschläge für künftige Reform im liechtensteinischen Gesundheitssystem zuhanden der Regierung zu erarbeiten. Die verschiedenen Berufsgruppen und Leistungserbringer hatten die Gelegenheit, an insgesamt zehn öffentlichen Seminarabenden zwischen November 2017 und Juni 2018 ihre Berufe oder Institutionen, die wichtigsten Entwicklungen der letzten Jahre sowie wichtige Trends und künftige Erwartungen vorzustellen und mit einem breiten Publikum zu diskutieren. Die Präsentationen und Diskussionen wurden protokolliert und können auf der Homepage der Privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein abgerufen werden.
- 2 In zwei geschlossenen Workshops mit Referentinnen und anderen Vertretern der Berufsgruppen und Institutionen wurden die vielen Vorschläge diskutiert, verdichtet und priorisiert und in Cluster zusammengefasst.
- 3 In hier vorliegenden Bericht werden die wichtigsten zwanzig Reformvorschläge in sechs thematischen Gruppen vorgestellt. Der demografische Wandel erfordert schon in nächster Zeit Veränderungen in der Versorgungsstruktur. Ein grösserer Teil der Reformvorschläge beschäftigt sich daher mit Fragen der besseren Patientenorientierung und der Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter. Angesichts der sich abzeichnenden Personalknappheit auch bei Health Professionals gehen verschiedene Vorschläge dahin, niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsleistungen zu prüfen, aber auch die Attraktivität des Gesundheitsstandortes Liechtenstein für die verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsanbieter zu steigern. Digitalisierung, Nutzenerfassung und systematischen Einbezug der Health Professionals in die politische Entscheidungsfindung sind nur einige weitere Themen.
- 4 Die Reformvorschläge haben sehr unterschiedliche Komplexitäten, Potentiale und Reichweiten. Einige lassen sich leicht und alleine umsetzen, andere sollten im Verbund umgesetzt werden und erfordern einen grösseren Ressourceneinsatz oder verlangen längerfristige politische Entscheidungsprozesse.
- 5 Die Reformvorschläge werden nun an die politischen Akteure weitergegeben, müssen politisch beurteilt und priorisiert werden, um die für die Umsetzung notwendigen Ressourcen zu erhalten.

**Kommentar [nr.1]:** Stellungnahme.  
Die Öffnung des direkten Zugangs zu einigen Leistungserbringern dient vorwiegend der Steigerung des eigenen Umsatzes. Dass niedergelassene Gesundheitsberufe und Leistungserbringer die Möglichkeit der „direkten“ Handlung mit dem direkten Zugang zu üffen, ist ein politisches Scheitern.

## 2. Zielsetzung und Vorgehen

### 2.1 Politische Ausgangslage und Zielsetzung

- 1 Die Entwicklungen der vergangenen Jahre auf den internationalen Finanzmärkten und in der Wirtschaft trafen auch den Finanzplatz Liechtenstein. Die Steuererinnahmen des Landes gingen markant zurück und die Regierung war gezwungen, verschiedene Sparpakete zu schütten. Davon blieb auch der Gesundheitsbereich nicht verschont.
- 2 Um der Belastung des Staatshaushaltes und der privaten Haushalte durch Gesundheitskosten entgegen zu wirken, hatte die Regierung in den letzten Jahren verschiedene Massnahmen getroffen. So erfolgte u.a. eine Bedarfsplanung für ambulante Leistungserbringer bzw. niedergelassene Ärzte. Auch wurde für die stationäre Akutversorgung das schweizerische Tarifsystem (SwissDRG) übernommen. 2017 wurde mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz auch im ambulanten Versorgungsbereich das schweizerische Tarifsystem (Tarmed) eingeführt sowie die Kostenbeteiligung für die Versicherten erhöht (Franchise mindestens Fr. 500.-, Selbstbehalt 20% bis Fr. 900.-). Auch für viele andere Gesundheitsberufe wurden die schweizerischen Tarifwerke im Wesentlichen übernommen. Diese Massnahmen fokussierten im Wesentlichen darauf, die Finanzierbarkeit des liechtensteinischen Gesundheitssystems auch unter erschwerten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen!
- 3 Health Professionals sowie Teile der Bevölkerung weisen jedoch darauf hin, dass diese Massnahmen auch zu einer Absenkung der Versorgungsqualität führen könnten. Das Ministerium für Gesellschaft hat nach verschiedenen Gesprächen mit einzelnen Berufsgruppen des Gesundheitswesens diese Kritik aufgenommen und beschloss, künftige Entwicklungsschritte im Gesundheitswesen ganzheitlich anzugehen. Dieser Ansatz soll sowohl:
  - die Leistungsqualität für Patientinnen und Patienten,
  - die Arbeits- und Entwicklungssituation der Health Professionals,
  - die langfristige Versorgungssicherheit unter Berücksichtigung
  - o der demografischen- und der Morbiditätsentwicklungen,
  - o der Fortschritte in Medizin, Pflege und Therapien,
  - o Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und Kommunikationsmöglichkeiten als auch
  - o wirtschaftliche Aspekte umfassen.
- 4 Daraus entstand die Idee, mit den verschiedenen Gesundheitsberufen und Akteuren des liechtensteinischen Gesundheitswesens eine Seminarreihe zu den Vorstellungen künftiger Entwicklungen und Erwartungen an die Systemgestaltung und –steuerung durchzuführen.

### 2.2 Auftrag

- 3 Im Sommer 2017 trat das Ministerium für Gesellschaft mit dem Auftrag an die Private Universität des Fürstentums Liechtenstein (UFL) heran, ein Konzept für ein Seminar zur „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“ unter Beteiligung der Gesundheitsberufe und der wichtigsten Leistungserbringer zu entwickeln, welches:

**Kommentar [nr.2]:** Keine Kostenver sprung durch tarmed, das Kostenträgerum ist daher nicht sachlich

10 UFL in Triesen, statt (vgl. detailliertes Programm in Anhang 1.1). Die Veranstaltungen wurden jeweils von 30 bis 80 Personen besucht. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind im Gesundheitswesen beschäftigt, auch das Ministerium war bei jedem Termin gut vertreten. „Interessierte Bürgerinnen und Bürger“ stellten eine Minderheit dar.

**Kommentar [23]:** zu ungenau, Bürger waren praktisch keine zugegen

11 Die Präsentationen und Diskussionen wurden protokolliert und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern über die Homepage der UFL zugänglich gemacht.

