

Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens

Schlussbericht der Seminarreihe von Oktober 2017 bis Juni 2018

Leitung: Prof. Dr.oec. Bernhard Güntert,
Private Universität im Fürstentum Liechtenstein

INHALTSÜBERSICHT	1
1. Einleitung und zusammenfassende Übersicht	3
2. Zielsetzung und Vorgehen	4
2.1 Politische Ausgangslage und Zielsetzung	4
2.2 Auftrag	4
2.3 Vorgehen und Arbeitsplan	5
3. Herausforderungen and die Gesundheitsversorgung in Liechtenstein: Entwicklungen und Trends verschiedener Determinanten	7
3.1 Grundmodell des Gesundheitswesens	7
3.2 Determinanten der Versorgungsbedarfe	7
3.2.1 Demografie und Epidemiologie	8
3.2.2 Gesundheitskompetenz, -verhalten und –erwartungen	10
3.2.3 Leistungsangebot und Auswirkungen auf Gesundheitsbedarfe und Nachfrage nach Leistungen	11
3.3 Determinanten des Leistungsangebotes	12
3.3.1 Personalsituation, Berufsattraktivität und Arbeitsortattraktivität	13
3.3.2 Fortschritte in Medizin, Pflege und Therapien; Digitalisierung	14
3.3.3 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen	15
4. Methodisches Vorgehen	17
5. Vorschläge für künftige Reformen im liechtensteinischen Gesundheitswesen	18
5.1 Demografischer Wandel: Eine treibende Kraft für Strukturreformen im Gesundheitswesen	18
5.2 Patientenorientierte Versorgungsstrukturen: Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer	21
5.3 Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen: Deregulation und neue Aufgaben für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe	24
5.4 Gesundheitsförderung und Prävention: Beeinflussung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	29
5.5 Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung: Bewertung von Nutzen und Kosten	31
5.6 Gesundheitsstandort Liechtenstein: Mehr als „nur“ kranke Menschen heilen und betreuen.	33
6. Ausblick	36
Literatur	37

Anhang 1:	Materialien aus der Seminarreihe	39
Anhang 1.1	Seminarprogramm «Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens», Oktober 2017 bis August 2018	39
Anhang 1.2	Wünsche und Erwartungen der Berufsgruppen, Leistungserbringer und Akteure an das Ministerium, die Politik und an die anderen Akteure des liechtensteinischen Gesundheitswesens	43
Anhang 1.3	Fotoprotokoll des 1. Workshops zur Seminarreihe	51
Anhang 1.4	„Tischtuchprotokolle“ des 2. Workshop und Ergänzungen aus dem Plenum	70
Anhang 2:	Stellungnahmen der verschiedenen Stakeholder zum Entwurf des Schlussberichtes (im Original)	80
Anhang 2.1:	LAK (Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe	81
Anhang 2.2:	Swiss Proton	83
Anhang 2.3:	Psychologen	84
Anhang 2.4:	Lebenshilfe Balzers	85
Anhang 2.5:	Physiotherapeuten	87
Anhang 2.6:	Apotheker	88
Anhang 2.7:	Familienhilfe	90
Anhang 2.8:	LIPO	94
Anhang 2.9:	Ärzttekammer	96
Anhang 2.10:	LKV	103
Anhang 2.11:	Landesspital	105

1. Einleitung und zusammenfassende Übersicht

- 1 Zielsetzung dieser Seminarreihe war es, gemeinsam mit den verschiedenen Gesundheitsberufen und Leistungserbringern des liechtensteinischen Gesundheitswesens Vorschläge für künftige Reformen des Gesundheitssystems zuhanden der Regierung zu erarbeiten. Die verschiedenen Berufsgruppen und Leistungserbringer hatten Gelegenheit, an insgesamt zehn öffentlichen Seminarabenden zwischen November 2017 und Juni 2018 ihre Berufe oder Institutionen, die wichtigsten Entwicklungen der letzten Jahre sowie bedeutende, sich abzeichnende 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 den Referierenden sowie anderen Vertretern der Berufsgruppen und Institutionen wurden die vielen Vorschläge diskutiert, verdichtet und priorisiert und in Clustern zusammengefasst. Angesichts der knappen zur Verfügung stehenden Zeit konnte nicht bei allen Vorschlägen ein Konsens erzielt werden. Einzelmeinungen wie sie von den verschiedenen Berufsgruppen in Anhang 1.2 formuliert wurden, wurden zur Diskussion gestellt, jedoch nicht mehr weiterverfolgt, wenn sie nicht mehrfach aufgenommen wurden.
- 3 Im hier vorliegenden Bericht werden die wichtigsten einundzwanzig Reformvorschläge in sechs thematischen Clustern vorgestellt: Der *demografische Wandel* und die sich damit verändernde Morbidität wird in den nächsten Jahren grosse Veränderungen in der Versorgungsstruktur erfordern, wie die Bündelung der Kompetenzen für Altersfragen, altersgerechte Wohnmöglichkeiten, Tagesstrukturen und andere Dienstleistungen und Schulungen zur Entlastung der betreuenden Angehörigen sowie Stärkung des informellen Versorgungssystems etwa durch Freiwilligenarbeit. Ein grösserer Teil der Reformvorschläge beschäftigt sich daher mit Fragen der *besseren Patientenorientierung* und der besseren Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter, auch unter Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung oder mittels Qualitätszirkel und der Schaffung von integrierten Versorgungssystemen. Angesichts der sich *abzeichnenden Personalknappheit* auch bei Health Professionals gehen verschiedene Vorschläge dahin, die Bedarfsplanung an die neue Situation anzupassen oder aufzuheben, niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsleistungen und Leistungen durch verschiedene Gesundheitsberufe anbieten zu lassen, aber auch die psychiatrische Versorgung zu stärken. Um längerfristig die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu reduzieren, werden auch Vorschläge zur *Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention* gemacht. Da meist nur die Kosten des Gesundheitswesens im Fokus stehen, soll der gesellschaftliche Nutzen der Gesundheitsversorgung systematisch erfasst und kommuniziert und die Finanzierung der Pflege auch für wirtschaftliche Schwache sichergestellt werden. Weitere Reformvorschläge zielen darauf, die *Attraktivität des Gesundheitsstandortes Liechtenstein* für die verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsanbieter zu steigern. Digitalisierung, Nutzenerfassung und systematischer Einbezug der Health Professionals in die politische Entscheidungsfindung sind einige Themen dazu.
- 4 Die Reformvorschläge weisen sehr unterschiedliche Komplexitäten, Potentiale und Reichweiten auf. Einige lassen sich leicht und alleine umsetzen, andere müssen im Verbund mit anderen Vorschlägen umgesetzt werden, erfordern einen grösseren Ressourceneinsatz oder verlangen längerfristige politische Entscheidungsprozesse und Gesetzesänderungen.
- 5 Die Reformvorschläge werden nun der Öffentlichkeit und Politik vorgestellt. Die Umsetzung von Vorschlägen erfordert eine politische Beurteilung und Priorisierung, auch unter Berücksichtigung von Entwicklungen in anderen Politikbereichen. Klar muss auch sein, dass Umsetzungen immer auch mit notwendigen Ressourcen verbunden sein müssen.

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 Steuereinnahmen des Landes gingen markant zurück und die Regierung war gezwungen, verschiedene Sparpakete zu schnüren. 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. In der Folge des EWR-Beitrittes wurde im Jahre 2000 mit Hilfe eines Hausarztmodells versucht, den Zustrom an Health Professionals zu steuern. Dieses Modell wurde 2004 durch eine Bedarfsplanung für ambulante Leistungserbringer bzw. für niedergelassene Ärzte abgelöst. Auch wurde für die stationäre Akutversorgung das schweizerische Tarifsysteem (SwissDRG) übernommen. 2017 wurde mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz auch im ambulanten Versorgungsbereich das schweizerische Tarifsysteem (Tarmed) eingeführt sowie die Kostenbeteiligung für die Versicherten erhöht (Mindestfranchise Fr. 500.-, Selbstbehalt 20% bis Fr. 900.-). Auch für viele andere Gesundheitsberufe wurden die schweizerischen Tarifwerke im Wesentlichen übernommen. Diese Massnahmen fokussierten hauptsächlich darauf, die finanzielle Entwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens mit anderen Systemen vergleichen zu können und 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 beschlossen, 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

- 5 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:

- auf die wichtigsten demografischen, kulturellen, technologischen und wirtschaftlichen Trends und Umbrüche eingeht
 - sich mit Veränderungen der Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten und Versicherten beschäftigt
 - die aktuellen und sich abzeichnenden Professionalisierungsentwicklungen der verschiedenen Gesundheitsberufe und deren Bildung von Standards aufzeigt
 - neue Diagnose- und Behandlungsmethoden berücksichtigt
 - neue, patientenorientierte, integrierte Versorgungsstrukturen und Vernetzungs- und Kommunikationsmöglichkeiten diskutiert.
- 6 Ziel des Seminars war es, mittels öffentlicher Fachvorträge der verschiedenen Berufsgruppen und Leistungserbringer sowie anschliessenden Diskussionen auch deren berufsspezifische Vorschläge und Erwartungen an die Regierung aufzunehmen. Zwei nichtöffentliche Workshops, zu denen die Referentinnen und Referenten bzw. Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsberufe eingeladen wurden, dienten der Klärung, Bündelung und Priorisierung der verschiedenen Vorschläge und Erwartungen. Es sollten konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens zuhanden der Regierung und des Ministeriums für Gesellschaft erarbeitet werden. Zu den Workshops nicht eingeladen waren regierungsnaher Leistungsanbieter und Vertretende des Ministeriums.
- 7 Ein weiteres Ziel der Seminarreihe war, die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsanbietern mit Blick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu fördern.
- 8 Die UFL verfügt über mehr als 10 Jahre Erfahrung im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich und bietet sich deshalb als unabhängige und offene Plattform für die Durchführung einer derartigen Seminarreihe an. Mit der Leitung und Durchführung des Seminars und mit der Zusammenstellung der verschiedenen Entwicklungs- und Reformpfade für das liechtensteinische Gesundheitswesen hat die UFL in der Folge Prof. Dr.oec. Bernhard Güntert, Teufen (CH) beauftragt.

2.3 Vorgehen und Arbeitsplan

- 9 Das Konzept der Seminarreihe sah vor, dass die verschiedenen Gesundheitsberufe im Seminar eine Plattform erhalten, um ihren Beruf, aktuelle Entwicklungen und künftige Visionen darzustellen. Bereits im Verlaufe der Planung zeigte sich, dass der Fokus auf die Gesundheitsberufe alleine nicht zielführend sein kann. So wurden die Patientenorganisation, der Bereich Gesundheitsförderung sowie die Krankenversicherer, aber auch Leistungsanbieter, in denen mehrere Berufsgruppen zusammenarbeiten ebenfalls eingeladen, am Seminar ihre Vorstellungen für die künftige Gesundheitsversorgung zu präsentieren. Ergänzt wurden diese Vorträge durch drei externe Referenten zu aktuellen Themen wie: Allgemeine Trends in der Umwelt und im Gesundheitswesen, vernetzte Versorgungsstrukturen sowie Entwicklungen, Möglichkeiten und Auswirkungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen.
- 10 Die neun öffentlichen Seminarabende fanden von Anfang Oktober 2017 bis Ende Mai 2018 jeweils dienstags oder donnerstags zwischen 18 Uhr und ca. 20 Uhr im Hörsaal der UFL in Triesen, statt (vgl. detailliertes Programm in Anhang 1.1). Die Veranstaltungen wurden jeweils von 30 bis 80 Personen besucht. Die meisten der Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer waren in irgendeiner Art mit dem Gesundheitswesen verbunden, meistens im Gesundheitswesen beschäftigt. Ein Grossteil der Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen oder Organisationen nahmen regelmässig teil. Auch das Ministerium

war bei jedem Termin gut vertreten. „Interessierte Bürgerinnen und Bürger“ stellten hingegen eine kleine Minderheit dar.

- 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 moderierter Prozesse gebündelt, priorisiert (vgl. Anhang 1.3 und 1.4) und inhaltlich geschärft.

3. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in Liechtenstein: Entwicklungen und Trends verschiedener Determinanten des Gesundheitswesens

- 1 Die Informationen zu diesem Kapitel stammen im Wesentlichen aus dem Einführungsreferat vom 3.10.2017, den Referaten der verschiedenen Berufsgruppen sowie dem Gastreferat von Dr. Werner Widmer vom 19. April 2018 zu „Gesellschaftliche Entwicklungen: Einwirkungen auf Spitalversorgung und Gesundheitswesens“.

3.1 Grundmodell des Gesundheitswesens

- 2 Um die verschiedenen Präsentationen und Vorschläge einzuordnen und die Diskussionen strukturieren zu können wurde vom folgenden einfachen Grundmodell ausgegangen.

