Stellungnahme der Liechtensteiner Patientenorganisation

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

Vaduz, 14. August 2026

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Patientenorganisation Liechtenstein 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 aus Sicht der Patientinnen und Patienten auf mehrere kritische Punkte hinweisen.

Kritisch zu beurteilen ist insbesondere die verkürzte Vernehmlassungsfrist während der Sommerferien. Eine solche Terminierung erschwert die sachgerechte und breit abgestützte Meinungsbildung erheblich. Gerade bei Vorlagen mit gesundheitspolitischer, finanzieller und gesellschaftlicher Tragweite ist eine fundierte Stellungnahme darauf angewiesen, dass betroffene Institutionen, Verbände, Fachpersonen und Behörden genügend Zeit für interne Abklärungen, politische Abstimmungen und fachliche Konsultationen erhalten.

Die Durchführung der Vernehmlassung über die Sommerferien führt faktisch zu einer zusätzlichen Verkürzung der verfügbaren Arbeitszeit. In dieser Periode sind personelle Ressourcen oft reduziert, zuständige Entscheidungsträger abwesend und ordentliche Gremiensitzungen eingeschränkt. Dadurch wird das Risiko erhöht, dass Stellungnahmen weniger vertieft ausfallen oder relevante Akteure sich nur eingeschränkt einbringen können.

Aus rechtsstaatlicher und demokratietheoretischer Sicht ist dies problematisch. Das Vernehmlassungsverfahren soll gerade dazu dienen, die Praxistauglichkeit einer Vorlage frühzeitig zu prüfen, unterschiedliche Interessen sichtbar zu machen und die Qualität der Gesetzgebung zu verbessern. Wird die Frist in eine allgemein ferienbedingte Abwesenheitsphase gelegt, wird diese Funktion geschwächt. Eine formell offene, materiell aber erschwerte Mitwirkung genügt diesem Anspruch nur bedingt.

Es wäre deshalb angezeigt gewesen, entweder eine ordentliche Frist ausserhalb der Sommerferien anzusetzen oder die Frist entsprechend zu verlängern, sodass allen betroffenen Kreisen eine echte und gleichwertige Beteiligung möglich bleibt.

Besonders erklärungsbedürftig erscheint, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zwischen den Versicherern teils erhebliche Prämienunterschiede bestehen, obwohl der gesetzlich definierte Leistungsumfang grundsätzlich identisch ist. Aus Sicht der Versicherten ist nur schwer nachvollziehbar, weshalb für dieselbe Pflichtversicherung, dieselben gedeckten Leistungen und denselben gesetzlichen Rahmen je nach Anbieter deutlich unterschiedliche Prämien anfallen.

Diese Unterschiede werfen Fragen nach der Transparenz, Vergleichbarkeit und Systemlogik der OKP auf. Wenn das versicherte Grundleistungspaket nicht frei ausgestaltet werden kann, müsste für Versicherte klarer ersichtlich sein, welche Faktoren die Prämienhöhe tatsächlich bestimmen. Ohne eine verständliche und nachvollziehbare Erklärung entsteht der Eindruck, dass ein Markt mit formal gleichem Produkt zu wenig transparent funktioniert.

Zwar können Prämienunterschiede unter anderem mit unterschiedlichen Kostenstrukturen, Risikoprofilen der Versichertenbestände, regionalen Gegebenheiten, Verwaltungsaufwendungen

sowie der Wirkung des Risikoausgleichs begründet werden. Dennoch bleibt aus Sicht der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler fraglich, ob das heutige System diese Unterschiede in einer Weise abbildet, die sachlich überzeugt und politisch vermittelbar ist. Gerade weil es sich nicht um eine freiwillige Zusatzversicherung, sondern um eine obligatorische Sozialversicherung handelt, sind hohe Unterschiede bei einem einheitlichen Leistungskatalog besonders rechtfertigungsbedürftig.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die grundsätzliche Frage, ob der Wettbewerb in der OKP in seiner heutigen Form tatsächlich zu mehr Effizienz und Kostendisziplin führt oder ob er für die Versicherten vor allem Komplexität, Wechselanreize und Intransparenz erzeugt, ohne den zugrunde liegenden Kostenanstieg wirksam zu begrenzen. Wo bei gleichem Leistungsversprechen erhebliche Preisunterschiede bestehen, muss das System sich an einem erhöhten Massstab der Erklärbarkeit und Fairness messen lassen.

Es wäre daher angezeigt, die Ursachen der Prämienunterschiede verständlicher offenzulegen und zu prüfen, ob die bestehende Ausgestaltung des Wettbewerbs in der OKP den Erwartungen an Nachvollziehbarkeit, Solidarität und Effizienz tatsächlich gerecht wird.

Weiters möchten wir im Rahmen der Vernehmlassung auf die derzeitige Praxis der Bedarfsplanung folgendes hinweisen: Auf eine formalisierte Bedarfsplanung kann in Liechtenstein verzichtet werden. Ausschlaggebend ist zunächst die Grössenordnung: Bei rund 40'000 Einwohnerinnen und Einwohnern und einer entsprechend überschaubaren Zahl von Leistungserbringern ist die Versorgungslage jederzeit vollständig einsehbar. Bedarfsplanung ist ein Instrument, das für grossflächige, heterogene Versorgungsräume entwickelt wurde — dort lassen sich Über- und Unterversorgung erst über Verhältniszahlen, Planungsbereiche und Bedarfsindizes sichtbar machen. Diese Informationslücke, die eine formale Planung schliessen soll, besteht in Liechtenstein nicht: Veränderungen im Angebot sind unmittelbar bekannt und können ohne planerischen Zwischenschritt beurteilt werden.