12 Im Anschluss an die Seminarreihe fanden zwei Workshops mit je zwei Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppen statt. Im Rahmen dieser Workshops wurden alle an den Seminarabenden formulierten Vorschläge und Erwartungen aufgelistet, vervollständigt (vgl. Anhang 1.2), diskutiert und mittels moderner Prozesse gebündelt und priorisiert (vgl. Anhang 1.3 und 1.4) und inhaltlich geschätzt.

5.11/12

3.2.3 Leistungsangebot und Auswirkungen auf Gesundheitsbedarfe und Nachfrage nach Leistungen

22 Im Bereiche der ambulanten Gesundheitsversorgung ist Liechtenstein – mit Ausnahme einiger spezialärztlicher Disziplinen – weitgehend autonom, und die Ressourcenrichte (u.a. Ärzte, therapeutische Berufe) ist im internationalen Vergleich recht hoch. Liechtenstein gibt lange Zeit als attraktiver Arbeitsort und die Zuwanderung von Health Professionals aus der EU war gross. Dies führte u.a. dazu, dass im Jahre 2004 eine Bedarfsplanung für Ärzte mit einem Kassensystem eingeführt wurde. Für Behandlungen bei Nicht-Kassenärzten oder Ärzten in der Schweiz ist eine Zusatzversicherung (mit einer politisch festgelegten Zusatzprämie) erforderlich.

**Kommentar [23]:** Quellen für diese Basisprüfung? Es liegen Nachweise vor, dass die Ärzte in der umliegenden Region nicht selten bis ins ITL. Die Frage ist jedoch abhängig (Kombiversicherung / Klein, Spezialärzte einbestellen etc.)

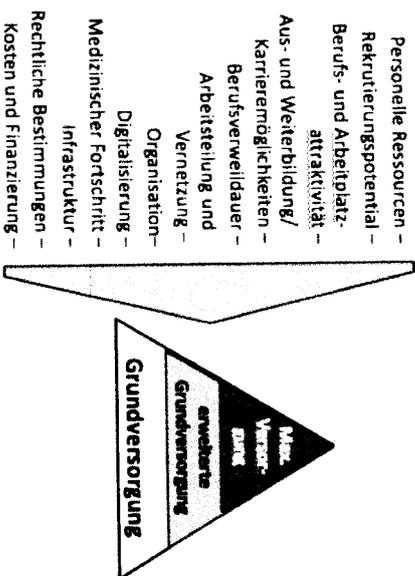
23 Das dichte Leistungsangebot in Liechtenstein führt dazu, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich gut und die Wartezeiten i.d.R. kurz sind. Parallel dazu steigen die Erwartungen der Bevölkerung an das Versorgungssystem. Einige der Leistungsanbieter sind in dieser Situation auch auf ausländische Patienten angewiesen. Die grenzüberschreitende Patientenversorgung durch liechtensteinische Leistungserbringer wird jedoch mit der aktuellen Vereinbarung mit der Schweiz nicht gefördert.

24 Im Bereich der stationären Akutversorgung ist das Angebot traditionellerweise weniger umfassend. Das liechtensteinische Landesspital, ein Spital der Grundversorgung/erweiterten Grundversorgung kann den Bedarf an stationärer Versorgung im Land nicht abdecken. Zwischen Liechtenstein und der Schweiz bestehen daher vertragliche Vereinbarungen, einerseits mit dem Kantonsspital Graubünden über die Zeitumversorgung, andererseits mit Spitälern des Kantons St. Gallen zur Grundversorgung/erweiterten Grundversorgung sowie mit dem Universitätsspital Zürich über die Maximalversorgung.

### 3.3 Determinanten des Leistungsangebotes

25 Die Gesundheitsversorgungssysteme der verschiedenen Länder unterscheiden sich - entsprechend ihrer historischen Entwicklung - teilweise sehr stark. Grundsätzliche Unterschiede, die vor wenigen Jahren noch Rückschlüsse auf staatliche Systeme (Beveridge-Modell) bzw. Versicherungssysteme (Bismarck-Modell) zugelassen haben, verschwinden jedoch zunehmend. Heute finden wir in allen Ländern Systeme mit marktwirtschaftlichen Elementen und staatlicher Steuerung, mit Krankenversicherungen sowie staatlicher und privater Finanzierung, die im Wesentlichen von folgenden Determinanten beeinflusst sind (vgl. Abb. 8).

218 Abb. 8: Determinanten des Angebots des Gesundheitsversorgungssystems



3.3.1 Personalsituation, Berufsattraktivität und Arbeitsortattraktivität

Die zu beobachtende Alterung der Gesellschaft führt nicht nur zu einer Mehrnachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen, sondern in vielen europäischen Ländern auch zu ernsthaften Rekrutierungsproblemen für verschiedene Gesundheitsberufe. In Deutschland spricht man bereits von einer ausgeprägten Pflegepersonalknappheit. Die Politik versucht mit verschiedenen Massnahmen dagegen anzugehen. In Deutschland, Österreich und in der Schweiz zeichnet sich zusätzlich eine hausärztliche Unterversorgung ab. Auch hier versucht man über neue Ausbildungsmöglichkeiten und Organisationsformen wie Medizinische Versorgungszentren, integrierte Versorgungs-Modelle usw. dagegen anzukämpfen. Hier ist anzumerken, dass die Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten in Liechtenstein mittels Bedarfsplanung gesteuert wird. Diese wurde notwendig, da aufgrund der hohen Arbeitsattraktivität eine grosse Zuwanderung von Ärzten aus der EU zu verzeichnen war. Die aufgrund der Bedarfsplanung zugelassenen Ärzte erhalten einen Vertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Situation der ärztlichen Versorgung in Liechtenstein ist zurzeit noch etwas entspannter, dies nicht zuletzt aufgrund der in vielen Bereichen im Vergleich zu den umliegenden Ländern noch immer attraktiven Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten. Zudem bestehen für zuwandernde Health Professionals aus den umliegenden Ländern keine Sprachbarrieren. Dennoch muss sich auch das liechtensteinische Gesundheitswesen mit dieser Situation aktiv auseinandersetzen, da anzunehmen ist, dass andere Länder alles versuchen werden, die Arbeitsattraktivität für Health Professionals im eigenen Land zu stärken und Abwanderungen zu vermeiden.