- 3 **Abb. 1:** Einfaches Grundmodell des Gesundheitswesens

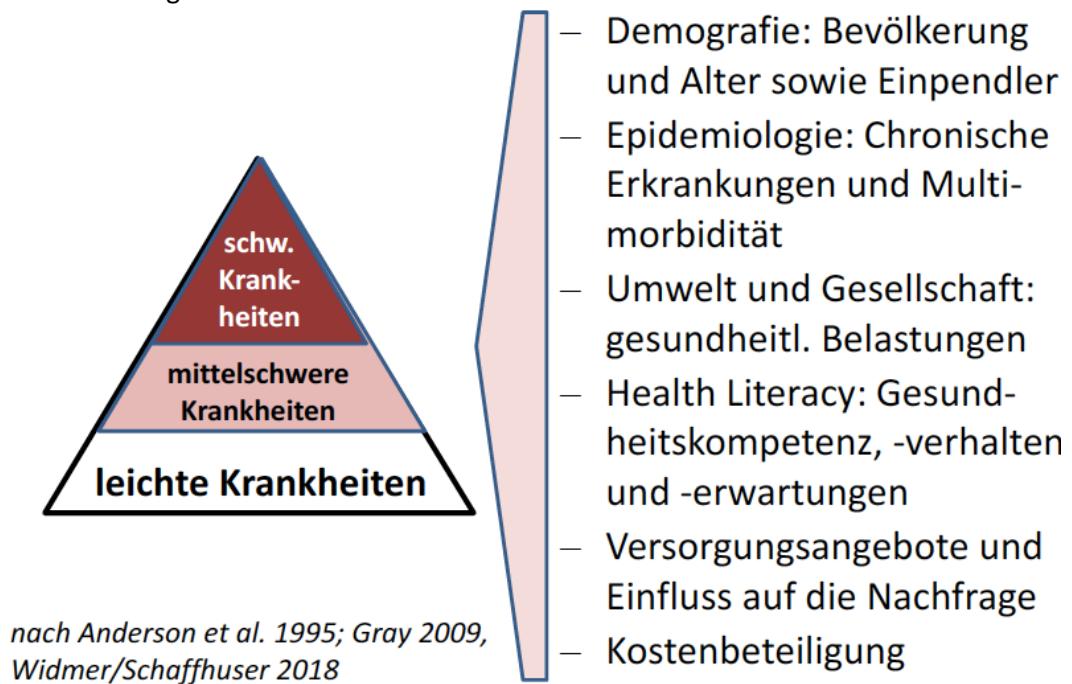


- 4 Aus der Bevölkerung heraus entstehen gesundheitliche Versorgungsbedarfe. Diese manifestieren sich in verschiedenen Krankheiten mit unterschiedlichen Schweregraden. Diesen sollte ein Gesundheitsversorgungssystem gegenüberstehen, welches die Versorgungsbedarfe mit entsprechenden Ressourcen und Leistungsangeboten abdecken kann. Daraus resultieren einerseits ein verbesserter Gesundheitszustand der Bevölkerung und andererseits Kosten für personelle, materielle und infrastrukturelle Ressourcen. Das Abdecken dieser Kosten gilt es sicherzustellen und über verschiedene Quellen zu finanzieren.

3.2 Determinanten der Versorgungsbedarfe

- 5 Der Bedarf insgesamt und damit auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst (vgl. Abb. 2).

- 6 **Abb. 2:** Determinanten der Versorgungsbedarfe und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

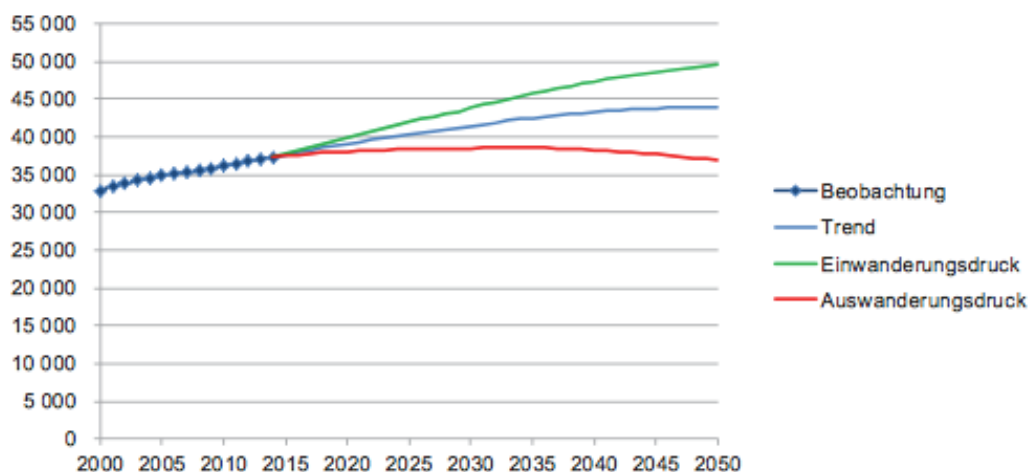


3.2.1 Demografie und Epidemiologie

- 7 Grundsätzlich ist anzunehmen, dass die Bevölkerung von Liechtenstein auch in den nächsten Jahren wachsen wird. Das Amt für Statistik (2017) geht in seiner Bevölkerungsprognose für den Zeitraum 2015 – 2050 davon aus, dass 2050 zwischen knapp 45'000 und 50'000 Menschen in Liechtenstein leben werden.

- 8 **Abb. 3:** Bevölkerungsszenarien für Liechtenstein (Amt für Statistik 2017, S. 6)

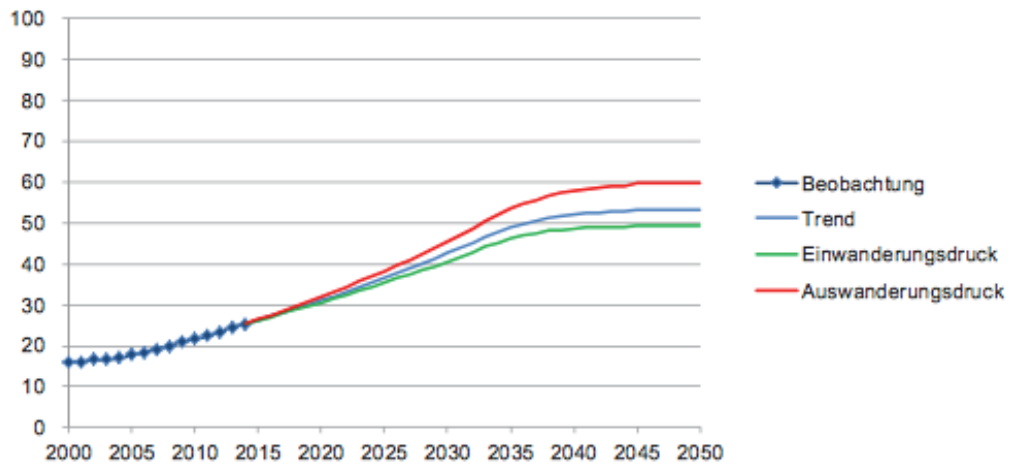
Bevölkerung 2000-2050



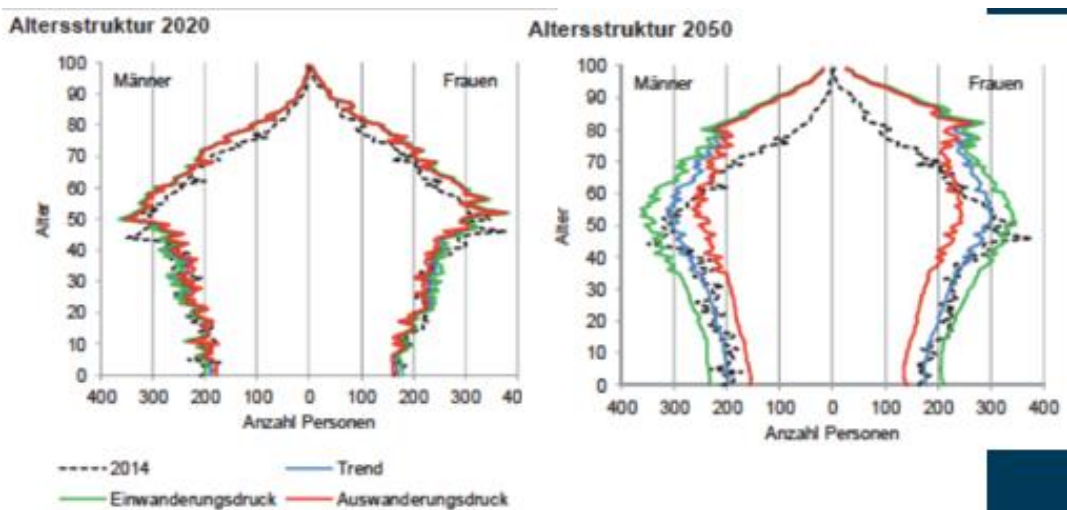
- 9 Für das Gesundheitsversorgungssystem wird jedoch nicht die Bevölkerungszunahme die wesentliche Herausforderung sein, sondern vielmehr die demografische Veränderung. In allen drei Szenarien wird der Altersquotient (Anzahl Personen 65+ auf 100 Personen 20 – 64) zunehmen.

- 10 **Abb. 4:** Szenarien zur Entwicklung des Altersquotienten (65+) für Liechtenstein (Amt für Statistik, 2017, S. 11)

Altersquotient in % 2000-2050

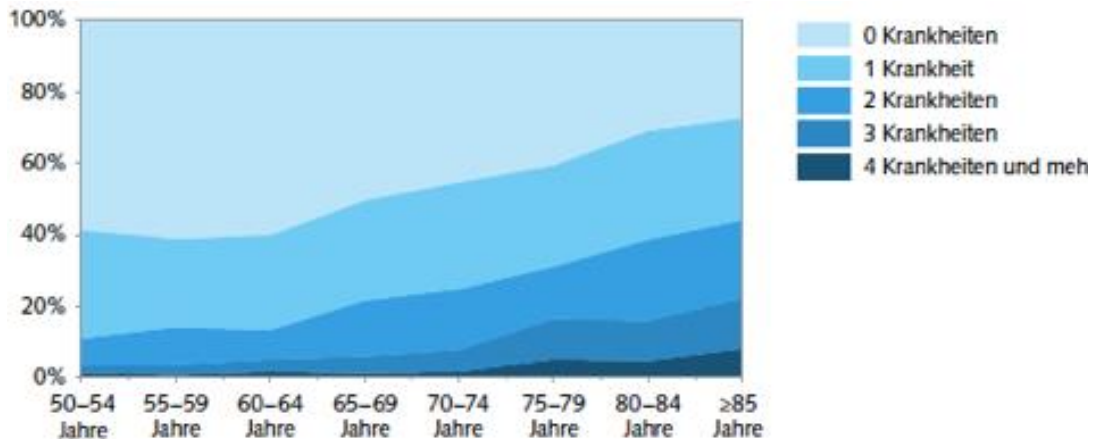


- 11 **Abb. 5:** Szenarien des Altersaufbaus der Bevölkerung in Liechtenstein für die Jahre 2020 und 2050 (Amt für Statistik, 2017, S. 8)



- 12 Da die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt, dürfte die Belastung für das Gesundheitswesen auch beim Szenario Auswanderungsdruck (vgl. Abb. 3) trotz leichtem Bevölkerungsrückgang nicht wesentlich abnehmen. Auswanderungsbereit werden wohl eher jüngere Menschen sein.
- 13 Die mit steigendem Alter einhergehende Zunahme an Pflegebedürftigkeit, chronischen Erkrankungen und Multimorbidität erfordert häufig eine dauerhafte medizinische und pflegerische Betreuung und führt oft zu komplexen Betreuungssituationen, welche nach einer engen Kooperation der verschiedensten Gesundheitsberufe verlangt. Dieser grosse Ressourcenverbrauch führt logischerweise auch zu höheren Kosten bei älteren Menschen (vgl. Abb. 6).

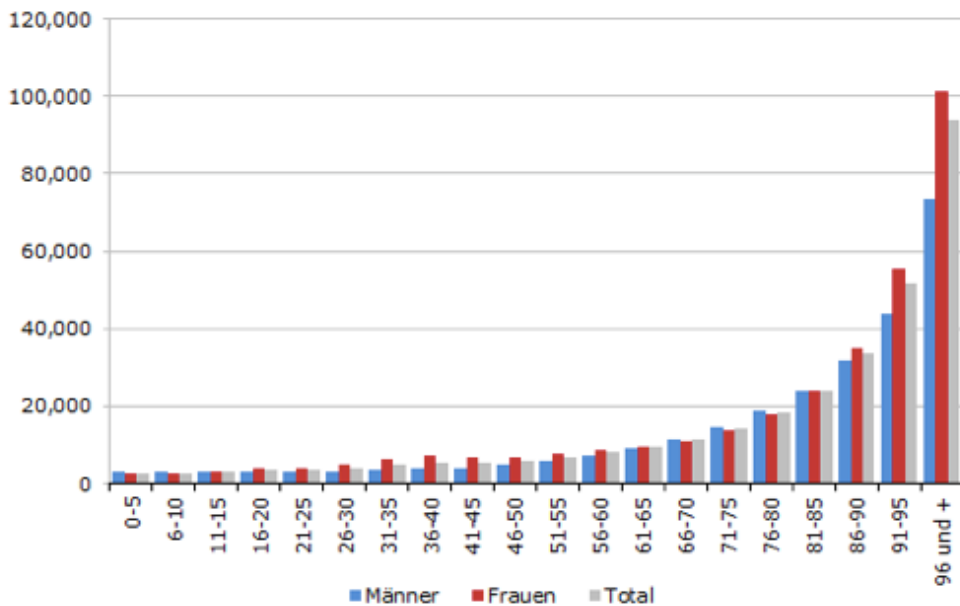
- 14 **Abb. 6:** Zahl der chronischen Krankheiten nach Altersgruppen bei Personen über 50 (Obsan 2013)



Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

- 15 **Abb. 7:** Jährliche Gesundheitskosten pro Altersgruppe (inkl. Pflege, jedoch ohne Betreuung, Walliser Gesundheitsobservatorium 2017)

Gesundheitskosten pro Einwohner, nach Geschlecht und Altersklasse, Schweiz, 2014 (in CHF)



- 16 Im internationalen Vergleich wird in Liechtenstein die Alterung der Gesellschaft aufgrund der aktuellen demografischen Struktur in den nächsten Jahren stärker zunehmen. Der Anteil an älteren Menschen wird stärker wachsen und eine wichtige Herausforderung für das liechtensteinische Gesundheitsversorgungssystem darstellen.

