liechtensteiner seniorenbund
gemeinsam bewegen

Geht an:
Ministerium für Gesellschaft und Justiz
E-Mail: gesellschaft@regierung.li

Schaan, 17. August 2026

Stellungnahme des Liechtensteiner Seniorenbundes

zum Vernehmlassungsbericht betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und des Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 16.6.2026

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren

Der Liechtensteiner Seniorenbund (LSB) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung. Wir begrüssen grundsätzlich das Bestreben der Regierung, das Gesundheitssystem nachhaltig zu sichern und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig möchten wir auf verschiedene kritische Punkte hinweisen.

1. Grundsätzliches

Der LSB anerkennt das Ziel, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems langfristig zu sichern, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. Die einheitliche Finanzierung (EFAS) von ambulanter und stationärer Spitalversorgung und generell die Stärkung ambulanter Versorgungsformen entsprechen einer patientenzentrierten Ausrichtung. Ebenso begrüssen wir die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe, insbesondere die Stärkung der Rolle von Advanced Practice Nurses und Apotheker/innen.

Kostendämpfungsmassnahmen dürfen allerdings nicht einseitig zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Mehrere der vorgeschlagenen Änderungen geben jedoch Anlass zu erheblichen Bedenken.

2. Kritikpunkte

2.1. Abschaffung der Befreiung für Chronisch Kranke

Eine pauschale Streichung der Befreiung von der Kostenbeteiligung für chronisch kranke Personen wie im vorliegenden Vernehmlassungsbericht vorgeschlagen, lehnen wir entschieden ab.

Unsere Bedenken:

- **Finanzielle Mehrbelastung vulnerabler Gruppen**: Chronisch kranke Menschen sind über Jahre, oft lebenslang, auf regelmässige medizinische Versorgung angewiesen. Die Wiedereinführung der vollen Kostenbeteiligung (bis CHF 1'400 jährlich) stellt für viele Betroffene eine erhebliche finanzielle Belastung dar.
- **Chronische Krankheit ist kein Wahlverhalten**: Anders als bei der Wahl zwischen Original- und Generika-Präparaten können chronisch Kranke ihre Situation nicht beeinflussen. Eine finanzielle «Bestrafung» durch höhere Kostenbeteiligung ist sachlich nicht gerechtfertigt.
- **Verweis auf Prämienverbilligung greift zu kurz:** Einkommensschwache Personen können zwar über die Prämienverbilligung entlastet werden. Viele Betroffene liegen jedoch knapp über den Einkommensgrenzen und fallen damit durch das Raster.
- **Gesundheitliche Folgekosten**: Höhere finanzielle Hürden können dazu führen, dass notwendige Behandlungen zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden – u.U. mit gravierenden gesundheitlichen und letztlich auch wirtschaftlichen Folgen.

Unsere Forderung: Beibehaltung der Befreiungsmöglichkeit für chronisch Kranke. Eine allfällige Reform sollte differenzierter erfolgen – etwa durch regelmässige Überprüfung der Befreiungskriterien statt einer pauschalen Abschaffung.

2.2 Erhöhter Selbstbehalt für Originalpräparate

Wir unterstützen grundsätzlich die Förderung von Generika und Biosimilars. Der erhöhte Selbstbehalt von 40% für Originalpräparate birgt jedoch erhebliche Risiken – insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungslage in der Schweiz (und damit auch in Liechtenstein).

Unsere Bedenken:

- **Medizinische Notwendigkeit muss Vorrang haben**: Generika sind nicht für alle Patientinnen und Patienten gleichermassen verträglich. Unverträglichkeiten, Allergien gegen Hilfsstoffe oder therapeutische Gründe können die Verwendung von Originalpräparaten erforderlich machen.
- **Bürokratische Hürden**: Das Verfahren zur Dokumentation medizinischer Ausnahmen muss einfach und praxistauglich sein.

Akute Lieferengpässe in der Schweiz und alarmierende Versorgungsrealität

Die Regelung zum erhöhten Selbstbehalt trifft auf eine dramatische Versorgungssituation, die im Vernehmlassungsbericht nicht thematisiert wird.

Aktuelle Lage gemäss drugshortage.ch und Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL):

- In der Schweiz sind derzeit rund 140 lebenswichtige Arzneimittel nicht verfügbar.
- Insgesamt betreffen Lieferengpässe über 500 verschreibungspflichtige Medikamente.
- Die Plattform drugshortage.ch dokumentiert laufend knapp 1'000 kassenpflichtige Medikamentenpackungen mit Lieferproblemen.