**Kommentar [193]:** Diese Behauptung ist näher zu spezifizieren

474  
 Prävention und Gesundheitsförderung (Bestimmung von Blutfett, Blutdruck, Blutzucker usw., Grippe- oder FSME Impfung für Gesunde, Darmkrebsvorsorge usw.)  
 - Behandlung einfacher Erkrankungen und Bagatelldfälle  
 - Trage und Zuweisung zur geeigneten Behandlung  
 - Chronik care (Polymedikationscheck, pharmazeutische Betreuung von Heimen und Spitex, Krankennobilien, Kompressionstherapie usw.)

45  
 In der Schweiz bieten seit drei Jahren verschiedene Krankenversicherer Managed Care-Modelle an, in welchen Apotheken die Funktion einer ersten Anlaufstelle für Patienten übernehmen. Apothekerinnen und Apotheker, die an diesen Modellen teilnehmen, müssen eine entsprechende Weiterbildung nachweisen. Auch sind gewisse bauliche Voraussetzungen (geschlossenes Sprechzimmer) zu erfüllen und es besteht eine Dokumentationspflicht. Die Erfahrungen sind durchaus positiv und die ursprüngliche Befürchtung, dass Patienten mit einem höheren Medikamenteneinsatz behandelt würden, hat sich nicht bewährt. In Frankreich wurden in einer Region Apotheken als Zentren für Schutzimpfungen für Gesunde genutzt, mit dem Ergebnis, dass die Durchimpfungsrate signifikant höher war als in Vergleichsregionen. Auch in Deutschland finden verschiedene Modellversuche statt, in welchen die Rolle der Apotheken in der Versorgungskette stark aufgewertet wird, beispielsweise indem diese eng mit Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten zusammenarbeiten und die Mehrfachmedikation von komplexen, multimorbiden Patienten systematisch überprüfen.

467  
 Derartige Erfahrungen können auch in Liechtenstein genutzt werden. Notwendig sind jedoch Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen und Anreize einerseits für Apotheker mitzutun, andererseits solche für die Bevölkerung derartige Angebote auch zu nutzen.

478  
 • **Etscheid zur Weiterführung ärztlich verschiebener Behandlungen (RV 13)**  
 Verschiedene nicht-ärztliche Berufsgruppen (Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Diätologie, Pflege) haben in ihren Ausführungen auf die in den letzten Jahren stark gestiegenen Aus- und Weiterbildungsanforderungen und die damit verbundene ausgedehnte Schulung diagnostischer Kompetenzen sowie die festgelegten und systematisch nachzuweisenden Qualitätsanforderungen hingewiesen. Für viele dieser Berufsgruppen ist es daher nicht mehr einsichtig, dass die Diagnosestellung und die Behandlung immer über einen Arzt und eine ärztliche Verschreibung erfolgen muss. In einigen Ländern finden sich denn auch entsprechende Konzepte (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Pflegestufe durch Pflegerinnen, nicht mehr durch Ärzte; Verordnung von Physiotherapie in Heimen durch Therapeuten usw.). Die Evaluation solcher Modelle haben gezeigt, dass keine Mengenausweitungen, i.d.R. jedoch gezieltere Therapiepläne beobachtet werden konnten.  
 49 Denkbar und im Ausmaß in der Praxis umgesetzt sind auch Modelle, welche die Verantwortung für die Weiterführung von Therapien in einen oder zwei weitere Zyklen in die Verantwortung der Therapeuten übertragen.  
 50 Derartige Modelle können zu einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte führen und die Kosten senken. Ihre Prüfung wird empfohlen. Die Prüfung hat jedoch im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zum Verhältnis von ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zu erfolgen. Die Umsetzung erfordert Anpassungen gesetzlicher

**Kommentar [193]:** Die Apotheken machen dem also Konkurrenz!  
**Kommentar [197]:** Definition? Diese Unterscheidung ist kaum möglich, da sich hinter einer vermeintlich „ärztlicher“ Erkrankung auch eine schwerwiegende Verletzung kann, Apotheker haben nicht das medizinische Know-How, dies adäquat zu erkennen.

**Kommentar [193]:** Genau diese Patienten sind oftmals hochkomplex. Pharmakologisches Know-How reicht hierzu nicht aus.

**Kommentar [193]:** Nachweis/Quelle

S. 31/58

Kommentar [R 21] wiederum Betonung auf nicht-ärztliche Leistungserbringer.

54 Gesundheitsförderung soll möglichst viele Menschen erfassen. Damit eine gute Wirkung erzielt wird gilt es nicht nur Gesundheitsinformationen zu vermitteln, sondern auch die Settings, in denen die Menschen lernen, arbeiten und leben gesundheitsorientiert zu verändern. Das Fokussieren auf diese Settings sowie ein umfassendes und vernetztes Vorgehen haben sich in vielen Untersuchungen als ideale Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung erwiesen. In Leichtesten existieren wohl mehrere Ansätze, dies sowohl auf privater Ebene (betriebliches Gesundheitsmanagement) als auch beim Staat. Allerdings sind die Kompetenzen beim Staat stark dezentralisiert. Sie liegen beim Amt für Gesundheit, im Bildungsbereich, im Wirtschaftsbereich und bei den Gemeinden. Konkret wurden vorgeschlagen:

- **Schaffung einer zentralen Abteilung für Gesundheitsförderung (RV 14a)**
- Die dezentrale Verantwortung für Gesundheitsförderung beim Staat ist aufzugeben und eine zentrale Abteilung für Gesundheitsförderung zu schaffen und diese mit Ressourcen so auszustatten, dass wirksame Massnahmen und Koordinationsaufgaben getroffen werden können.

oder:

- **Schaffung einer privaten Stiftung für Gesundheitsförderung (RV 14b)**
- Alternativ zu einer zentralen Abteilung für Gesundheitsförderung beim Staat wird die Schaffung einer schlagkräftigen „Stiftung für Gesundheitsförderung“ unter Beteiligung von Staat, Krankenversicherung, Gesundheitseinrichtungen sowie privater Unternehmen vorgeschlagen.