3.2.2 Gesundheitskompetenzen, -verhalten und -erwartungen

- 17 Der Versorgungsbedarf ist weiter abhängig von verschiedenen soziodemografischen Faktoren wie Bildung, Einkommens- und Arbeitssituation. Im internationalen Vergleich zeigt

sich hier für Liechtenstein in allen drei Bereichen ein eher positives Bild, der Bildungsstand ist allgemein hoch, Arbeitssituationen sind - im internationalen Vergleich – positiv, auch der Lebensstandard ist hoch.

- 18 Eine grosse Wirkung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen spielen sowohl das Niveau als auch die Verteilung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in der Bevölkerung und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten. Unter Gesundheitskompetenz versteht man die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dazu ist es notwendig, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Kickbusch I., 2009). In acht europäischen Ländern wurde 2011 eine grosse Studie zum Stand der Health Literacy in der Bevölkerung durchgeführt (Sörenson K, 2012). Eine Studie zur Situation in Liechtenstein (oder auch zur Schweiz) fehlt. Einige der Ergebnisse lassen sich dennoch übertragen oder vergleichen. So zeigt sich etwa, dass
- nur knapp über die Hälfte der Bevölkerung über ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenzen verfügt
 - mehr als die Hälfte Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat
 - knapp die Hälfte sich schwer tut, Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten oder Zweitmeinungen eines anderen Arztes zu bewerten (Schäfer D., 2017)
- 19 Da der Bildungsstand in Liechtenstein im internationalen Vergleich hoch ist, dürfte auch Health Literacy ansprechend verbreitet sein. Allerdings kann auch festgehalten werden, dass konkrete Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Alltag in Liechtenstein nicht auffällig und wenig koordiniert sind.
- 20 Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung bzw. jedes Einzelnen ist das Vorhandensein von Gesundheitskompetenz von grosser Bedeutung. Diese wird ihrerseits wiederum von den allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen mitbeeinflusst. Lebens- und Arbeitsbedingungen entziehen sich weitgehend dem Einfluss des Einzelnen, können jedoch oft mitgestaltet werden. Im Gegensatz zu anderen Ländern mit breit abgestützten Programmen sowohl für betriebliche und/oder kommunale Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, auch für Gesundheitsbildung, scheint das Vorgehen in Liechtenstein wenig koordiniert zu sein.
- 21 Die Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung steigt allgemein immer mehr an. Dies gilt auch für die Situation in Liechtenstein. Bedingt ist dies u.a. durch den hohen Lebensstandard und das dichte ambulante Angebot im eigenen Lande, welches im stationären Bereich vertraglich durch Spitäler in der Schweiz erweitert wird (erweiterte Grundversorgung, Zentrums- und Maximalversorgung).

3.2.3 Leistungsangebot und Auswirkungen auf Gesundheitsbedarfe und Nachfrage nach Leistungen

- 22 Im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung ist Liechtenstein – mit Ausnahme einiger spezialärztlicher Disziplinen – weitgehend selbstversorgend. Die Ressourcendichte (u.a. Anzahl Ärzte, therapeutische Berufe pro 1000 Einwohner) ist im internationalen Vergleich recht hoch (Ärztedichten im Vergleich, Ärzte in der Praxis insgesamt pro 100'000 Einwohner: FL: 29,7; Kt. SG: 19,4; Kt. GR: 17,8; VlbG: 12,8; (BFS 2018; Vorarlberg

online, 2015) Allerdings sind diese internationalen Vergleiche auch kritisch zu sehen, erfolgt die ambulante Versorgung doch in unterschiedlichem Masse auch in Spitalsambulanzen. Zudem widerspiegeln die Darstellung pro Kopf nicht die tatsächlich verfügbaren Vollzeitäquivalenzen). Liechtenstein galt lange Zeit als äusserst 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 niedergelassene Ärzte mit einem Kassenarztsystem eingeführt wurde. Für Behandlungen bei Nicht-Kassenärzten oder Ärzten in der Schweiz ist eine Zusatzversicherung (mit einer politisch festgelegten Prämie) erforderlich.

- 23 Das dichte Leistungsangebot in Liechtenstein führt dazu, dass auch 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 durch die aktuelle 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, war lange Zeit ein reines Belegarztspital, wird seit sieben Jahren jedoch mit einem ärztlichen Hybridsystem geführt. Es kann jedoch den Bedarf an stationärer Versorgung im Land nicht abdecken. Zwischen Liechtenstein und der Schweiz bestehen daher verschiedene vertragliche Vereinbarungen, einerseits mit dem Kantonsspital Graubünden über die Zentrumsversorgung, andererseits mit dem Spital Grabs und dem Kantonsspital St. Gallen zur Grundversorgung/erweiterten Grundversorgung sowie mit dem Universitätsspital Zürich über die Maximalversorgung. Aber auch in Spitälern im Vorarlberg, insbesondere im Landesspital Feldkirch, werden regelmässig Patienten aus Liechtenstein versorgt.

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 mit staatlicher und privater Finanzierung, die im Wesentlichen von folgenden Determinanten beeinflusst sind (vgl. Abb. 8):

26 **Abb. 8:** Determinanten des Angebots des Gesundheitsversorgungssystems



3.3.1 Personalsituation, Berufsattraktivität und Arbeitsortattraktivität

- 27 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. Nur auf Basis der Bedarfsplanung zugelassenen Ärzte erhalten einen Vertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung.
- 28 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, trotz Einbussen durch die Übernahme des Tarmed, 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, einerseits da ein signifikanter Anteil der niedergelassenen Ärzte in den nächsten Jahren das Pensionsalter erreichen wird und keine neuen Patienten mehr aufnimmt. Andererseits ist auch da anzunehmen, dass die umliegenden Länder alles versuchen werden, die Arbeitsattraktivität für Health Professionals im eigenen Land zu stärken und Abwanderungen zu vermeiden.

- 29 Die personelle Situation wird auch stark von der Berufsverweildauer beeinflusst. Hier zeigen sich verschiedene, teilweise gegenläufige Trends, welche das Angebot beeinflussen werden. Der ärztliche Bereich ist noch immer ein attraktives Berufsfeld. Die jahrelange Steuerung des Studienzuganges über Numerus Clausus in den umliegenden Ländern erweist sich in der aktuellen Situation als zu restriktiv. Die aktuelle Schaffung neuer Studienplätze in der Schweiz und in Österreich wird eine Entspannung bringen. Allerdings wird es ca. 10 Jahre dauern, bis diese zusätzlichen Ärzte im Beruf sind. Im ärztlichen Bereich zeichnet sich zudem seit einigen Jahren ab, dass immer mehr Frauen diesen Beruf ergreifen. Dies führt dazu, dass sich bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten die Vorstellung bezüglich der Work Life-Balance verändern wird, weil sie weniger zu Vollzeit-Arbeitspenssen und ständiger Verfügbarkeit bereit sind. In der Folge wird es notwendig sein, die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verändern.
- 30 Auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe weisen zunehmend Rekrutierungsprobleme auf. Die Ursachen dafür liegen jedoch eher in unattraktiven Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten und Entlohnung) und teilweise fehlenden Karriereemöglichkeiten. Viele nicht-ärztliche Gesundheitsberufe haben in den vergangenen Jahren ihre Ausbildungssysteme grundlegend verändert und haben sich akademisiert. Die Ausbildungen erfolgen heute teilweise an Universitäten oder an Fachhochschulen und damit auf akademischem Niveau. Allerdings hat die Arbeitswelt in vielen Berufsfeldern noch nicht angemessen auf diese Veränderungen reagiert. Die Funktionsbereiche und Entscheidungsspielräume der Health Professionals sind – trotz bedeutend besserer Qualifikation junger Berufsangehöriger – oft noch nicht oder erst wenig angepasst, ebenso wie die Organisationsformen, die Team-Zusammensetzungen (Skill- und Grade-Mix) sowie strukturierte Entwicklungsmöglichkeiten (Weiterbildung). In den Institutionen selbst liegt daher ein grosses Potential für innovative Lösungen, wobei jedoch auch die rechtlichen Bestimmungen angepasst werden müssen. In verschiedenen Ländern ist ein Trend zu beobachten, dass im Bereich der Grundversorgung (Primary Care) gewisse ärztliche Leistungen zunehmend an Pflegende und an andere, dazu befähigte Gesundheitsberufe übertragen werden (Frenk J., 2010; Maier CB, 2016). Damit verbunden ist die grosse Hoffnung, dass mit der Anpassung der Tätigkeitsbereiche für die akademisierten Gesundheitsberufe sowohl die Berufsattraktivität wie auch die Berufsverweildauer gesteigert und damit der Personalknappheit in diesen Berufen und dem Ärztemangel begegnet werden kann. Vorausgesetzt sind jedoch Veränderungen in der Organisationsstruktur, den Tätigkeitsbereichen, der Arbeitsteilung und der Kooperationsformen. Folge der Akademisierung verschiedener Gesundheitsberufe sind jedoch auch steigende Kosten, da mit verbesserter und verlängerter Berufsausbildung auch die Gehaltserwartungen steigen.

3.3.2 Fortschritte in Medizin, Pflege und Therapien; Digitalisierung

- 31 In den vergangenen Jahren hat die medizinische Forschung grosse Erfolge in den Bereichen Diagnose und Behandlung verschiedenster Krankheiten erzielt. Krankheiten konnten bekämpft, Schmerzen gelindert und Leben verlängert werden. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen ist das Ziel medizinischer Innovationen jedoch nicht Rationalisierung und Effizienzsteigerung. Der Fokus des medizinischen Fortschritts lag primär darin:
- den Health Professionals mehr Entscheidungssicherheit (z.B. diagnostische, bildgebende Verfahren) zu verschaffen,
 - die Behandlungsqualität zu steigern (z.B. OP-Roboter) sowie
 - den Komfort für Patienten zu erhöhen bzw. die Heilungszeit zu verkürzen (z.B. laparoskopische OP-Techniken).

Der politische Druck in verschiedenen Ländern stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben, wird durch die medizin-technologische Entwicklung und durch entsprechende pflegerische und therapeutische Betreuungskonzepte gefördert und verstärkt

- 32 Wohl haben medizinische Innovationen in einigen Fällen zu markanten Kostensenkungen geführt (z.B. Katarakt-OP), in vielen Fällen jedoch sind die Kosten eher gestiegen, oft verbunden mit höherem Patientennutzen. In Zukunft wird die Zulassung neuer Leistungen nicht mehr nur aus rein medizinischer Sicht erfolgen können. Mit den Health Technology Assessment-Verfahren werden neue Leistungen, aber auch bestehende umstrittene Leistungen in Bezug auf ihre Nutzen-Kosten-Verhältnisse evaluiert und die Leistungskataloge entsprechend angepasst. Ob damit auch die neuen Geschäftsmodellinnovationen der Pharmaindustrie (value based-pricing, Bezahlung nur bei Behandlungserfolg) sich durchsetzen und beurteilt werden können, wird sich aber erst noch zeigen müssen.
- 33 Mit der Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe begann auch in diesen Bereichen eine eigenständige Forschungstätigkeit, welche anfänglich auf Evaluation der bisherigen Tätigkeit fokussierte, zunehmend jedoch auch Innovationen hervorbringt.
- 34 Der medizinisch-technologische Fortschritt sowie neue Pflege- und Versorgungskonzepte ermöglichen zunehmend eine Verschiebung von Leistungen aus dem stationären Setting in den ambulanten Bereich. Dieser Trend wird aktuell in der Schweiz stark forciert und führt immer häufiger zu kurzfristigen Entlassungen auch von Menschen in komplexen Lebenssituationen. Dies verlangt – soll der Leistungsauftrag erfüllt werden – eine hohe Flexibilität der Spitex-Organisationen und –Mitarbeitenden.
- 35 Grosses Einsparpotential erwartet man – nach den anfänglich notwendigen Investitionen – von der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Es wird die umfassende patientenorientierte Dokumentation mit der generellen Zusammenführung der Informationen von verschiedenen Leistungserbringern und deren Dokumentation über einen längeren Zeitraum angestrebt. Der erleichterte Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern soll:
 - das evidenzbasierte Abstützen ärztlicher Entscheidungen erleichtern,
 - Prozessinnovationen in den Behandlungsketten der Patienten fördern,
 - neue Kooperationsmodelle zwischen den Leistungserbringern ermöglichen.

3.3.3 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

- 36 Die wichtigsten Rechtsvorschriften für die Gesundheitsversorgung in Liechtenstein finden sich in folgenden Gesetzen:
 - Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13.12.2007 (811.01),
 - Gesetz über die Ärzte (Ärztegesetz) vom 22. Oktober 2003 (811.12),
 - Gesetz über Arzneimittel und Medizinalprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 4. Dezember 2014 (812.102),
 - Gesetz über das Liechtensteinische Landesspital (LLSG) vom 21. Oktober 1999 (813.1),
 - Gesetz über die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAKG) vom 30. Juni 2010 (813.2)
 - Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 10. Dezember 1965 (831.30)

- Gesetz über die obligatorische Unfallversicherung (UVersG) vom 28. November 1989 (832.20)
 - Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 24. November 2000 (832.10)
 - Sozialhilfegesetz vom 15. November 1984 (851.0)
- und in den dazugehörenden Verordnungen in den jeweils aktuellen Fassungen.