Die Schweiz (und Europa insgesamt) kämpft seit Beginn des 21. Jahrhunderts mit Medikamentenengpässen aufgrund von:

- Auslagerung kritischer Produktionsschritte in Niedriglohnländer
- Starker Abhängigkeit von wenigen Produktionsstätten in Asien
- Reduzierung der Lagerbestände entlang der gesamten Wertschöpfungskette
- Aktuellen geopolitischen Spannungen (Naher Osten, Strasse von Hormus), welche zusätzlich Lieferungen von Chemikalien verzögern und Transportkosten erhöhen.

Besonders betroffen von Lieferengpässen sind Psychopharmaka und Benzodiazepine. Dies ist besonders problematisch, da

- **Psychopharmaka nicht beliebig austauschbar sind**: Ein Wechsel des Präparats kann bei gut eingestellten Patientinnen und Patienten zu Rückfällen, Entzugssymptomen oder schweren psychischen Krisen führen. Dies gilt insbesondere bei Antipsychotika, Antidepressiva und Antiepileptika.
- **Benzodiazepine kontinuierliche Versorgung erfordern**: Bei abruptem Absetzen drohen schwere Entzugserscheinungen bis hin zu lebensbedrohlichen Krampfanfällen. Lieferengpässe in diesem Bereich sind medizinisch hochsensibel.
- **Chronisch Kranke besonders betroffen sind**: Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen sind auf eine stabile, langfristige Medikation angewiesen. Die Umgewöhnung auf Alternativen kostet Zeit, schlägt nicht immer gleich gut an und führt häufig zu Nebenwirkungen.
- **Generika häufiger betroffen sind**: gerade Generika sind besonders anfällig für Lieferengpässe, da sie hohe Transportkosten verursachen und im Vergleich zu patentierten Arzneimitteln nur geringe finanzielle Margen bringen.
- **Doppelte Bestrafung der Betroffenen erfolgt**: Wenn das günstigere Generikum nicht lieferbar ist und Patientinnen und Patienten zwangsläufig auf ein Originalpräparat ausweichen müssen, tragen sie nach der vorgeschlagenen Regelung dennoch den erhöhten Selbstbehalt von 40% – obwohl sie keine Wahl haben.

Unsere Forderungen

- **Automatische Befreiung bei Lieferengpässen**: Der erhöhte Selbstbehalt darf nicht anfallen, wenn ein Generikum nachweislich nicht verfügbar ist. Die Beweislast muss bei der Kasse liegen, nicht bei den Betroffenen.
- **Einfaches Ausnahmeverfahren**: Ärztinnen und Ärzte müssen unkompliziert dokumentieren können, wenn aus medizinischen Gründen ein Originalpräparat erforderlich ist – ohne bürokratische Hürden für Patientinnen und Patienten.
- **Systematisches Monitoring**: Die Regierung muss ein systematisches Monitoring der Lieferengpässe analog zur Schweizer Plattform drugshortage.ch einführen und die Auswirkungen auf die Versorgung chronisch kranker und psychisch erkrankter Menschen evaluieren.
- **Transparente Information**: Patientinnen und Patienten müssen klar über ihre Rechte informiert werden, insbesondere über die Möglichkeit der Befreiung vom erhöhten Selbstbehalt.
- **Berücksichtigung der Versorgungssicherheit im Gesetz**: Die vorgeschlagene Regelung sollte explizit eine Schutzklausel für Lieferengpässe enthalten, die automatisch greift.

Die geplante Regelung ignoriert die Realität massiver Lieferengpässe, die gerade vulnerable Patientengruppen in der Schweiz und damit auch in Liechtenstein treffen. Ohne verbindliche Schutzklauseln droht eine finanzielle Mehrbelastung ausgerechnet jener Menschen, die ohnehin unter erschwerten Bedingungen ihre Therapie aufrechterhalten müssen. Wir fordern eine Nachbesserung, die diese Versorgungsrealität berücksichtigt.

2.3 Information durch Krankenkassen (Art. 25a neu)

Die Möglichkeit der Kassen, Versicherte gezielt zu informieren, kann sinnvoll sein. Wir sehen jedoch erhebliches Missbrauchspotential.