S. 31/58

57 Beide Institutionen müssten als Kompetenzzentrum über ausreichende Ressourcen verfügen und die verschiedensten Experten wie Physiotherape, Ergotherapie, Psychotherapie, Organisationsentwicklung, Sozialarbeit, Ernährungswissenschaftler, Psychotherape, Bewegungstrainer usw. umfassen, um gezielt aktiv werden zu können in Bezug auf:

- Einbinden verschiedener Bevölkerungsgruppen (Kinder, Jugendliche, Eltern, Arbeitnehmer, ältere Menschen, vulnerable Gruppen),
- unterschiedliche Settings (Kita, Schulen, Unternehmen, Heime, Gemeinden, Kirchen, Vereine)
- verschiedene Themen (Umwelt, Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, psychische Gesundheit, Suchtprävention usw.)
- Programme initiieren, koordinieren und evaluieren
- Beratung von Anbietern für Gesundheitsförderungs- und Gesundheitsmanagementprogrammen
- Gezieltes Vermitteln von Gesundheits-Wissen (Health Literacy)

• **Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung (RV 15)**

58 Tertiäre Prävention ist unbestritten Teil der Gesundheitsversorgung. Sekundärprävention und Gesundheitsförderung nicht direkt Teil der Primärprävention und Gesundheitsförderung sind nicht Teil der Tarifsysteme und Gesundheitsversorgung, bzw. diese Leistungen sind nicht Teil der Tarifsysteme und werden nicht direkt vergütet.

Kommentar [R 21] Ärztschaft wird hier nicht genannt

59 Es liegt jedoch im Interesse einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung, bei Bedarf auch Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung anbieten zu können, da Patienten im Krankheitsfall speziell für solche Fragen sensibilisiert sind. Diese Aufklärungs- und Beratungsdienstleistungen können auch von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (nNP, MPA, Apotheken) erbracht werden. Allerdings sind auch hier entsprechende Weiterbildungsangebote und Anreize zu schaffen (Tarifierung des Beratungsaufwandes oder Abteilung über Managed Care- bzw. Accountable Care-Modelle).

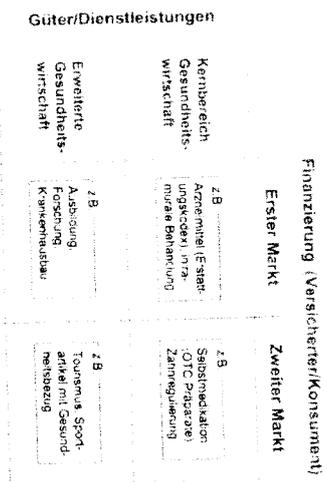
60 **Notwendige Reformschritte:**

- Grundsatzentscheidung, ob die Förderung von Gesundheitsförderung und Prävention eine Aufgabe des Staates oder der Gesellschaft insgesamt ist und damit die Wahl der Organisationsform (Abteilung oder Stiftung) und der Finanzierung bestimmt.
- Definition des Leistungsauftrages (unter Beteiligung der interessierten Kreise) und der zur Erfüllung benötigten Ressourcen.
- Sicherstellung der langfristigen Finanzierung.
- Erstellen und genehmigen eines Aktionsplanes zur gezielten Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

5.5 **Nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitsversorgung: Bewertung von Nutzen und Kosten**

61 Betrachtet man das Gesundheitswesen aus einer traditionell ökonomischen Perspektive, so wird auf die Kosten fokussiert. Diese Betrachtung wird seit einiger Zeit klar in Frage gestellt. Einerseits spricht man heute nicht nur vom Gesundheitswesen, sondern auch von der Gesundheitswirtschaft. Unter diesem Sammelbegriff werden alle von der Gesundheitswirtschaft verstanden, die etwas mit Gesundheit zu tun haben. Die Gesundheitswirtschaft wird in vier Konsumfelder aufgeteilt:

62 **Abb. 10: Gesundheitswirtschaft und Unterteilung (Quelle: BASYS 2011)**



533

kommen heute weitere Aufgaben dazu, wie Förderung der Lebensqualität, Reduzierung der Krankheitslast durch Prävention und Gesundheitsförderung sowie durch Vermittlung von Gesundheitskompetenz. Alle diese Tätigkeiten sind Personal- und Ressourcenintensiv.

- 68 In der aktuellen Situation zeichnen sich in verschiedenen Bereichen knappe Personalressourcen ab. Da Gesundheitsleistungen weitgehend personale Dienstleistungen sind, lässt sich fehlendes Personal nur teilweise durch technischen Fortschritt (u.a. Digitalisierung, Robotik, Kommunikationstechnologie), moderne Organisationsformen oder systematisches Prozessmanagement kompensieren. Die Attraktivität des Gesundheitssystems als Arbeitsplatz für Health Professionals ist daher für die Personalrekrutierung und die Berufsverweildauer von grosser Bedeutung. In den vergangenen Jahren haben sich am Arbeitsplatzattraktivität der (bereits ansässigen) Gesundheitslenkender eher vermindert haben. Zu nennen sind etwa:
  - die Einführung der Schweizer Tarfsysteme, in deren Folge die Einkommen verschiedener Gesundheitsberufe signifikant gesunken sind,
  - die aktuellen Vereinbarungen über die grenzübergreifende Leistungserbringung mit der Schweiz,
  - die verhärteten Fronten zwischen Ärztekammer und LKV,
  - die Aufhebung der Gesundheitskommission
  - das fehlende Vertrauen vieler Health Professionals in die Politik und die Krankenversicherungen

**Kommentar [Fr.23]:** Diese Aussage ist unklar. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzattraktivität und den Personalressourcen ist nicht in der Literatur und LKV eindeutig bezeugt. In der Literatur sind hingegen Beschreibungen anderer Berufsverbände zum LKV worden nicht genannt. Aussage exaktlos streichen.

- 69 Gleichzeitig sind in den letzten Jahren aber auch die Erwartungen der Bevölkerung an Leistungsfähigkeit und Komfort im Gesundheitswesen stark gestiegen. Zudem wurde die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens nicht nur unter dem Kostenaspekt, sondern auch aus der Wertschöpfungsperspektive betrachtet und es wurde erkannt, dass der Gesundheitsstandort Liechtenstein – auch ohne eigene Medizinische Universität oder Fakultät – durchaus für verschiedene medizinischen Spezialgebiete attraktiv sein, zur wirtschaftlichen Wertschöpfung des Landes beitragen und ein weit über die Landesgrenzen hinausreichendes Versorgungsgebiet abdecken könnte.