37 Obwohl in der Praxis immer wieder die grosse Ähnlichkeit zu den schweizerischen Rahmenbedingungen auffällt, muss doch klar darauf hingewiesen werden, dass in vielen Bereichen auch erhebliche Abweichungen zu finden sind und sich jeweils eine sorgfältige Prüfung der rechtlichen Situation als notwendig erwiesen hat.

4. Methodisches Vorgehen

- 1 Die Grundkonzeption der Seminarreihe sah vor, dass die verschiedenen Berufsgruppen im ersten Teil ihres Vortrages die aktuelle Situation ihres Berufes skizzieren. Die Vortragenden erhielten ein allgemein gehaltenes Raster, welches von ihnen situationsentsprechend angepasst wurde und folgende Punkte vorsah:
 - Beruf und Berufsbild: Berufsziele, Tätigkeitsfeld, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Technologien
 - Patienten bzw. Kunden: wichtigste Patientengruppen, Zuweisende, Weiterbehandlung
 - Rolle des Berufs in der Behandlungskette, im Gesundheitssystem
 - Finanzierung bzw. Abgeltung der erbrachten Leistungen
- 2 Im zweiten Teil der Vorträge ging es um die aktuellen und künftigen Entwicklungen des Berufes, bzw. der leistungserbringenden Organisation und der sich daraus ergebenden Erwartungen an künftige Reformen, insbesondere um:
 - Veränderungen und Entwicklungen der Zielgruppen, Patienten sowie den Zuweisenden
 - Veränderungen und Entwicklungen im Beruf bezüglich Aus- und Weiterbildung sowie Digitalisierung und Qualitätssicherung
 - Erwartete Veränderungen im Gesundheitssystem, seiner Steuerung und der eigenen Rolle
 - Erwartungen an Reformen bezüglich der eigenen Berufsgruppe, bzw. der eigenen Organisation
 - Erwartungen an Reform des Gesundheitssystems und der Rahmenbedingungen
- 3 Die Vorträge wurden protokolliert und die Protokolle den teilnehmenden Berufsgruppen auf der Homepage der UFL zugänglich gemacht.
- 4 Nach Abschluss der Vorlesungsreihe (vgl. Programm Anhang 1.1) fanden mit je zwei Vertretenden der Berufsgruppen bzw. Organisationen zwei Workshops statt:
- 5 Ziel des 1. Workshops war es, die verschiedenen in den Vorträgen geäußerten Erwartungen und Reformvorschläge auf Vollständigkeit zu prüfen und allenfalls zu ergänzen (vgl. Anhang 1.2). In einem zweiten Schritt wurden Cluster gebildet und die verschiedenen Vorschläge zugeordnet. Basis bildete eine Tischvorlage, erstellt durch den Seminarleiter, die in der Diskussion weiterbearbeitet wurde (vgl. Anhang 1.3). Im dritten Schritt des 1. Workshops wurden die verschiedenen Cluster gewichtet (vgl. Anhang 1.3), um Hinweise auf die Priorisierung von Reformvorschlägen zu erhalten.
- 6 Im 2. Workshop ging es vor allem um die inhaltliche Präzisierung der verschiedenen Reformvorschläge in den Clustern. Dafür wurde die Form des „World Café“ gewählt. Grundlage dafür waren die im 1. Workshop priorisierten Cluster. Insgesamt wurden an sechs Tischen in je drei unterschiedlich zusammengesetzten Gruppen die Themen diskutiert und auf den „Tischtüchern“ direkt von den Teilnehmenden protokolliert (vgl. Anhang 1.4). Diese Reformvorschläge liegen nun im Schlussbericht zusammengetragen und aufgrund der Präsentationen und Diskussionen inhaltlich ergänzt vor und sollen der Politik und den verschiedenen Akteuren Hinweise für die weitere Entwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens geben.

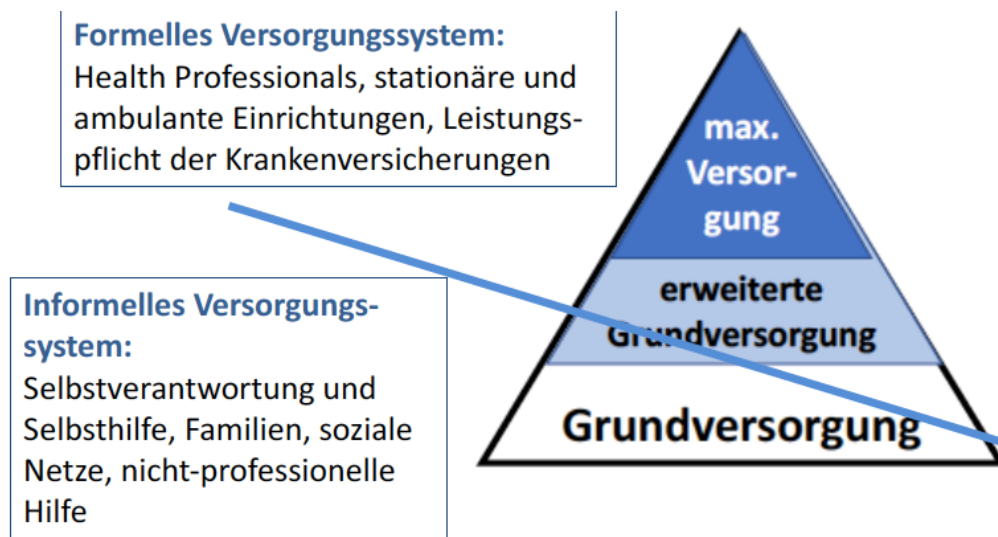
5. Vorschläge für künftige Reformen im liechtensteinischen Gesundheitswesen

- 1 Im Folgenden werden die Reformvorschläge und Erwartungen, wie sie von den verschiedenen Berufsgruppen in ihren Vorträgen genannt wurden, verdichtet vorgestellt. Dazu werden sie in Clustern zusammengefasst, priorisiert und inhaltlich präzisiert. Teilweise sind sie um bestehende Erfahrungen in anderen Ländern ergänzt.
- 2 Die Reformvorschläge sind jeweils im Titel in der Reihenfolge nummeriert (Reform-Vorschlag 1 bis RV 21). Sie sind z.T. sehr unterschiedlich in ihrem Umfang und in ihrer Wirkung. Verschiedene Reformvorschläge lassen sich einzeln umsetzen, andere müssen mehr im Verbund gesehen und angegangen werden.

5.1 Demografischer Wandel: Eine treibende Kraft für Strukturreformen im Gesundheitswesen

- 3 Die prognostizierten demografischen Veränderungen und die zu erwartenden Folgen auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wurden im 3. Kapitel ausführlich diskutiert. Ältere Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen werden die grosse Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellen. An der Versorgung dieser Menschen sind verschiedenste Akteure beteiligt. Eine wichtige Rolle spielt dabei das informelle Gesundheitssystem, d.h. Selbsthilfe bzw. Familien, Freunde, Bekannte oder andere soziale Netze, welche Betreuungs- und teilweise auch Pflegeaufgaben der Grundversorgung übernehmen. Unter dem formellen Gesundheitssystem versteht man stationäre und ambulante Einrichtungen, in denen Gesundheitsleistungen durch ausgebildete Health Professionals erbracht und den gesetzlichen oder privaten Kranken- und Unfallversicherern in Rechnung gestellt werden. Ein tragfähiges informelles Versorgungssystem kann das formelle Versorgungssystem entlasten (vgl. Abb. 9). Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen (z.B. sinkende Familiengrösse, Zunahme an Einzelhaushalten, Zunahme der Haushalte mit Doppelverdienern, Wegzug der jüngeren Generation, Vereinzelung der Menschen usw.) beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit des informellen Versorgungssystems. Dadurch werden mehr Leistungen im formellen System nachgefragt und Versicherer und Staat vermehrt belastet. Um ein Leben zu Hause zu ermöglichen werden oft hauswirtschaftliche Unterstützungen benötigt. Zur Unterstützung der informellen Versorgung treten heute zudem verschiedene Anbieter im Bereich der 24-Stunden-Betreuung auf. Deren Betreuerinnen wohnen i.d.R. für drei Wochen bei den Klienten und werden dann abgelöst. Sie stellen zu einem grossen Teil die Betreuung, teilweise auch Pflege sicher. Diese Betreuungssituationen erhalten aufgrund des demografischen Wandels und dem Wunsch möglichst lange zu Hause leben zu können eine immer grössere Bedeutung, stehen aber auch immer wieder unter Kritik. So gibt es arbeitsrechtliche, lohnmässige und qualitative Bedenken. Gerade wenn es um pflegerische Betreuungsaufgaben geht, ist auch bei der 24-Stunden-Betreuung eine enge Kooperation mit den zuständigen Spitex-Organisationen sowie eine Qualitätskontrolle angesagt.

4 **Abb. 9:** Informelle und formelle Gesundheitsversorgung



- 5 Das formelle Versorgungssystem muss sich mit der wachsenden Gruppe von älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten ebenfalls bewusst auseinandersetzen. Deren Betreuungssituationen werden sowohl aus medizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Sicht komplexer. Auch verwischen bei älteren Menschen die Grenzen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich immer mehr und es entsteht ein Koordinationsaufwand, der von den Health Professionals oft nicht mehr geleistet werden kann. Zudem benötigen ältere Menschen angepasste Kommunikationsstrukturen und im privaten und öffentlichen Bereich angepasste, barrierefreie Infrastrukturen.
- 6 Um den Herausforderungen des demografischen Alterns in Zukunft begegnen zu können, wurden folgende Reformvorschläge gemacht:
- 7 **RV1: Aufbau eines Kompetenzzentrums für das Alter**
In Rahmen dieses Zentrums soll Expertenwissen aus Medizin, Pflege, Pharmazie, Therapien und Sozialarbeit aber auch zu zielgruppenspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung im Alter verfügbar gemacht werden. Dies gilt einerseits für Health Professionals, welche ältere Menschen behandeln und betreuen, bzw. für Institutionen in denen ältere Menschen leben. Andererseits muss das Kompetenzzentrum auch gezielte Schulungs- und Beratungsangebote für betreuende Angehörige und Freiwillige bereitstellen. Dabei sollen auch technologische Entwicklungen in den Bereichen Information, Kommunikation, Ambient Assisted Living, Robotik und künstliche Intelligenz bearbeitet werden. Eine weitere Aufgabe dieses Zentrums müsste es sein, die Situation im informellen und im formellen Versorgungssystem zu beobachten und zu dokumentieren. Dazu gehört u.a. auch das systematische Sammeln von Informationen über hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen und über die 24-Stunden-Betreuung bzw. über die Nutzung der Dienstleistungen im Service-Wohnen bei den verschiedenen Anbietern. Nur so kann ein umfassender Überblick über die Bedarfe gewonnen und entsprechende Planungen initiiert werden.
- 8 **RV 2: Aufbau von altersgerechter Wohnstrukturen mit Serviceleistungen, sowie unterstützende Tagesstrukturen und Ferienbetten**
Um langfristig die Tragfähigkeit der informellen Versorgungssysteme zu erhalten und das formelle Gesundheitssystem zu entlasten ist es notwendig, auch die Strukturen im

Grenzbereich der beiden Versorgungssysteme zu stärken. Ein wichtiger Baustein dazu bilden Alterswohnungen mit Serviceangeboten, die entsprechend den konkreten gesundheitlichen Einschränkungen nachgefragt werden können (Service-Wohnen). Dazu gehören auch Strukturen, in denen ältere Menschen tagsüber betreut und versorgt werden, die Nacht und Wochenenden jedoch zu Hause bei den Angehörigen verbringen. Eine weitere Möglichkeit zur Stärkung der Ressourcen der pflegenden Angehörigen ist die Schaffung ausreichender Ferienbetten in Pflegeeinrichtungen. Das LAK verfügt in diesen Bereichen bereits über verschiedene Angebote und baut diese auch weiter aus. Noch werden die bestehenden Angebote nicht wie erwartet genutzt. Der Nutzen für die langfristige Tragfähigkeit der betreuenden sozialen Netze muss in der Öffentlichkeit und bei den handelnden Health Professionals bekannt gemacht werden und soll sich auch in der Finanzierung dieser Angebote wiederfinden.

9 **RV 3: Förderung der Freiwilligenarbeit**

Die Grenzen zwischen formellem und informellem Versorgungssystem sind nicht wirklich trennscharf. Die Freiwilligenarbeit kann in verschiedenen Settings und Einrichtungen die Health Professionals und andere Dienstleister stark entlasten, so etwa bei Mahlzeiten- oder Besucherdiensten, aber auch bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. In anderen Settings jedoch ist die Begleitung der Freiwilligen durch Health Professionals aufwendig. In diesen Settings bedarf es seitens der Freiwilligen eine klare Verpflichtung und eine grosse Konstanz um deren Tätigkeiten verlässlich in Organisationsabläufe zu verankern. Freiwilligenarbeit entlastet jedoch nicht nur Health Professionals, sondern auch Angehörige. Dadurch und durch die Möglichkeit sich sozial zu engagieren, werden auch soziale Netze und die gesellschaftliche Solidarität ganz allgemein gestärkt.