Unsere Bedenken:

- **Grenze zwischen Information und Beeinflussung**: Es besteht die Gefahr, dass «sachliche Information» faktisch zu einer Steuerung des Patientenverhaltens im Interesse der Kassen wird.
- **Datenschutz**: Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zu Informationszwecken ist sensibel. Die Zweckbindung muss strikt überwacht werden.
- **Verunsicherung der Versicherten**: Individualisierte Hinweise auf «kostengünstigere Alternativen» können bei Betroffenen Verunsicherung auslösen oder das Vertrauen in die ärztliche Behandlung untergraben. Schliesslich liegt die fachliche Kompetenz für eine medizinische Behandlung beim dafür ausgebildeten medizinischen Personal und nicht bei den Versicherern.

Unsere Forderungen:

- Strenge Aufsicht durch das Amt für Gesundheit
- Einbezug der Patientenorganisationen bei der Ausgestaltung der Informationsformate
- Klare Abgrenzung: Keine Empfehlungen zu konkreten Leistungserbringern

2.4 Stärkung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens

Wir unterstützen eine wirksame Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese dient auch dem Schutz der Versicherten vor unnötigen Behandlungen und Kosten.

Zu den Toleranzmargen ist festzuhalten, dass sich die Kassen gemäss BG-Urteil vom Dezember 2023 (9C_135//2022) nicht allein auf die sogenannte statistische Regressionsanalyse stützen dürfen, um zu beweisen, dass eine Arztpraxis unwirtschaftlich arbeite. Das BG stellte fest, dass die Regressionsanalyse dazu diene, in einem ersten Schritt «abnormale» Kosten der Rechnungsstellung aufzudecken. Die Feststellung einer «Abnormalität» beweise jedoch noch nicht, dass eine Praxis unwirtschaftlich arbeite, sondern könne lediglich ein Feststellungsverfahren einleiten. Danach sei aber immer eine Einzelfall-Analyse notwendig.

Es muss sichergestellt sein, dass Wirtschaftlichkeitsdruck nicht zu einer Unterversorgung führt. Die Qualität der Behandlung darf nicht dem Kostenziel geopfert werden.

2.5 Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

Die Stärkung von Advanced Practice Nurses und die Erweiterung der Kompetenzen von Apotheker/innen begrüssen wir ausdrücklich. Diese Massnahmen können:

- den Zugang zur Grundversorgung verbessern
- Wartezeiten reduzieren
- die Versorgung wohnortnah und niederschwellig gestalten

Die Qualität und Patientensicherheit muss durch klare Ausbildungsstandards und Qualitätssicherungsmechanismen gewährleistet sein. Impfungen in Apotheken sollen nur durch entsprechend qualifiziertes Personal erfolgen.

2.6 Einheitliche Finanzierung (EFAS)

Die Beseitigung der Fehlanreize zwischen ambulanter und stationärer Spitalversorgung liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten. Ambulante Behandlungen sind oft schonender und ermöglichen eine schnellere Rückkehr in den Alltag.

Die Einsparungen durch EFAS müssen den Versicherten zugutekommen – in Form stabiler oder sinkender Prämien.

Wie die Regierung ausführt, sollen der bisherige Staatsbeitrag an die übrigen (erwachsenen) Versicherten und die Spitalbeiträge in der neuen einheitlichen Finanzierung aufgehen. Die Umsetzung der EFAS soll gemäss den Ausführungen der Regierung kostenneutral erfolgen. Bei Festlegung des Verteilschlüssels (Anteil des Staates, Anteil der Versicherer) ist darauf zu achten, dass die Umsetzung auch für die Versicherten kostenneutral erfolgt, d.h., dass auch der bisherige Staatsbeitrag von derzeit 38 Mio. CHF vom Staat geleistet und nicht der Versicherte belastet wird.

2.7 Verfeinerung des Risikoausgleichs

Ein Risikoausgleich soll verhindern, dass Krankenkassen vor allem junge und gesunde Versicherte anwerben, statt sich über Effizienz und Service zu konkurrenzieren. Kassen mit vielen älteren oder chronisch kranken Versicherten erhalten Ausgleichszahlungen von Kassen mit einem günstigeren Versichertenbestand.

Liechtenstein weist jedoch einige Besonderheiten auf:

- Es gibt lediglich drei Krankenversicherer**.**
- Die Zahl der Versicherten ist klein, wodurch statistische Schwankungen stärker ins Gewicht fallen.
- Zwei der drei Versicherer gehören grossen Schweizer Versicherungsgruppen an und verfügen über entsprechende finanzielle und versicherungstechnische Möglichkeiten.
- Das Amt für Gesundheit verfügt über die notwendigen Daten, um die Entwicklung der Risikostrukturen zu überwachen.
- Bei nur drei Versicherern ist das System administrativ aufwendig und die Berechnungen sind vergleichsweise komplex.
- Kleine Veränderungen im Versichertenbestand können grosse Ausgleichszahlungen auslösen.
- Wenn die Prämien ohnehin stark reguliert sind und der Wettbewerb begrenzt ist, ist der zusätzliche Nutzen eines aufwendigen Risikoausgleichs gering.