70 Um die Attraktivität des Gesundheitsstandortes Liechtenstein zu verbessern, wurden konkret folgende Vorschläge gemacht:

- **Schaffung einer zentralen Informationsplattform Gesundheit (RV 17)**
- 71 Die aktuelle Organisation der Gesundheitsversorgung basiert mit wenigen Ausnahmen auf ziemlich unabhängig voneinander agierenden Leistungserbringern in Einzelpraxen oder Praxismgemeinschaften. Diese Leistungserbringer arbeiten zum Teil mit unterschiedlichen Infrastrukturen, bieten daher auch unterschiedliche Leistungen, Schwerpunkte und Spezialisierungen an. Diese sind – trotz weitverbreiteten individuellen Homepages – nach aussen oft nicht oder nicht systematisch ersichtlich.
- 72 Um einerseits für Patienten die Transparenz bezüglich Leistungen bzw. Spezialitäten bei der Suche nach geeigneten Health Professionals, andererseits aber auch für Leistungserbringer bei Überweisungen zu verbessern wird vorgeschlagen, eine zentrale internetbasierte Informationsplattform über möglichst alle Gesundheitsdienstleister in Liechtenstein aufzubauen und zu unterhalten. Mit dieser Systemtransparenz sollen Wahlentscheidungen erleichtert und die Qualität der Versorgung verbessert werden.

- **Bildung von multidisziplinären Versorgungszentren (RV 18)**
- 73 Mit der räumlichen Bündelung von Leistungserbringern in problem- oder themenorientierte Versorgungszentren wird Patienten ein zusätzlicher Service geboten indem die Wege verkürzt, die Koordination der Behandlungsketten gefördert, die Kooperation der Leistungserbringer erleichtert und die Qualität verbessert werden. Vorgeschlagen wurde konkret:
  - o Mutter-Kind-Zentrum mit Gynäkologie, Hebammen und Pädiatrie sowie engen Verbindungen zu Hausärztliche, Ernährungsberatung, psychologischen Angeboten und Ernährungsmedizin.
  - o Ambulantes Versorgungs- und Therapiezentrum mit Tagesstruktur inklusive Pflege und Sozialarbeit, mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
  - o Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum

- **Wiederinberufung der KOK bzw. Schaffung eines neuen „runden Tisch“ zwischen Regierung, Krankenversicherern und Leistungserbringern (RV 19)**

Die während langer Zeit bestehende (aber nicht durchgehend aktive) Gesundheitskommission, die sich aus Vertretern der verschiedenen Gesundheitsberufe und Leistungserbringer, der Krankenversicherer, der Patientenorganisation und der Regierung zusammensetzte, wird seit zwei Jahren nicht mehr einberufen. Es findet jedoch ein regelmässiger Informationsaustausch zwischen Regierung, Krankenversicherern und Ärztekammer statt. Davon sind jedoch die anderen Gesundheitsberufe sowie die Patientenorganisation ausgeschlossen. Entsprechend fühlen diese sich in den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen nicht mehr vertreten und ihre Expertise übergangen / nichteingebunden. Vorgeschlagen wurde daher:

- o die Wiederinsetzung und Wiederinberufung der Gesundheitskommission mit aktuellen themenspezifischen Quartalsreffen bzw. alternativ dazu
- o die Schaffung eines neuen Kommunikationsgefässes im Sinne eines „runden Tisches“, um gemeinsam aktuelle Probleme des Gesundheitssystems besprechen und die verschiedenen Expertisen in die politischen Prozesse einbringen zu können.

535 175  
74

**Grenzüberschreitende Versorgung ermöglichen (RV 20)**

Die Ablehnung des Staatsvertrages wirkt sich für etliche Leistungserbringer negativ aus. Dieser hätte den freien Grenzverkehr für Gesundheitsleistungen gewährleistet und wäre für viele Leistungserbringer in Liechtenstein von grosser, auch existenzsichernder Bedeutung und für das Rheintal als Region ein Versorgungsvorteil gewesen. Liechtensteinische Leistungserbringer wären für schweizerische Patienten durchaus attraktiv. So pendeln täglich viele Arbeitnehmer nach Liechtenstein, welche Leistungen nachfragen könnten, oder im Rheintal bestehende Versorgungslücken hätten geschlossen werden können. Zahlmässig kleinere Berufsgruppen hätten grenzübergreifend zusammenarbeiten können, indem sie z.B. Ferien -bzw. Stellvertretungen hätten übernehmen oder ihre Spezialitäten hätten anbieten können. Konkret wurde daher vorgeschlagen, die Verhandlungen mit der Schweiz wieder aufzunehmen und den freien Grenzverkehr wieder sicherzustellen.

**67 Notwendige Reformschritte**

**Kommentar [Fr.24]:** Die „Gesundheitskommission“ wird mit der „KOK“ durchmischt. Die „Gesundheitskommission“ meint jedoch die „Landesgesundheitskommission“, nicht die KOK

**Kommentar [Fr.25]:** Zu kurz. Hier werden nicht die Akteure richtig, dass ein nach R. und B. Traub-Kommissionen betrachtet, in R. Leistungen in Anspruch zu Grengänge, die Verantwortung für Leistungen übernehmen wird, ist nachvollziehbar.

**Kommentar [Fr.26]:** Zu kurz. Hier werden nicht die Akteure richtig, dass ein nach R. und B. Traub-Kommissionen betrachtet, in R. Leistungen in Anspruch zu Grengänge, die Verantwortung für Leistungen übernehmen wird, ist nachvollziehbar.

5.34/185  
74

Liechtensteinischer Krankenkassenverband  
Landstrasse 151  
9494 Schaan  
Tel. +423 233 43 00  
Fax. +423 233 43 01  
info@lkv.li  
www.lkv.li

Private Universität im  
Fürstentum Liechtenstein (UFL)  
Prof. Dr. Bernhard Güntert  
Dorfstrasse 24  
9495 Triesen

Für Rückfragen:  
Thomas A. Hasler  
thomas.hasler@lkv.li

Schaan, 19. September 2018

## Stellungnahme zum Entwurf des Schlussberichts zur Seminarreihe Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Güntert

Wir danken Ihnen für die Zustimmung des Schlussberichtsentwurfs am 03. September 2018 und die Möglichkeit dazu Stellung zu nehmen.

Für die sehr sorgfältige und professionelle Planung und Durchführung der Seminarreihe sowie der anschliessenden zwei Workshops danken wir Ihnen im Namen der rund 40'000 Versicherten herzlich. Die Gelegenheit sich zwischen den verschiedenen Interessensgruppen in diesem Rahmen auszutauschen halten wir für eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens.

### Allgemeines

Der Bericht gibt einen guten Überblick über die aktuelle Situation im Gesundheitswesen und den bevorstehenden Herausforderungen.