Zur Stärkung der Freiwilligenarbeit wurden verschiedene Vorschläge gemacht:

- Rekrutierung von Freiwilligen bei „Jung-Rentnern“ (Modell eines „alternativen Ruhestandes“, kleiner Generationenvertrag)
- Systematische Vorbereitung und Schulung der Freiwilligen, um Berührungsängste abzubauen
- Anreize für Freiwilligenarbeit schaffen durch:
 - öffentliche Anerkennung und Auszeichnung
 - kleine Entschädigungen
 - Zeitgutschrifts-Modelle/social credits

10 **Notwendige Reformschritte:**

- Identifizierung einer Trägerschaft für ein „Kompetenzzentrum für das Alter“. Denkbar ist eine Stiftung mit Beteiligung von Land, Familienhilfe, LAK, LLS sowie weiterer interessierter Kreise.
Allerdings wird auch die Auffassung vertreten, dass eine neue Trägerschaft nicht notwendig sei, sondern ein derartiges Kompetenzzentrum mit dem Aufbau des Bereiches Akutgeriatrie am Landesspital auch dort anzusiedeln sei. Damit kann sichergestellt werden, dass akutgeriatriische, gerontopsychiatrische und therapeutische Leistungen (Physio-, Ergo-, Logotherapien) im Rahmen des Zentrums integriert und angeboten werden.
- Ausarbeitung eines Leistungsauftrages und eines Finanzierungskonzeptes.
- Bedarfsanalyse für Service-Wohnen, Tagesstrukturen und Strategieentwicklung in enger Zusammenarbeit mit Familienhilfe, LAK, Lebenshilfe Balzers sowie anderer Leistungsanbieter (z.B. im hauswirtschaftlichen Bereich und von 24-Stunden-Betreuung) sowie weiterer interessierter Kreise, auch unter Berücksichtigung des sozialpsychiatrischen Bedarfes.
- Ausarbeitung eines Konzeptes zur Förderung der Freiwilligenarbeit in Liechtenstein, inkl. Anreizsysteme und Schulungsangebote.

5.2 Patientenorientierte Gesundheitsversorgungsstrukturen: Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer

- 11 Im Gegensatz zum umliegenden Ausland haben sich in Liechtenstein die Organisationsstruktur und Prozesse des Gesundheitsversorgungssystems relativ wenig verändert. Die Gesundheitsversorgung erfolgt weitgehend durch voneinander mehr oder weniger unabhängig agierende Leistungserbringer. Ausnahmen mit engen institutionellen Vernetzungen der Leistungserbringer bilden etwa die Lebenshilfe Balzers oder die Übergangspflegestation Bömmle des LAK. Mit der Bedarfsplanung wurde der klassische Kontrahierungszwang relativiert. Die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurde durch die zunehmende Zulassung von Belegärzten aufgeweicht. Leistungserbringer unterhalten Arbeitsbeziehungen untereinander und kooperieren patientenorientiert. Dies gilt insbesondere für Leistungsanbieter, die chronisch kranke oder multimorbide Patienten behandeln und betreuen. Diese sehen sich als Teil eines „Behandlungsteams“, haben teilweise ein Care Management institutionalisiert. Sie kommunizieren und kooperieren auf operativer Ebene im Interesse der Patienten miteinander. LAK und Familienhilfe machen denn auch deutlich, dass sie regelmässig in Kontakt untereinander, aber auch mit dem LLS, mit Ärzten, mit Therapeuten und dem HPZ stehen. Es fehlt jedoch der institutionelle Rahmen mit Anreizen zur patientenorientierten Zusammenarbeit, der Verpflichtung zum Informationsaustausch und zur gemeinsamen Qualitätssicherung sowie zur Weiterbildung, wie man sie im umliegenden Ausland etwa in Managed Care-Modellen, integrierten Versorgungssystemen oder Primary Care-Modellen kennt. Die Gründe dafür sind vielfältig:
- grundsätzlich fehlen die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Schaffung derartiger Modelle.
 - seitens der Krankenversicherer, aber auch der Ärzteschaft gingen keine konkreten Initiativen aus – nicht wie in der Schweiz.
 - die Kleinheit des Landes bewirkt, dass sich viele Leistungserbringer persönlich kennen und eine informelle Zusammenarbeit daher leichter möglich ist.
 - die Ärztekammer hat eine starke Stellung, da sie neben den üblichen Koordinationsaufgaben auch übertragene hoheitliche Aufgaben wahrnimmt und damit die Struktur der ärztlichen Versorgung stark beeinflusst.
 - der Liechtensteinische Dachverband der Gesundheitsberufe bildet eine weitere Plattform für Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Schwerpunkt des Verbandes ist jedoch eher die Interessenvertretung gegenüber Politik und Krankenversicherern und nicht die konkrete patientenorientierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer.
- 12 Die aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität langfristiger und komplexer werdenden Betreuungssituationen erfordern jedoch eine patientenorientierte Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer. Um diesem Bedarf gerecht zu werden wurden folgende Reformvorschläge gemacht:
- 13 **RV 4: Konsequente Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen /e-Health**
Eine konsequente Digitalisierung des Gesundheitsversorgungssystems und die Schaffung eines elektronischen Patientendossiers bzw. einer elektronischen Gesundheitsakte erleichtert und fördert die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsanbieter, ohne dass weitere strukturelle oder institutionelle Massnahmen notwendig wären. An die Digitalisierung sind verschiedene Erwartungen geknüpft:

- Vereinfachung der Administration und Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern (z.B. Überweisungen mit Terminvereinbarungen, Informationstransfer)
 - Verbesserung der Informationsqualität in Krankengeschichte und –dokumentation durch Standards
 - Erleichterung des patientenbezogenen Informationstransfers zwischen Leistungsanbietern
 - mehr Sicherheit in der Medikamentenverschreibung (e-Medikation mit Prüfung von Kontraindikationen und Nebenwirkungen)
 - digitale Kontaktmöglichkeit zwischen Health Professional und Patient zur Unterstützung des Krankheitsmanagements bzw. für Patientenanleitung und für Evaluation der Behandlung (Patientenzufriedenheit, patient reported outcome)
 - Verbesserung der Qualitätssicherung durch vereinfachte Möglichkeit, Behandlungsmuster anhand grösserer Datenmengen zu evaluieren.
- 14 Um das volle Potenzial der Digitalisierung nutzen zu können, empfiehlt es sich jedoch, zusätzlich strukturelle Massnahmen zu treffen. So wurde u.a. vorgeschlagen, auf Eigenentwicklungen zu verzichten, sich dafür an die „Strategie e-Health Schweiz“ anzulehnen, um Medien- und Prozessbrüche in der Zusammenarbeit mit den schweizerischen Leistungsanbietern zu vermeiden. Die konkrete Ausarbeitung soll gemeinsam mit Ärzten und anderen Leistungserbringern erfolgen, jedoch mit übergeordneter Projektsteuerung.
- 15 Vorgeschlagen wurde die Durchführung eines Modellprojektes zur Digitalisierung in einer Langzeiteinrichtung, da die Patientendaten etwas weniger sensitiv sind (keine Arbeitgeberinteressen), die Betreuungssituationen mit mehreren Leistungserbringern jedoch komplex sind und Vernetzungen erfordern.
- 16 Klare Grenzen der Digitalisierung ergeben sich durch den Datenschutz. Da es sich im Gesundheitswesen um sehr sensible persönliche Daten handelt, gilt es, dem Datenschutz grösstmögliche Bedeutung beizumessen.
- 17 **RV 5: Schaffung von interdisziplinären „runden Tischen“ für die Besprechung komplexer Behandlungs- und Betreuungssituationen (Qualitätszirkel)**
 Fallbesprechungen an interdisziplinär zusammengesetzten „runden Tischen“ dienen nicht nur der Qualitätssicherung und der Definition von gemeinsamen Standards für Behandlungssituationen, sondern ermöglichen auch Lernprozesse zu Systemwissen und verbessern die Kommunikation zwischen den Beteiligten.
- o Solche runden Tische können, wenn sie auf Freiwilligkeit beruhen, ohne weitere strukturelle Massnahmen eingeführt werden. Sie brauchen jedoch einen Träger/Organisator. Als möglicher Träger wurde etwa die LIPO genannt. Der Träger müsste allerdings mit den für diese Aufgaben notwendigen Wissens- und anderen Ressourcen versehen werden. Auch ist darauf zu achten, dass der Träger von derartigen Qualitätszirkeln eine neutrale Position einnimmt.
 - o Um möglichst rasch zu einer Umsetzung von Qualitätszirkeln zu kommen wurde auch erwähnt, dass auf die Freiwilligkeit verzichtet und die Teilnahme am Qualitätszirkel mit dem Kassenvertrag gekoppelt werden könnte (ähnlich den Managed Care-Modellen in der Schweiz). Die würde allerdings die Aufhebung der heutigen Form der Bedarfsplanung nach sich ziehen.
- 18 **RV 6: Disease Management-Programme für häufige und komplexe Erkrankungen**
 Disease Management-Programme (DMP) werden in verschiedenen Ländern bei chronischen Erkrankungen, welche Leistungen von mehreren Health Professionals erfordern, eingesetzt, wie z.B. Diabetes, COPD, Asthma, Hypertonie, Osteoporose oder Brustkrebs.

Ziel ist es, die verschiedenen Leistungserbringer auf einen evidenzbasierten Behandlungspfad zu verpflichten, sie zu koordinieren, den Informationsaustausch sicherzustellen und die Qualität der Betreuung zu fördern.

- 19 Ergebnis der Qualitätszirkel können gemeinsame Behandlungsstandards und –prozesse sein, die den Patientenbedarfen und der Versorgungssituation in Liechtenstein gerecht werden. Die Umsetzung von Disease Management-Programmen erfordert jedoch Anreize für Health Professionals für deren Teilnahme (d.h. für Einhaltung der Behandlungs- und Betreuungsrichtlinien, standardisierte Dokumentation und Informationsaustausch mit Mitbehandelnden, Ergebnismessung). Auch hier wurde die Möglichkeit genannt, die Kaserverträge an die Beteiligung ausgewählter, evidenzgesicherter DMP zu knüpfen. Die Patienten müssen ebenso für die Teilnahme gewonnen werden. In der Regel wird auch hier das Setzen von Anreizen genutzt, wie etwa der Verzicht auf Selbstbehalte für die Behandlungen im Rahmen der DMP.
- 20 **RV 7: Entwicklung eines integrierten Versorgungssystems mit interessierten Leistungsanbietern**
Ergebnis der Qualitätszirkel könnte auch sein, dass interessierte Leistungsanbieter ein Modell für integrierte Versorgung entwickeln und den Patienten und den Krankenversicherern anbieten (ähnlich wie MEDIX, Pizol Care, Argomed u.a.). Voraussetzung dafür wäre allerdings die Schaffung der gesetzlichen Grundlage für derartige Kooperationen. Ein solches Modell müsste sowohl für die teilnehmenden Leistungserbringer wie auch für die Versicherten Anreize bieten (z.B. Wegfall oder Reduktion der Franchise).
- 21 **RV 8: Ausarbeitung eines Psychatriekonzepts für Liechtenstein**
Durch die demografische Alterung der Gesellschaft, die fortschreitende Individualisierung, das Wegfallen von traditionellen Bindungen und Sozialstrukturen, sowie durch den Leistungsdruck in der Arbeitswelt steigt die Anzahl psychisch kranker Menschen. Auch diese bedürfen einer angemessenen Behandlung. Diese erfolgt heute wenn immer möglich ambulant oder im teilstationären Setting. Basis sind tragende Beziehungen zwischen Behandelnden und Patienten. Dies erfordert eine sinnvolle Verteilung der Leistungserbringer mit unterschiedlichen Kompetenzen.
- 22 Die Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgt zurzeit oft unkoordiniert und intransparent, mit verschiedenen Akteuren und unterschiedlichen Finanzierungsmodellen (Krankenversicherer: Leistungsfinanzierung; Stiftungen: Institutionenfinanzierung).
- 23 Um den notwendigen Zugang zu psychiatrischen und psychologischen Leistungen für alle sicherzustellen, drängt sich die Ausarbeitung eines differenzierten Psychatriekonzeptes, welches auch die Behandlung von suchtkranken Menschen beinhalten soll, auf. Dies umso mehr, als Liechtenstein auch in diesem Versorgungsbereich vom Ausland abhängig ist und neben der Vernetzung der Anbieter im Inland, der Integration eines allfälligen sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrums (vgl. RV 18), der Sicherstellung der Schnittstellen zur Akut- und zur Langzeitversorgung und zu verschiedenen Therapien, auch die Koordination mit Leistungserbringern in Vorarlberg und in der Schweiz gelöst werden muss. Entsprechende Leistungsaufträge müssen definiert werden. Die Erarbeitung des Psychatriekonzeptes hat daher in breiter Vernetzung mit den verschiedenen Akteuren zu erfolgen.
- 24 **Notwendige Reformschritte:**
- Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Schaffung von Managed Care-Systemen oder integrierten Versorgungsmodellen, welche auch Anreize für Leistungsanbieter und für Nutzer inkludieren.

- Schaffung der gesetzlichen Grundlagen, um die Digitalisierung grundsätzlich zu ermöglichen, inkl. der notwendigen Datenschutzbestimmungen für den Gesundheitsbereich.
- Schaffung von Anreizen für die Leistungserbringer, um die Digitalisierung voranzutreiben. Eine Möglichkeit wäre auch hier, Digitalisierung mit dem Kassenvertrag bzw. mit der Abrechnungsberechtigung mit der Krankenversicherung zu koppeln.
- Initiieren von runden Tischen (Qualitätszirkel) und Evaluation sowie Weiterentwicklung zu gemeinsamen Standards und gemeinsamen Strukturen im Sinne der integrierten Versorgung.