Ein gewisser Risikoausgleich ist aus Sicht der Solidarität und eines fairen Wettbewerbs sinnvoll. Es stellt sich jedoch die Frage, ob Liechtenstein einen eigenen, komplexen Risikoausgleich benötigt, ob ein Markt mit nur drei Krankenversicherern den administrativen Aufwand eines eigenständigen Risikoausgleichssystems rechtfertigt, oder ob eine schlankere staatliche Lösung effizienter wäre, ohne den Schutz vor Risikoselektion wesentlich zu beeinträchtigen? Diese Frage sollte anhand der tatsächlichen Verwaltungskosten und der Höhe der jährlichen Ausgleichszahlungen beantwortet werden.

3. Fehlende Lastenverteilung

Der Vernehmlassungsbericht betont zwar, dass Kostendämpfung eine gemeinsame Aufgabe aller Akteure sei. (In der Schweiz wurde im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 (verabschiedet am 21. März 2025) ausdrücklich festgelegt, dass auch die Krankenversicherer einen substanziellen Beitrag zur Kostendämpfung leisten müssen).

Der vorliegende Vernehmlassungsbericht enthält jedoch:

- Keine Verpflichtung der Kassen zur Kostensenkung: Während Versicherte durch höhere Selbstbehalte belastet werden, fehlen konkrete Vorgaben, wie die Krankenversicherer selbst zur Kostendämpfung beitragen sollen.
- Keine Transparenzpflichten: Es fehlen Regelungen zur Offenlegung von Verwaltungskosten, Reserven und Marketingausgaben der liechtensteinischen Kassen.
- Keine Weitergabepflicht: Es ist nicht sichergestellt, dass Einsparungen durch den erhöhten Selbstbehalt tatsächlich zu Prämiensenkungen führen – oder ob sie primär die Margen der Versicherer verbessern.

Eine einseitige Belastung der Patientinnen und Patienten ist nicht akzeptabel und widerspricht dem im Bericht formulierten Grundsatz der «ausgewogenen Lastenverteilung». Bei der konkreten Ausgestaltung bspw. des erhöhten Selbstbehalts werden einseitig die Versicherten belastet, während primär die Krankenversicherer von der Regelung profitieren.

In einem Markt mit lediglich drei Krankenkassen erscheint der LKV als eine weitere Institution zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Staat nicht zwingend notwendig. Eine schlankere Organisation mit einer klaren Rollenverteilung zwischen den einzelnen Krankenkassen und dem Amt für Gesundheit könnte dieselben Aufgaben unter Umständen effizienter und kostengünstiger erfüllen. Ein Verband verursacht zusätzliche Verwaltungskosten und schwächt den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Ein Krankenkassenverband ist nicht zwingend nötig**,** im heutigen liechtensteinischen Krankenversicherungssystem erfüllt er Koordinations- und Vertretungsaufgaben, die auf andere Organisationen verteilt werden können.

liechtensteiner seniorenbund
gemeinsam bewegen

4. Zusammenfassung – Bewertung der vorgeschlagenen Massnahmen durch den LSB

Massnahme	Bewertung
Einheitliche Finanzierung (EFAS)	Zustimmung
Verfeinerung Risikoausgleich	Bedingte Zustimmung
Weiterentwicklung Gesundheitsberufe	Zustimmung
Stärkung Wirtschaftlichkeitsverfahren	Zustimmung mit Vorbehalt
Erhöhter Selbstbehalt Originalpräparate	Bedingte Zustimmung
Information durch Kassen	Kritische Begleitung
Abschaffung Befreiung Chronisch Kranke	Ablehnung

Der LSB legt Wert darauf, dass tatsächlich alle Akteure, Versicherte/Patienten, Leistungserbringer und auch die Kassen zu den Kostendämpfungsmassnahmen beitragen.

Mit freundlichen Grüssen

Liechtensteiner Seniorenbund

Dr. Renate Wohlwend
Präsidentin

Liechtensteiner Seniorenbund
Landstrasse 40a, 9494 Schaan, Liechtenstein, Tel. +423 230 48 00, sekretariat@seniorenbund.li, www.seniorenbund.li