Generell wird in Teilen des Berichts von „nicht mehr so attraktiven Arbeitsbedingungen“ für Health Professionals im Fürstentum Liechtenstein gesprochen (Bspw. Punkt 3, Ziff. 24). Die Krankenversicherer stellen dies nicht fest. Ganz im Gegenteil scheint das Fürstentum Liechtenstein im Vergleich mit anderen Ländern attraktive Rahmenbedingungen zu bieten. Gemäss Rechenschaftsbericht der Fürstlichen Regierung für das Jahr 2017 wurden im Jahr 2017 rund 43 neue Bewilligungen für die Tätigkeit in einem Gesundheitsberuf erteilt, bei rund 20 Löschungen.

In Punkt 5.5., Ziff. 68 werden die Fronten zwischen Ärztekammer und LKV als verhärtet beschrieben. Gerade in den letzten Jahren hat sich hier punktuell eine gute Zusammenarbeit etabliert (Bedarfsplanung, neue OKP-Verträge, etc.). Dass zwischen Ärztekammer als Interessensvertreter der Ärzte und dem LKV als Anwalt der gut 40'000 Versicherten Konfliktpotential besteht ist systembedingt.

Immer wieder wird der Ärztemangel (Punkt 5.5, Ziff. 34) aufgegriffen. Mit diesem absoluten Begriff sollte möglichst vorsichtig umgegangen werden. Eine Studie der Santésuisse (Verband der schweizerischen Krankenversicherer) hat jüngst ergeben,

dass im Jahr 2030 einige Regionen in der Schweiz sogar deutlich überversorgt sein werden. Unbestritten bleibt, dass sich gerade in der Grundversorgung und der Kinder- und Jugendmedizin mittelfristig in gewissen Regionen Engpässe ergeben könnten.

Die Qualität beziehungsweise deren Messung wird immer wieder als wichtiger Punkt herausgehoben (Bspw. Punkt 5.3, Ziff. 38). Gerade im Bereich der Ergebnisqualität gibt es heute in den meisten Disziplinen noch keine von allen Beteiligten anerkannten Qualitätsmesskriterien. Wir regen an, die Schaffung der notwendigen Grundlagen zur Messung der Ergebnisqualität als wichtiges Projekt in die Reformvorschlüsse aufzunehmen.

### Zu den einzelnen Punkten

Zu Punkt 5.2, Ziff. 11

S 21/11

Es wird vermerkt, dass von den Krankenversicherer keine konkreten Initiativen zur Schaffung von Managed Care-Modellen ausgingen. Dazu ist festzuhalten, dass die gesetzlichen Grundlagen für die Schaffung solcher Modelle durch einzelne Krankenversicherer im Fürstentum Liechtenstein – anders als in der Schweiz – fehlen. Bevor also wie in Ziff. 20 vorgeschlagen solche integrierten Versorgungssystem durch die Krankenversicherer in Kooperation mit interessierten Leistungserbringern aufgesetzt werden könnten, müsste in Ziff. 22 bei den Reformschritten die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage eingefügt werden.

Zu Punkt 5.3, Ziff. 40ff.

S 26/39

In den Abschnitten wird auf den Reformvorschlag bezüglich advanced Nurse Practitioners (ANP) eingegangen. In Ziff. 41 wird schliesslich zusammengefasst, dass in Liechtenstein solche Diskussionen von Pflege und Politik angestossen würden. In Liechtenstein wurde aber gerade dieser Punkt von den Krankenversicherern in die Diskussion – genauer gesagt in diese Seminarreihe - eingebracht wurde.

### Zu den Reformvorschlügen

Auf eine Bewertung aller 20 Reformvorschlüge verzichten wir. Allerdings wäre es im Anschluss an die Reformvorschlüge im Bericht von Nutzen ein konkretes weiteres Vorgehen vorzuschlagen um die Erkenntnisse aus dem Bericht auch umzusetzen.

Die Reformvorschlüge sind im Detail zu prüfen und zu bewerten. Voraussetzung für die Umsetzung der Reformvorschlüge ist die positive Beantwortung der folgenden 3 Fragen:

1. Wird die Qualität gesichert oder erhöht?
2. Hilft der Vorschlag das Kostenwachstum zu dämpfen oder die Kosten zu senken?
3. Sind allfällige Zusatzkosten der Umsetzung eines Vorschlags mit Blick auf den Zusatznutzen für die Versicherten vertretbar?

Die vom LKV eingebrachten Reformvorschläge

- Einsatz von advanced Nurse Practitioners (ANP)
- Chronic Care Management
- Vortreiben der Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Tarifierung von verschiedenen Versorgungsbereichen überdenken (Anreizsetzung)

wurden allesamt in einem oder mehreren Punkten aufgegriffen. Dafür danken wir der UFL und unseren Partnerinnen und Partner im Gesundheitswesen herzlich.

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Liechtensteinischer  
Krankenkassenverband



Gesundheitsrat

**Stellungnahme**

Seite 1 von 6

**Thema:**

**Stellungnahme zum Entwurf des Schlussberichtes der Seminarreihe «Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens»**

**Ort / Datum:**

Vaduz, 21.09.2018

**Verfasser:**

Sandra Copeland, Thomas Tschirky

1.	Einleitung .....	1
2.	Stellungnahme .....	2
2.1.	Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in Liechtenstein .....	2
2.2.	Reformvorschläge .....	3
2.2.1.	Demografischer Wandel .....	3
2.2.2.	Patientenorientierte Versorgungsstrukturen .....	3
2.2.3.	Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen .....	4
2.2.4.	Gesundheitsförderung und Prävention .....	4
2.2.5.	Nachhaltige Finanzierung .....	5
2.2.6.	Gesundheitsstandort Liechtenstein .....	5
3.	Schlussfolgerung .....	5

**1. Einleitung**

Wir heben die Möglichkeit an, uns an der Seminarreihe «Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens» zu beteiligen genau angenommen. Gerne hätten wir weitere Lehrlingskollegen und der Regierung die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Liechtenstein zu gestalten, mit Fragen wie alle einen sehr wertvollen Ansatz.

Unsere Referate fanden am 01.02.2018 zum Thema der präferierten Versorgung aus der Perspektive des Landesspitals statt sowie am 05.04.2018 zum Thema Spitalkooperation im Land - gestern, heute, morgen. Wir bedanken uns für den Entwurf des Schlussberichtes zur Seminarreihe zu dem wir gerne Stellung nehmen.