5.3 Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen: Deregulierung und neue Aufgaben für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

- 25 Die Ärzte nehmen in den meisten Gesundheitssystemen eine zentrale Rolle ein. In vielen Ländern zeichnen sich jedoch Versorgungslücken im ärztlichen Bereich ab. Noch ist die ärztliche Versorgung in Liechtenstein nicht akut gefährdet. Zudem wird die Anzahl der niedergelassenen Ärzte noch über die Bedarfsplanung nach unten reguliert und es wurde die Frage nach Lockerung oder Aufhebung dieser Regulierung gestellt.
- 26 **RV 9: Aufhebung der Bedarfsplanung für praktizierende Ärzte**
 Angesichts des sich abzeichnenden Hausarztmangels und der Tatsache, dass mit der Übernahme des Tarmed und des St. Galler-Taxpunktwertes die Arbeitsattraktivität für Ärzte zumindest gegenüber der Schweiz reduziert wurde, stellt sich die Frage, ob die Bedarfsplanung noch angemessen und sinnvoll ist. Dies gilt insbesondere für die Bedarfsplanung für Hausärzte, da es immer wieder vorkommt, dass immer wieder Menschen von Ärzten abgewiesen werden, mit der Begründung, dass aus Kapazitätsgründen keine Patienten mehr aufgenommen werden können. Es wurde daher vorgeschlagen im Interesse der langfristigen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung die Bedarfsplanung ganz oder doch teilweise (Hausärzte) abzuschaffen. Damit würde ein klares Bekenntnis zur kostenwirksamen Hausarztmedizin abgelegt und die Rahmenbedingungen für geordnete Praxisübergaben entscheidend vereinfacht. Es könnte die Hausarztmedizin verbessert und diese als Erstanlaufstelle für Patienten gesichert werden. Falls die Bedarfsplanung in Bereichen bestehen bleibt, müsste sie allerdings verfeinert werden, um der Zunahme der Teilzeitarbeit bei (weiblichen) Ärzten besser gerecht zu werden.
- 27 Ob die Bedarfsplanung ganz und ersatzlos aufgehoben werden kann oder verfeinert werden soll, muss von den Tarifpartnern und vom Ministerium kritisch geprüft werden. Allenfalls werden andere Zulassungseinschränkungen notwendig, um Überversorgung zu vermeiden.
- 28 Ein spezieller Bereich stellt die (sozial-)psychiatrische Versorgung dar (vgl. auch RV 8) . In diesem Bereich sind verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Kompetenzprofilen tätig. Auch die psychiatrische Versorgung erfordert eine Lockerung der Bedarfsplanung sowie eine bessere Koordination der verschiedenen Leistungserbringer.
- 29 Der Zugang zum Grossteil der von Krankenversicherern bzw. vom Staat finanzierten Gesundheitsleistungen erfolgt über Ärzte bzw. auf ärztliche Zuweisung oder Verordnung hin. Diese Rolle wird heute aus verschiedenen Gründen in Frage gestellt.

- 30 In vielen Ländern zeichnet sich ein Mangel an Ärzten, insbesondere an Hausärzten ab, so dass der Zugang zu ärztlichen Leistungen und in der Folge auch derjenige zu den anderen Leistungserbringern nicht mehr sichergestellt oder zumindest mit langen Wartezeiten verbunden ist. Obwohl zunehmend neue Formen der (ambulanten) ärztlichen Versorgung wie Medizinische Versorgungszentren, Managed Care – Modelle, Integrierte Versorgungssysteme oder Spitalsambulanzen die klassische Hausarztpraxis ablösen, geht man davon aus, dass der Bedarf nicht mehr abgedeckt werden kann. Deshalb werden weitere Lösungsansätze gesucht und diskutiert.
Allerdings gibt es auch hier gegensätzliche Auffassungen. Eine Studie von santésuisse geht etwa davon aus, dass der Ärztemangel ein punktuelles Problem und vor allem darauf zurückzuführen ist, dass an traditionellen Versorgungsmodellen und Versorgungsregionen festgehalten wird. (santésuisse 2017)
- 31 In den vergangenen Jahren wurden die Anforderungen an die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe angehoben, die Ausbildungssysteme reformiert, akademisiert und damit die Entscheidungskompetenzen (u.a. auch durch die Vermittlung diagnostischer und therapeutischer Kompetenzen) vieler Health Professionals verbessert. Ziel einer entsprechenden Bildungsoffensive war bei diesen Berufsgruppen vorrangig die Steigerung der Berufsattraktivität. Allerdings erfolgte die Anpassung der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe meist (noch) nicht im erhofften Ausmass und in der erwarteten kurzen Zeitspanne.
- 32 Diese beiden Entwicklungen führen nun dazu, dass über niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsleistungen, d.h. über direkte Zugänge über andere, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe nachgedacht wird bzw. verschiedene Modelle bereits umgesetzt und in Evaluation sind.
- 33 Wenn auch die Situation in Liechtenstein noch nicht direkt zur Sorge Anlass gibt, dürfte das Land in Zukunft doch auch mit einem Ärztemangel, bzw. mit dessen Auswirkungen auf die anderen Gesundheitsberufe konfrontiert werden. Nicht entziehen kann sich Liechtenstein den internationalen Entwicklungen der verschiedenen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Die Neu-Definition von eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichen für verschiedene Health Professionals, verbunden mit der Übertragung der Verantwortung sowie klaren Einschränkungen, aber auch dem Einführen neuer Arbeitsteilungsmodelle zwischen den Berufen, werden auch in Liechtenstein notwendig sein, um mittelfristig für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe langfristig attraktiv zu bleiben.
- 34 Allerdings ist den Befürchtungen verschiedener Akteure des Systems auch Rechnung zu tragen. Diese Entwicklungen werden vor allem von zwei Exponenten kritisch beurteilt:
- 35 Die Versicherer fürchten als Folge der Zulassung weiterer Berufsgruppen zur Leistungsabrechnung eine Mengenausweitung zu Lasten der Krankenversicherung und nicht zu einer reinen Leistungsverchiebung von den ärztlichen zu den nicht-ärztlichen Leistungserbringern.
- 36 Ärzte und andere Beteiligte machen zu Recht auf Fragen der Versorgungsqualität aufmerksam und fordern, dass mit der Übertragung von Aufgaben an nichtärztliche Berufe, diesen auch die Verantwortung für ihr Tun übertragen werden muss.
- 37 Neue Arbeitsteilungen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen müssen wohlüberlegt sein. Patientengruppen sowie Einschränkungen sind klar zu definieren, Schnitt-

stellen zur ärztlichen Versorgung sicherzustellen, Verantwortlichkeiten sind festzulegen sowie ein System-Monitoring mittels verschiedener Qualitätsindikatoren (Struktur-, Prozess-, sowie medizinische und patientenorientierte Outcome-Indikatoren) aufzubauen.

- 38 Von den verschiedenen Berufsgruppen wurden folgende konkreten Vorschläge für niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsleistungen gemacht:
- 39 **RV 10: Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten zur Pflege**
Um auch bei Hausärztemangel die Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, werden in verschiedenen Ländern neue Versorgungsmodelle getestet und evaluiert. Gemeinsames Merkmal ist, dass ausgewählte ärztliche Tätigkeiten an gut ausgebildete Pflegende übertragen werden. Eine Studie, welche alle europäischen Länder sowie USA, Kanada, Australien und Neuseeland umfasste, zeigt auf, dass bis 2016 solche Tätigkeitsverlagerungen in 2/3 der untersuchten Länder stattgefunden haben. Dabei können verschiedene Muster beobachtet werden:
- In elf Ländern wurden Leistungen an advanced Nurse Practitioners (aNP) bzw. advanced Practice Nurses (aPN) (akademisch ausgebildete Pflegepersonen mit Master-Titel) aus allen sieben untersuchten klinischen Aktivitätsbereichen übertragen (MaierCB., 2016): Verordnungen (prescriptions), Diagnose (diagnosis), Anordnungen überprüfen (order tests), Betreuung klar definierter Patientengruppen (panel of patients), Behandlung einfacher, klar definierter Krankheitsbilder (treatment), Überweisung (referral), Erstanlaufstelle mit Triage (first point of contact).
 - In 16 Ländern wurden weniger konsequent, aber doch in jeweils mindestens zwei der sieben klinischen Aktivitätsbereiche Leistungen übertragen. Auch wird nicht in jedem Land ein Pflegestudium mit Masterabschluss als Voraussetzung für die Leistungsübernahme vorgesehen.
 - In zwölf Ländern, darunter Deutschland, Österreich und die Schweiz waren 2016 noch keine ärztlichen Leistungen offiziell an die Pflege übertragen. Allerdings laufen in den meisten dieser Länder aktuell verschiedene Modellversuche im stationären und ambulanten Setting und es findet teilweise sehr intensive Diskussionen zwischen den beteiligten Berufsgruppen aber auch auf gesundheitspolitischer Ebene statt.
- 40 Ähnliche Diskussionen werden auch in Liechtenstein geführt, wobei der Anstoss dazu eher aus der Pflege und der Politik, bezüglich der Einführung von aPN jedoch auch von den Krankenversicherern kommen. So wird etwa ein „One Point of Care“-Modell auf Gemeindeebene vorgeschlagen. Diese Stellen sollen mit gut ausgebildeten Pflegepersonen besetzt werden, welche auch Beratungsaufgaben bezüglich Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung anbieten sowie die verschiedenen kommunalen Leistungserbringer und regionalen Spezialisten patientenorientiert vernetzen sollen. Eine flächendeckende Umsetzung eines solchen Modells erfordert Zeit, einerseits weil die benötigten qualifizierten Pflegefachpersonen noch nicht zur Verfügung stehen, andererseits aber auch weil Auftrag, Organisation und Arbeitsweise derartiger Modelle sorgfältig evaluiert werden müssen. Auch ist die organisatorische Angliederung (Spitex, Hausarztpraxis, Gesundheitszentrum usw.) kritisch zu prüfen.
- 41 Unklar ist zurzeit die Finanzierung, da einerseits Pflegende nicht abrechnungsberechtigt und andererseits derartige Leistungen in den aktuell gültigen Tarifen nicht enthalten sind. Möglich sind zwei Strategien:
- eine Anpassung der Gesetzgebung zur Abrechnungsberechtigung und die Tarifierung der an die Pflege übertragenen Leistungen,

- eine andere Finanzierung dieser qualifizierten Pflegestellen, z.B. mit Festgehalt, verbunden mit einem Leistungsauftrag durch Gemeinde und/oder durch die Krankenversicherer.

Für die Einwohnerinnen und Einwohner wird ein Mehrwert geschaffen und es kann erwartet werden, dass durch diese Erstanlaufstelle eine niederschwellige Patientenbetreuung und eine gezielte Triage stattfindet, sowie durch frühzeitige Beratung insgesamt Kosten eingespart werden können.

42 RV 11: Entlastung der Hausärzte durch gut ausgebildete Medizinische Praxisassistentinnen (MPA)

Zu einer Entlastung der Ärzte, allerdings gezielt auf Stufe der einzelnen Hausarzt- bzw. Gruppenpraxen, soll auch das Modell MPA beitragen. Medizinisch-Technische Assistentinnen (MTA) mit Zusatzausbildungen sollen die Ärzte möglichst von nicht-ärztlichen und von Routineaufgaben entlasten. In der Schweiz werden dazu zwei Ausbildungsstränge zu MPA angeboten, mit dem Ziel, Patienten mit klar definierten chronischen Erkrankungen zu überwachen, deren Behandlungen zu koordinieren und gezielte Patientenschulungen zu machen. Der zweite Ausbildungsstrang fokussiert auf Praxismanagement und -organisation sowie Prozessmanagement. Damit soll den Ärzten die Möglichkeit gegeben werden, sich vermehrt auf ärztliche Aufgaben und komplexe Behandlungssituationen zu konzentrieren.

- 43** Auch beim Modell MPA stellen sich Fragen nach der Qualitätssicherung und der Finanzierung. Im aktuellen Tarif (Tarmed) wird diese Art von Leistungsdelegation nicht vorgesehen, bzw. sie ist nicht adäquat abgebildet und MPAs sind nicht abrechnungsberechtigt. Da die MPAs ihre Tätigkeiten jedoch im Rahmen der ärztlichen Praxis ausüben, bleibt die Qualitätsverantwortung beim Arzt. Dennoch sind Änderungen in den gesetzlichen Grundlagen und Tarifierpassungen notwendig, um Raum für diese neue Arbeitsteilung zu schaffen.

44 RV 12: Apotheken als Kompetenzzentren ¹

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 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 (White KL, 1961; PharmaSuisse 2017). 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 in der Grundversorgung neu positioniert werden und Kompetenzen erhalten für:

- Gate Keeper, d.h. Triagestelle. Die Folgen einer pharmazeutischen Triage sind entweder die Behandlung der Beschwerden oder aber die Weiterleitung an andere Leistungserbringer (meist Ärzte) zur Diagnosestellung und Behandlung.
- Gateway to care: niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem
 - Selfcare (gesund bleiben)

¹ Eine umfangreiche Dokumentation zur möglichen künftigen Rolle der Apotheken ist abrufbar auf: <http://ufl.li/de/seminar-weiterentwicklung-des-liechtensteinischen-gesundheitswesens/>.