**Stellungnahme**

Seite 2 von 6

**2. Stellungnahme**

Die Herleitung der Zielsetzung erscheint uns stimmig. Die Leistungsbedürfnisse und die Leistungsbezug haben auf Grund der durch die Regierung getroffenen regulatorischen Massnahmen Veränderungen erfahren. Diese Veränderungen können aus Sicht der Finanzierbarkeit als notwendig erachtet werden, halten jedoch für die Leistungserbringer teils weitreichende Folgen. Den Leistungserbringern mit der Seminarreihe Gehör zu verschaffen, werten wir als einen positiven Ansatz. Wir stellen jedoch fest, dass die IST Situationen von einzelnen Leistungserbringern als Folge der politischen regulatorischen Massnahmen sehr negativ dargestellt wurden. Dies hat mitunter dazu geführt, dass keine wirkliche Innovation entstehen konnte.

**2.1. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in Liechtenstein**

Zu Kapitel ~~2.1~~ Seite ~~2~~ **1**  
In der Auflistung der Leistungsangebote fehlt das Angebot der 24h Betreuung durch ausländische Betreuungspersonen. Dieses Angebot weist ein starkes Wachstum auf und hat Einfluss auf die ambulante und stationäre Versorgung.

Zu Kapitel ~~2.2~~ Seite ~~4~~ **12**

Hier vermissen wir eine differenzierte Darstellung der Entwicklung der stationären Akutversorgung. Der langjährige Betrieb des Landesspitals als reines Belegspital sowie eine traditionelle Nähe der liechtensteinischen Bevölkerung zum Spital Grabs erscheint uns als relevant für die Ausgangslage. Auch sollte die strategische Neuausrichtung in den vergangenen sieben Jahren hin zum Hybridmodell erwähnt werden. Weiter werden neben der Schweiz auch viele Patienten aus Liechtenstein in Österreich behandelt.

Zu Kapitel ~~2.3~~ Seite ~~14~~ **30**

Die Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe hat zu einer Steigerung der Attraktivität der Berufe geführt. Dies u.a. wegen der Durchlässigkeit in den Bildungssystemen. Bis heute haben sich die Berufsfelder in Liechtenstein noch wenig dieser neuen Situation angepasst. Hier stecken viele Potenziale und innovative Lösungsansätze z.B. durch den Einsatz von Advanced Practice Nurses. Hierbei gilt es, die Einsatzgebiete genau zu prüfen und die rechtlichen Grundlagen dafür entsprechend zu schaffen.

Allgemein ist in der Schweiz der Trend zu erkennen, dass Ausbildungen auf Sekundarstufe vermehrt gefordert werden. Als Beispiel dafür steht die Entwicklung der Berufsprüfungen für F&E. Wichtig ist hier zu erwähnen, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsniveau der Pflegefachpersonen und dem Sterberisiko für die Patienten gibt (RN4Cast, Studis); dies vor allem auf dem Hinblick der Finanzierung der Pflege in allen Umfeldern, sei dies Langzeit-, Mobil- und Akutpflege.

Zu Kapitel ~~2.4~~ Seite ~~14~~ **5, 14**

Aus Sicht der traditionellen, stationären Akutversorgung müsste in diesem Kapitel auch die bereits einsetzende und für die Zukunft weiter zunehmende Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich aufgeführt werden.

2.2 Reformvorschläge

2.2.1 Demografischer Wandel

Der Fokus auf das informelle Versorgungssystem zu legen, erscheint uns stimmig. Jedem nicht mit dem Ziel zur Entlastung der Health Professionals sondern zur Stärkung der freiwilligen Tätigkeit muss die Heilung zwischen den Professionalfeldern der Leistungsorientierung und der freiwilligen Tätigkeit gegeben werden. Die freiwillige Tätigkeit soll gestärkt werden, gefördert für die Aufrechterhaltung der Teilnahme am Sozialen Geschehen der Leistungseinfänger.

Für letzteren Anwerbezeit ist es ausserordentlich wichtig, dass die in ihrer Tätigkeit gestärkt werden. Es sollen finanzielle Anreizmöglichkeiten für ihre Tätigkeit unterschiedigt werden und Anlaufstellen zur Beratung und Unterstützung haben.

Aus Sicht des Landesspitals ist keine weitere Tätigkeit mehr für ein spezialisiertes Kompetenz-Zentrum für Altersmedizin. Diese Funktion kann nach Einhaltung eines Akutgesprächs an einem sozial von diesen wahrerhalten werden. Weiter ist bereits heute eine gute Expertise / Kompetenz von anderen Leistungsorientierten Verbänden, die zu einem Kompetenzzentrum werden können. Für weiteren Erweiterungsbereichen bis zu einem Gesundheitszentrum in Liechtenstein wurde die Bedeutung der Altersversorgung noch weiter vertieft werden können.

2.2.2 Patientenorientierte Versorgungsstrukturen

Kapitel 1, Seite 21

Bei Aussage stimmen wir zu, dass die einzelnen Leistungsorientierten weitgehend einmündig organisiert sind. Eingeordnet werden wir am Anfang fest, dass eine gute Vernetzung auf der operativen Ebene stattfindet. Diese Vernetzung ist vor allem gestärkt über die Kennbarkeit der Patienten, die ein für deren Behandlung geeignetes Mittelangebot herbeiführen. Verschiedene Institutionen haben z.B. ein Care Management für institutionalisches oder wiederum auf dieser Ebene gewirkt miteinander kommunizieren.

An den Schnittstellen wurde ebenfalls über die fehlende Durchsicht gesprochen, bei der Information über den Patienten zusammenarbeiten und gemeinsam mit dem Patienten Behandlungswege ausgearbeitet werden. Am 26. September vom 20.05.2018 zur einbringenden, aktuellen Versorgung wurde die Funktion der Durchsicht als übergreifende hausärztliche Tätigkeit angesehen. Von Seite der Meinung, dass diese grundlegend richtig war und weiter gefördert werden musste. Dies allerdings vorergründlich, jedoch mit übergreifender Projektierung und Finanzierung.

Kapitel 13, Seite 21

Für die Gesundheitsversorgung liegt in der Digitalisierung neben dem Einsparpotenzial auch ein sehr hoher Nutzen für sämtliche Leistungserbringer und in Folge auch für die Patienten. Im Vergleich zum aktuellen Stand, ermöglicht sich die Entwicklung gemeinsamer mit dem Leistungserbringern anzugehen, jedoch mit übergreifender Projektierung und Finanzierung.

Kapitel 17 - 19, Seite 21

Wie in der Stellungnahme von Kapitel 11 beschrieben finden bereits heute teilweise Fallbesprechungen statt mit dem Ziel, die Qualität zu sichern, zu steigern und Behandlungen kontinuierlich weiterzuführen. Dies erfolgt bedarfsorientiert und ist in stetiger Weiterentwicklung. Weiter unterstützen wir den Ansatz von Qualitätszirkeln und DMP mit einer Koppelung an Kassenverträge.

5.3 Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen

Kapitel 20, Seite 24

Wir erachten eine Bedarfplanung für praktizierende Ärzte weiterhin als wichtig, sind jedoch auch der Meinung, dass diese verfeinert und für junge angehende Hausärzte und Hausärztinnen attraktiv gestaltet und ihnen allenfalls der Einstieg erleichtert werden sollte. Weiter empfehlen wir eine bessere regionale Abstimmung der Bedarfplanung.

33-35 25 34-41 26 42-43 27  
Kapitel 34, 36, Seite 24 / Kapitel 40 - 42, Seite 24 / Kapitel 43 - 41, Seite 24

Die Neudefinition von eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichen sollte auf Basis von Berufsfeldern wie z.B. der Advanced Practice Nurses (APN) genau geprüft werden. Diese kommen neben pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen anbieten, die bisher den Ärzten zugeordnet wurden. Dabei handelt es sich nicht um eine komplette Übernahme des ärztlichen Aufgabefeldes, sondern um eine gezielte interprofessionelle Zusammenarbeit meist im Management von Patienten mit chronischen Erkrankungen, die eine hochspezialisierte Pflege benötigen. APN können in definierten Fällen die eigenverantwortliche Fallführung übernehmen.

Dr. Werner Widmer hat am Seminarabend vom 19.04.18 eine Haltung geäußert, die uns wesentlich erscheint. Die Versorgung von mehrfach erkrankten Patienten erfordert in Zukunft immer mehr generalistisches Fachwissen. Mit dem Blick von einzelnen Fachspezialisten kann die gesamte Dimension nicht immer erfasst werden. Somit können wir dem „a.1. Point of Care - Modell“ einiges abgewinnen, empfehlen aber eine Anordnung an einer bestehenden Stelle wie z.B. Splix, Hausarztpraxis, Gesundheitszentrum in der Gemeinde. Die Schaffung einer weiteren Institution erachten wir nicht als zielführend.

47-49 28  
Kapitel 48, 50, Seite 25

Diesen Reformschritt stützen wir sehr, da dadurch teils Ressourcen durch Reduktion des administrativen Aufwandes eingespart werden können. Ein sinnvolles Kontroll- und Steuerungssystem um Mengenausweitungen zu vermeiden wäre parallel ebenfalls zu prüfen.

2.2.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsförderung und Prävention sehen wir als ein wesentlicher Anteil des Gesundheitssversorgungssystem. Dabei sind die Stufen der Prävention (primär-, sekundär-, tertiäre Prävention) untrennbar der Leistungserbringer anders verteilt und gewichtet. Als Landesspital schaffen wir als ein wichtiger Player in der integrativen Versorgung wesentliche Beiträge an den sekundären und tertiären Prävention und arbeiten Hand in Hand mit anderen Institutionen aus den Bereichen Rehabilitation, Splix und Übergangspflege zusammen.

Stellungnahme

Seite 5 von 6

**2.2.5. Nachhaltige Finanzierung**

Kapitel 53 - 65, Seite 32

Die neuen Finanzierungsmodelle in der ambulanten und stationären Akutversorgung durch die Einführung von IATERN und DRG sowie der medizinische Fortschritt haben zu einer Verschiebung von Stationen in den ambulanten Bereich nicht nur innerhalb der Spitalversorgung, sondern auch zu den nachverbleibenden Stationen geführt. Dabei fallen teilweise höhere Kosten für die Patienten an, die sie selbstständig zu finanzieren haben. Auf Grund der zu erwartenden demografischen Entwicklung ist eine Übergenussverteilung zu erwarten sowie auch eine Steigerung der Komplexität in der Spitalversorgung, insbesondere in der Versorgung von Patienten im Bereich Pflege und Betreuung. Dieser Innentrend ist zu erwarten und muss zwingend die ambulante Pflege und Betreuung stärker Innentrend sein.

**2.2.6. Gesundheitsstandort Liechtenstein**

Kapitel 53 - 65, Seite 34

Die Entwicklung von mehrdeutschen Gesundheitseinrichtungen in der Europäischen Union ist als ein Grundmerkmal zu sehen. Zum einen sind Patienten von Leistungsstandorten zu verschiedenen zum anderen um Sparen zu nutzen und erst effizienter Zusammenarbeit der Health Provider als zu fördern und Transparenz zu schaffen.

Aus Sicht der Spitalversorgung, haben wir eine andere Sicht auf Akutversorgung einbezogen zu schaffen. Den Gesundheitsstandort mit internationaler Ambulanz und stationäre Versorgung. Dabei werden in der Angebotsgestaltung mit externen Anbietern im Rahmen von Praxis, Medizinspezialistik, Beratungen etc. Das Ziel soll auch darin sein, dass der Patient an zentraler Stelle greift, sinnvolle Entscheidungen aber eine Hand beziehen kann.

Kapitel 53 - 65, Seite 35

Zurzeit bestehen in Liechtenstein weitaus mehr Patienten viele Leistungen im benachbarten Ausland, obwohl diese in Liechtenstein ebenfalls angeboten werden. Die Empfehlung es sich, Anreize für die Behandlung innerhalb von Liechtenstein zu schaffen, als auch regulatorische Massnahmen einzuleiten die dies fördern (z.B. durch Primärbedarf).

**3. Schlussfolgerung**

Es liegt eine Fülle an Reformvorschlägen vor, die es von Entscheidungsstrategien zu bearbeiten gilt. Diese Aufgabe weichen wir auf Grund der Komplexität der Gesundheitsversorgung in Liechtenstein als sehr anspruchsvoll. Wie zu Beginn der Stellungnahme erwähnt, freut uns im Schlussbericht die innovativen Charakter für ein Land wie Liechtenstein mit seiner Kleinheit werden innovativen, speziell auf das Land abgestimmte Reformen möglich gewesen. dies trotz der Komplexität der Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse unterscheiden sich wenig von den Herausforderungen, wie sie andere Länder zu bewältigen haben.

Stellungnahme

Seite 6 von 6

21.09.2018

Sandra Doppeland  
Spitaldirektorin

Thomas Fetscher  
Bereichsleitung Pflege