- Prävention und Gesundheitsförderung (Bestimmung von Blutfett, Blutdruck, Blutzucker usw., Grippe- oder FSME-Impfung für Gesunde, Darmkrebsvorsorge (Stuhltest) usw.)
 - Behandlung einfacher Erkrankungen und Bagatellfälle oder bei Verdacht auf schwerwiegendere Erkrankungen Weiterleitung an Hausarzt oder zuständige Fachärzte.
 - Triage und Zuweisung zur geeigneten Behandlung
 - Chronic care: Unterstützung der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen mit Polymedikationscheck, pharmazeutische Betreuung von Heimen und Spitex, Krankenmobilen, Kompressionstherapie usw.. Aufgrund der zu erwartenden Zunahme an chronischen Erkrankungen (bis 2020 rund $\frac{3}{4}$ aller Erkrankungen) gilt es zwingend die Dienstleistungen zur Unterstützung dieser Patientengruppen auszubauen.
- 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 in der Praxis nicht bewahrheitet. In Frankreich wurden in einer Region Apotheken als Zentren für Schutzimpfungen für gesunde Erwachsene genutzt, mit dem Ergebnis, dass die Durchimpfungsrate signifikant höher war als in Vergleichsregionen (Fréour P., 2016). Ähnliche Erfahrungen wurden in England gemacht (The Pharmaceutical Journal 2017). Auch in Deutschland finden verschiedene Modellversuche statt, in welchen die Rolle der Apotheken in der Versorgungskette stark aufgewertet wird, dies noch nicht mit Impfungen, aber beispielsweise indem diese eng mit Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten zusammenarbeiten und die Mehrfachmedikation von komplexen, multimorbiden Patienten systematisch überprüfen.
- 46 Derartige Erfahrungen können auch in Liechtenstein genutzt werden. Notwendig sind jedoch Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (beispielsweise die Möglichkeit der Abgabe bestimmter rezeptpflichtiger Medikamente ohne Vorliegen eines Rezeptes oder bestimmte Impfungen in den Apotheken durchzuführen) und Anreize einerseits für Apotheker mitzutun, andererseits solche für die Bevölkerung, damit derartige Angebote auch genutzt werden.
- 47 **RV 13: Entscheid zur Weiterführung ärztlich verschriebener Behandlungen**
 Verschiedene nicht-ärztliche Berufsgruppen (Psychologen/Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, 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 einsichtig, dass die Indikationsstellung und die Behandlung immer über einen Arzt und eine ärztliche Verschreibung erfolgen muss, damit sie über die OKP abgerechnet werden kann. Verschiedentlich wurde denn auch eine Inkonsistenz zwischen der Anordnungspflicht des KVGs (KVG Art. 16a ff) und dem GesG, welches den genehmigungspflichtigen Gesundheitsberufen die Indikations- und Behandlungskompetenz gewährt (GesG Art. 6) kritisiert. In einigen Ländern finden sich denn auch entsprechende Konzepte (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit/Pflegestufe durch Pflegende, 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.

- 48 Denkbar und im Ausland in der Praxis umgesetzt sind auch Modelle, welche die Verantwortung für die Weiterführung von Therapien um einen oder zwei weitere Zyklen in die Verantwortung der Therapeuten übertragen. In diesem Zusammenhang ist es auch sinnvoll, dass Apotheken die Kompetenz erhalten, gewisse rezeptpflichtige Arzneimittel ohne Ausstellung eines erneuten Rezeptes (und damit verbunden eines weiteren Arztbesuches) abzugeben und den Krankenkassen verrechnen zu können. Entsprechende Guidelines für die Übertragung von Kompetenzen zur Weiterführung von Therapien und Medikationen sollten gemeinsam durch Therapeuten-, bzw. Apothekenverbände mit Ärzten erarbeitet werden. Durch die Übertragung der Entscheidungskompetenzen darf es jedoch nicht zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität kommen.
- 49 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 welche Leistungen und in der Folge die Übernahme der Verantwortung für die Durchführung und Ergebnisse der Leistungserbringung an die Health Professionals übertragen werden, aber auch wie die Leistungen zu tarifieren sind. Zudem wird es notwendig sein, neue Abrechnungsprozesse und Prüfverfahren zur Vermeidung von Mengenausweitungen bei den Krankenversicherern einzuführen.
- 50 **Notwendige Reformschritte:**
- Anpassung der gesetzlichen Grundlagen, d.h. Übertragung der Berechtigung für die Abrechnung zu Lasten der Krankenversicherer sowie zur Übertragung der Verantwortung für die Behandlung/Betreuung
 - Anpassung bzw. Erweiterung der Tarifwerke um die an andere Gesundheitsberufe übertragenen Leistungen
 - Aufbau eines Kontroll- und Steuerungssystems, um Mengenausweitungen zu vermeiden und Leistungsverschiebungen zu den nicht-ärztlichen Leistungserbringern zu fördern.
 - Qualitätssicherung: Klare Festlegung von Einschränkungen und Bandbreiten, in denen nicht-ärztliche Gesundheitsberufe selbständig tätig sein dürfen, sowie Definition geeigneter Qualitätsindikatoren, Qualitätsmessungen, Qualitätssicherungsprogramme sowie Veröffentlichung der Ergebnisse.
 - Akzeptanz im Versorgungssystem schaffen (u.a. Qualitätsmessung und -monitoring, klare Regeln für Einschränkungen, Anreizsystem für entsprechende Kooperation zwischen den verschiedenen Health Professionals)
 - Akzeptanz in der Bevölkerung für die Nutzung derartiger Versorgungsmodelle schaffen (u.a. Qualitätsnachweis, Kostenvorteile).

5.4 Gesundheitsförderung und Prävention: Beeinflussung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

- 51 Praktisch alle Berufsgruppen und Leistungsanbieter hatten in ihren Vorträgen auf die grosse Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung hingewiesen. Grundsätzlich geht es dabei darum, die Nachfrage nach kurativen Gesundheitsleistungen zu reduzieren und die Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Unter Prävention versteht man alle

Massnahmen, die dazu dienen, das Auftreten von Krankheiten oder gesundheitlichen Schädigungen zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Prävention wird unterteilt in:

- Primärprävention, diese richtet sich unspezifisch an alle potenziell betroffenen Personen vor Eintritt einer konkreten Gefährdung.
- Sekundärprävention, diese richtet Massnahmen auf bereits als gefährdet eingestuft Personengruppen.
- Tertiärprävention, diese umfasst Interventionen nach dem Auftreten der Krankheit mit dem Ziel, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden.

- 52 Der Präventionsgedanke ist somit stark von einer Krankheitsorientierung (Pathogenese) geprägt. Einen anderen Ansatz verfolgt hingegen die Gesundheitsförderung. Ihr Ziel ist die Stärkung der Gesundheit. Zentrale Frage ist: Was hält Menschen gesund? Dabei geht es um die Determinanten der Gesundheit. Es geht weniger um die Reduktion der Krankheitslast als vielmehr um die Stärkung der Gesundheitsressourcen (Salutogenese) und diese liegen nicht nur im Verhalten der Menschen, sondern auch in ihrem Wissen und Verständnis über gesundheitliche Zusammenhänge (Health Literacy) sowie über die individuellen und gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensverhältnissen und deren Beeinflussbarkeit. Allgemein wird die Meinung vertreten, dass heute in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung noch zu wenig investiert wird.
- 53 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 Liechtenstein 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:
- 54 **RV 14 a: Schaffung einer zentralen Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention**
- Die dezentrale Verantwortung für Gesundheitsförderung in verschiedenen Ministerien und Abteilungen ist aufzugeben. Es ist und eine zentrale Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen und diese mit Ressourcen so auszugestalten, dass wirksame Massnahmen, Programmen und Koordinationsaufgaben durchgeführt und übernommen werden können.
- oder:
- 55 **RV 14 b: Schaffung einer privaten Stiftung für Gesundheitsförderung und Prävention**
- 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.
- 56 Beide Institutionen hätten die Aufgabe, möglichst gezielt und effektiv Gesundheitsförderungsprogramme und Präventionskampagnen (vor allem Primär- und Sekundärprävention) zu initiieren. Als Kompetenzzentrum müssten sie über ausreichende Ressourcen verfügen und die verschiedensten Experten wie Ärzte, Physiotherapie, Ergotherapie,

Psychotherapie, Gesundheitspsychologie, Organisationsentwicklung, Sozialarbeit, Ernährungswissenschaftler, Pädagogen, 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)

57 RV 15: Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung

Tertiäre Prävention ist unbestritten Teil der Gesundheitsversorgung, Sekundärprävention teilweise. Aus der Sicht der Krankenversicherer sind jedoch Primärprävention und Gesundheitsförderung nicht direkt Teil der Gesundheitsversorgung, bzw. diese Leistungen sind nicht Teil der Tarifsysteme und werden nicht direkt vergütet.

58 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 Beratungsleistungen müssen nicht zwingend durch Ärzte selbst, sondern können auch von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (aNP, MPA, Apotheken, Physiotherapeuten) erbracht werden. Allerdings sind gezielte Weiterbildungen notwendig und es müssen auch Anreize geschaffen werden (Tarifizierung des Beratungsaufwandes oder Abgeltung über Managed Care- bzw. Accountable Care-Modelle).

59 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

60 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 Wirtschaftszweige verstanden, die etwas mit Gesundheit zu tun haben. Die Gesundheitswirtschaft wird in vier Konsumfelder aufgeteilt:

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

		Finanzierung (Versicherter/Konsument)	
		Erster Markt	Zweiter Markt
Güter/Dienstleistungen	Kernbereich Gesundheitswirtschaft	z.B. — Arzneimittel (Erstattungskodex), intramurale Behandlung	z.B. — Selbstmedikation (OTC Präparate), Zahnregulierung
	Erweiterte Gesundheitswirtschaft	z.B. — Ausbildung, Forschung, Krankenhausbau	z.B. — Tourismus, Sportartikel mit Gesundheitsbezug

62 Der Fokus der hier gemachten Reformvorschläge liegt auf dem Ersten Gesundheitsmarkt und auf dem Kernbereich. Grundsätzlich geht es darum, die Wertschöpfung in diesem Bereich zu optimieren. Allerdings sollen die anderen Bereiche nicht ganz ausser Acht gelassen werden, sind diese doch sowohl für die Betroffenen, wie auch für die Wirtschaft des Landes von Bedeutung.

63 In der Vergangenheit betrachtete man die Gesundheitsversorgung meist aus der Kostenperspektive. Nutzenbetrachtungen waren selten. Wenn sie angestellt wurden, dann vor allem in Teilbereichen und mit Bezug auf Einsparungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen (z.B. aufgrund der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder des Verlängerten Lebens). Dass diese Betrachtung ungenügend ist, wurde im Rahmen der Seminare immer wieder kritisiert. Heute werden grosse Anstrengungen unternommen, um auch auf individueller Ebene der Patienten eine Nutzendarstellung zu ermöglichen. Zu nennen sind hier die Ansätze zur Systematisierung von patientenbezogenen Aussagen zur Zufriedenheit (patient reported experience measure, PREM) bzw. zum erreichten Ergebnis (patient reported outcome measure, PROM), wie sie etwa von ICHOM in einem internationalen wissenschaftlichen Grossprojekt vorgeschlagen werden.

64 **RV 16: Systematische Nutzendarstellung im Gesundheitswesen**

Der aktuelle Stand der Forschung im Bereich der Darstellung des Nutzens der Gesundheitsversorgung hat bereits einen hohen Stand erreicht. Die Umsetzung entsprechender Indikatoren- und Messsysteme läuft an verschiedenen Orten an. Liechtenstein könnte als Partner von ICHOM oder als Modellregion der OECD für das Projekt Patient Reported Indicator System (PaRIS) einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Nutzenbetrachtung im Gesundheitswesen leisten.

65 Neben der fehlenden Nutzenbetrachtung zeigen sich aber immer deutlicher auch Finanzierungsprobleme in Teilbereichen des Gesundheitswesens. Angesichts des demografischen Wandels, verbunden mit der steigenden Nachfrage nach ambulanter Pflege und Betreuung zeichnen sich bereits heute Finanzierungslücken ab

- 66 **RV 17: Suche nach Finanzierungsalternativen die ambulante Pflege und Betreuung**
Da die Verteilung finanzieller Mittel gerade bei älteren Menschen sehr ungleich ist, können die durch die Pflege und Betreuung entstehenden Kosten verschiedene Gruppen sehr empfindlich belasten. Um die soziale Gerechtigkeit auch bei diesen Gruppen sicherzustellen, wurde vorgeschlagen, dass das Ministerium Vorschläge für eine neue Finanzierungsregel für Pflege und Betreuung ausarbeiten und zur Diskussion stellen soll.

5.6 Gesundheitsstandort Liechtenstein: Mehr als „nur“ kranke Menschen heilen und betreuen

- 67 Aufgabe des Gesundheitssystems eines Landes ist es, die Bevölkerung im Falle von Krankheit (aber doch auch bei Verletzungen etc.) zu behandeln, zu heilen und die Gesundheit wiederherzustellen. Durch die zunehmende Bedeutung der Salutogenese 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 Gesundheitsstandort Liechtenstein verschiedene Entwicklungen ergeben, welche die Arbeitsplatzattraktivität der (bereits ansässigen) Gesundheitsdienstleister eher vermindert haben. Zu nennen sind etwa:
- die Einführung der Schweizer Tarifsysteme, in deren Folge die Einkommen verschiedener Gesundheitsberufe signifikant gesunken sind,
 - die aktuellen Vereinbarungen über die grenzübergreifende Leistungserbringung mit der Schweiz,
 - die aufgrund der unterschiedlichen Aufträge und Perspektiven in verschiedenen Bereichen verhärteten Fronten zwischen Ärztekammer (und teilweise auch anderen Gesundheitsberufen) und dem LKV, bzw. zwischen einigen Gesundheitsberufen und dem Ministerium
 - die Aufhebung der Gesundheitskommission
 - das fehlende Vertrauen vieler Health Professionals in die Politik und die Krankenversicherungen
- 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 medizinische 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:

- 71 **RV 18: Schaffung einer zentralen Informationsplattform Gesundheit**
 Die aktuelle Organisation der Gesundheitsversorgung basiert mit wenigen Ausnahmen auf ziemlich unabhängig voneinander agierenden Leistungserbringern in Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften. Diese Leistungserbringer arbeiten zum Teil mit unterschiedlichen Infrastrukturen, bieten daher auch unterschiedliche Leistungen, Schwerpunkte und Spezialisierungen an. Diese sind – trotz weitverbreiteter individueller Homepages der Leistungsanbieter – 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.
- 73 **RV 19: Bildung von multidisziplinären Versorgungszentren**
 Mit der räumlichen Bündelung von Leistungsanbietern in problem- oder themenorientierte Versorgungszentren wird Patienten ein zusätzlicher Service geboten indem die Wege verkürzt, die Koordination der Behandlungsketten gefördert, die Kooperationen der Leistungserbringer erleichtert werden und die Qualität verbessert wird.
 Vorgeschlagen wurden konkret die Schaffung folgender Zentren:
- Mutter-Kind-Zentrum mit Gynäkologie, Hebammen und Pädiatrie sowie engen Verbindungen zu Haushaltshilfe, Ernährungsberatung, psychologischen Angeboten und Erfahrungsmedizin.
 - Ambulantes Versorgungs- und Therapiezentrum mit Tagesstruktur inklusive Pflege und Sozialarbeit, mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
 - Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum
 - Kompetenzzentrum für das Alter (vgl. RV 1)
- Offengeblieben sind jedoch meist die Fragen der Organisation, der Rechtsform und der Finanzierung. Bezüglich des „Kompetenzzentrum für das Alter“ wurde als möglicher Träger das LLS genannt. Ob diese Lösung auch für die anderen Zentren sinnvoll ist, muss kritisch geprüft werden.
- 74 **RV 20: Wiedereinberufung der Landesgesundheitskommission LGK bzw. Schaffung eines neuen „runden Tisch“ zwischen Regierung, Krankenversicherern und Leistungserbringern und Patientenvertretung**
 Die Kommunikation auf gesundheitspolitischer Ebene zwischen den verschiedenen Akteuren in Liechtenstein funktioniert zurzeit unbefriedigend. Die schon lange Zeit bestehende (aber nicht durchgehend aktive) Landesgesundheitskommission, die sich aus Vertretern der verschiedenen Gesundheitsberufe und Leistungsanbieter, der Krankenversicherer, der Patientenorganisation und der Regierung zusammensetzte, wird seit zwei Jahren nicht mehr einberufen. Wohl findet ein regelmässiger Informationsaustausch zwischen Regierung, Krankenversicherern und Ärztekammer statt. Davon sind jedoch die anderen Gesundheitsberufe, Leistungsanbieter oder auch die Patientenorganisation ausgeschlossen. Entsprechend fühlen diese sich in den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen nicht eingebunden und ihre Expertise nicht wertgeschätzt. Vorgeschlagen wurde daher:
- die Wiedereinsetzung bzw. Wiedereinberufung der Gesundheitskommission mit aktuellen themenspezifischen Quartalstreffen
 oder alternativ dazu:

- 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.

75 RV 21: Grenzüberschreitende Versorgung ermöglichen (RV 20)

Die Ablehnung des Staatsvertrages mit der Schweiz zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Dezember 2017 wirkt sich für mehrere Leistungserbringergruppen negativ aus. Diese hätten mit ihren Angeboten Lücken in den Versorgungssystemen der Kantone St. Gallen und Graubünden auch für Nicht-Grenzgänger und deren nichterwerb-stätigen Familienangehörigen (EFTA-Übereinkommen) schliessen können. Liechtensteini-sche Leistungserbringer wären für schweizerische Patienten durchaus attraktiv, bestehen doch teilweise Engpässe in der hausärztlichen Versorgung, aber auch bei vielen Thera-pien. Zahlenmässig kleinere Berufsgruppen hätten zudem grenzübergreifend kooperie-ren und z.B. Ferien- bzw. Stellvertretungen gemeinsam organisieren oder spezialisierte Leistungen im Netzwerk anbieten können.

- 76 Konkret wurde daher von einigen Berufsgruppen vorgeschlagen, die Verhandlungen mit der Schweiz wiederaufzunehmen und den freien Grenzverkehr wieder sicherzustellen. Insbesondere die Ärztekammer weist jedoch darauf hin, dass die Benachteiligung der liechtensteinischen Leistungserbringer ohne OKP-Vertrag bei einer Neuverhandlung auf-gehoben werden müsste.

77 Notwendige Reformschritte

- Zusammenlegen bestehender Informationsplattformen zum liechtensteinischen Gesundheitswesen bzw. suchen / bestimmen eines Trägers für eine gemeinsame Informationsplattform Gesundheit FL
- Definition der Plattformstruktur und Kriterien sowie des Aktualisierungsprozes-ses, Erheben und Einfüllen der Informationen, Kommunikation nach aussen.
- Suchen von Möglichkeiten zur Unterstützung von Initiativen für die Bildung von themenspezifischen und interdisziplinären Versorgungszentren.
- Einsetzen einer Arbeitsgruppe zur Wiedereinführung der Gesundheitskommis-sion bzw. zur Schaffung eines neuen, regelmässigen „runden Tisches“ unter Be-teiligung der verschiedenen Akteure, mit klarem Auftrag und definierter Vorge-hensweisen, ev. unter externer Moderation.
- Klärung der politischen Möglichkeiten zur Wiederaufnahme von Verhandlungen bezüglich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

6. Ausblick

Die Seminarreihe „Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“ ist in eine Zeit heftiger, medial ausgetragener Diskussionen und Kontroversen, aber auch Stillstände und Gesprächsverweigerungen gefallen. Aus Sicht der Seminarleitung zeigte das Seminar, dass einerseits Reformen notwendig sind, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Liechtensteins auch in Zukunft im gewohnten Masse sicherstellen zu können. Andererseits zeigte das intensive Engagement, das grosse Interesse der Akteure, die Bereitschaft zu Reformen und vor allem zum gemeinsamen Dialog und den Willen zur gemeinsamen Lösungsfindung. Diesen Schwung gilt es für zeitnahe Umsetzungen zu nutzen.

Im Zentrum der Gesundheitsreform muss die langfristige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere vulnerabler Gruppen, stehen. Dabei müssen verschiedene Kriterien berücksichtigt und Fragen positiv beantwortet werden, wie:

- Wird die Qualität der Versorgung gesichert oder gar verbessert?
- Bleibt der Zugang zu notwendigen Leistungen gesichert oder wird er gar verbessert?
- Werden die verfügbaren Ressourcen mit Blick auf die bestmögliche Wertschöpfung für die Bevölkerung eingesetzt?
- Stärkt die Reform die Gesundheitsversorgung langfristig und nachhaltig?
- Werden mit den Reformvorschlägen die Kosten langfristig gedämpft oder gesenkt?
- Stiften die zusätzlich einzusetzenden Mittel auch einen Zusatznutzen, der Versicherten und/oder Steuerzahlern zumutbar ist?

Mit Blick auf diese Fragestellungen ergibt sich aus Sicht der Seminarleitung, dass die Umsetzung folgender Reformvorschläge prioritär geprüft werden:

- RV 19: Wiedereinberufung der Landesgesundheitskommission oder Schaffung eines „runden Tisches“: Im Seminar hat sich gezeigt, dass die Bereitschaft zum Dialog und der Wille zur Mitwirkung vorhanden ist.
- RV 18: Schaffung einer zentralen Informationsplattform Gesundheit: eine solche könnte ohne grossen Mitteleinsatz aufgebaut werden und würde kurzfristig einen Mehrwert für die Öffentlichkeit und für die Health Professionals schaffen.
- RV 7: Entwicklung eines integrierten Versorgungssystems: zumindest sollten schon die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden.
- RV 14: Schaffung einer zentralen Organisation für Gesundheitsförderung und Prävention: Die Bündelung der heute bereits bestehenden und ein weiterer Ausbau der Aktivitäten in diesem Bereich ist notwendig, um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen langfristig zu beeinflussen
- RV 19: Bildung von multidisziplinären Versorgungszentren: Ein Mutter-Kind-Zentrum wurde seitens des LLS bereits angekündigt (es gibt auch private Pläne dazu), ein Zentrum für das Alter wurde explizit gefordert, wie auch ein Versorgungs- und Therapiezentrum oder ein sozialpsychiatrisches Zentrum. Derartige Zentren bringen mit der Bündelung der Kompetenzen einen Mehrwert für Patienten, stellen aber auch einen Eingriff in das Versorgungssystem dar und müssen mit den verschiedenen Akteuren sorgfältig geprüft werden.
- RV 8: Ausarbeitung eines Psychatriekonzeptes für Liechtenstein
- RV 3: Förderung der Freiwilligenarbeit

Diese Auflistung bedeutet nicht, dass die anderen Reformvorschläge nicht weiterverfolgt werden sollen. Bei einigen Vorschlägen ist jedoch die Abhängigkeit an allgemeine Entwicklungen sehr gross (wie etwa Digitalisierung (RV 4) oder Berufsbildentwicklungen in Zusammenhang mit Leistungsverlagerungen an nicht-ärztliche Berufe (RV 10, 11, 12, 13) und daher der aktive Gestaltungsspielraum der Politik eher klein. Hier gilt es jedoch, die Entwicklungen im Auge zu behalten und zu diskutieren, um bei Bedarf rasch reagieren zu können.

Literatur:

Amt für Statistik; Bevölkerungsszenarien für Liechtenstein – Zeitraum 2015-2050, Vaduz 2017

Basys; Gesundheitswirtschaft Österreich, Wirtschaftskammer Wien 2011

Frenk J. et al; Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, The Lancet, Vol. 376, December 4. 2010

Freour P.; Les pharmaciens en campagne pour le droit à vacciner, Le Figaro 04/10/2016 ;
<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/10/04/25473-pharmaciens-campagne-pour-droit-vacciner>;
vgl. auch: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/05/14/franzoesische-apotheker-duerfen-gegen-grippe-impfen>

Hostettler S./Kraft E.; FMH-Ärzttestatistik 2017 – aktuelle Zahlen: <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2018.06573/>

Kickbusch I.; Health Literacy: Engaging in a political debate, in: Intern. Journal for Public Health, 2009, 54, p. 131 ff

Maier CB, Aiken LH; Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study, in: The European Journal of Public Health, Vol 26 (2016), No. 6, S. 927-934

Millich N.; „Fast-Ärzte“ für die Patientenversorgung? In: BibliomedPflege, 28.10.2016,
<https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/artikeldetailseite-ohne-heftzuweisung/29577-fast-aerzte-fuer-die-patientenversorgung/>

vanMeersbergen D.; Task Shifting in the Netherlands, in: World Medical Journal;
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=22&ved=2ahUKEwj56t2UgNHdAhWCW8AKHaxwArl4FBAW-MAF6BAgHEAI&url=https%3A%2F%2Fwww.knmg.nl%2Fweb%2Ffile%3Fuuid%3D5a8fbbd2-feb3-4df9-a2a8-c50d92b0949d%26owner%3D5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173%26contentid%3D2018%26elementid%3D158117&usg=AOvVaw0agO6SiFaenJHOHNLPGUQI>

Obsan; Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren, Obsan Bulletin 4/2013, Bern 2013

PharmaSuisse; Fakten und Zahlen – Schweizer Apotheken 2017, Bern-Liebefeld 2017

Santésuisse; Ambulante Versorgungsstruktur und Bedarfsanalyse Schweiz, 17.09.2018,
<http://www.santesuisse.ch/de/details/content/ambulante-versorgungsstruktur-und-bedarfsanalyse-schweiz/?backLinkId=63>

Schaeffer D. et al; Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht, Universität Bielefeld, Bielefeld, Dezember 2016; http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf

Sörenson K. et al; Health Literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey, in: Eur J Public Health, 2015,25 (6), p 1053-1058

Statistischer Atlas der Schweiz, Bundesamt für Statistik; (Ärztedichte); https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/12497_6821_7306_7264/20601.html, Bern 2018

Vorarlberg online; <https://www.vol.at/studie-zeigt-vorarlberg-hat-mehr-aerzte-jedoch-fehlt-es-an-allgemeinmedizinern/4510496>, 6.11.2015

Walliser Gesundheitsobservatorium; <https://www.ovs.ch/gesundheit/gesundheitskosten-schweiz-allgemeines.html>, 2017

Widmer W./Schaffhuser K.; Gesundheitswesen gestalten – Gesellschaft und Interprofessionalität als treibende Kräfte, careum Verlag, Zürich 2018

White KL/Williams TF/Greenberg BG; The ecology of medical care, NEJM, 1961, 265: 885-892

ohne Autor; Big rise in number of flu vaccines administered by community pharmacists, in : The Pharmaceutical Journal, 7 APR 2017 ; <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/news-in-brief/big-rise-in-number-of-flu-vaccines-administered-by-community-pharmacists/20202580.article?firstPass=false>