Hinzu kommt ein methodisches Problem. Bedarfsplanung beruht auf statistischen Verhältniszahlen, die bei sehr kleinen Grundgesamtheiten unzuverlässig werden. Bereits der Zu- oder Abgang einer einzelnen Praxis verschiebt jede Kennzahl um mehrere Prozentpunkte, ohne dass sich die tatsächliche Versorgungsqualität wesentlich ändert. Eine formale Planung würde damit nicht Steuerungssicherheit erzeugen, sondern Scheingenauigkeit — mit dem Risiko, dass zufällige Schwankungen als Bedarfslücken oder Überversorgung fehlinterpretiert werden.

Drittens verfügt Liechtenstein bereits über wirksame Steuerungsinstrumente. Bewilligungswesen, vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern und die Ausgestaltung der Finanzierung erlauben eine direkte und zeitnahe Einflussnahme.

Bedarfsplanung begrenzt Angebot, der Mangel verlangt aber dessen Ausweitung. Der Engpass in der Grundversorgung entsteht nicht durch eine Fehlverteilung vorhandener Kapazitäten, sondern durch fehlenden Nachwuchs. Massgeblich sind die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzteschaft, ungelöste Praxisnachfolgen, die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit im Vergleich zu spezialärztlichen Laufbahnen sowie die Konkurrenz der umliegenden Regionen um dieselben Fachkräfte. Keiner dieser Faktoren lässt sich durch eine Planungsziffer beeinflussen.

Hinzu kommt eine problematische Signalwirkung. Wo Zulassungen an ein Planungsraster gebunden sind, entsteht für potenzielle Niederlassungswillige zusätzliche Unsicherheit: Die Investitionsentscheidung hängt dann nicht mehr allein von der eigenen Kalkulation ab, sondern von einem Verfahren mit ungewissem Ausgang und ungewisser Dauer. In einer Situation, in der um jede Nachfolge geworben werden muss, wirkt jede zusätzliche Zutrittshürde kontraproduktiv. Ein

Planungsvorbehalt, der im Mangelfall ohnehin durchgängig zugunsten einer Zulassung ausfallen müsste, erzeugt Aufwand ohne Steuerungsgehalt.

Wirksam sind stattdessen angebotsseitige Massnahmen: die Förderung von Weiterbildungs- und Assistenzstellen in der Grundversorgung, Unterstützung bei Praxisübernahmen und Kooperationsmodellen, attraktive Anstellungs- und Teilzeitformen sowie eine Tarif- und Finanzierungsgestaltung, welche die hausärztliche Tätigkeit gegenüber spezialisierten Leistungen nicht benachteiligt. Diese Instrumente setzen unmittelbar an der Ursache an und stehen bereits heute zur Verfügung. Sie zu stärken ist zielführender, als Ressourcen in ein Planungsverfahren zu binden, dessen Ergebnis — ein bestehender Bedarf in der Grundversorgung — vorweggenommen werden kann.

Schliesslich endet die Versorgungsrealität nicht an der Landesgrenze. Die enge Verflechtung mit der Nachbarregion und die etablierten grenzüberschreitenden Patientenströme führen dazu, dass eine rein nationale Bedarfsplanung nur einen Ausschnitt des tatsächlichen Angebots abbilden kann. Eine flexible, laufende Beobachtung der Versorgungssituation ist hier zielführender als ein starres Planungsraster, das bei jeder Anpassung ein förmliches Verfahren auslöst.

1. Grundsätzliche Würdigung

Wir anerkennen das Ziel, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems langfristig zu sichern, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. Die einheitliche Finanzierung (EFAS) und 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.

Jedoch dürfen Kostendämpfungsmassnahmen nicht einseitig zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Mehrere der vorgeschlagenen Änderungen werfen aus unserer Sicht erhebliche Bedenken auf.

2. Kritische Punkte im Detail

2.1 Abschaffung der Befreiung für Chronischkranke – Ablehnung

Die geplante Streichung der Befreiung von der Kostenbeteiligung für chronisch kranke Personen lehnen wir entschieden ab.

Unsere Bedenken:

- **Finanzielle Mehrbelastung vulnerabler Gruppen**: Chronisch kranke Menschen sind über Jahre oder 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.
- **Unzureichender Verweis auf Prämienverbilligung**: Die Argumentation, einkommensschwache Personen würden über die Prämienverbilligung entlastet, greift zu kurz. Viele Betroffene liegen knapp über den Einkommensgrenzen und fallen durch das Raster.

- **Gesundheitliche Folgekosten**: Höhere finanzielle Hürden können dazu führen, dass notwendige Behandlungen verzögert oder unterlassen werden – mit potenziell gravierenden gesundheitlichen und letztlich auch wirtschaftlichen Folgen.

Wir empfehlen daher eine Beibehaltung der Befreiungsmöglichkeit für chronisch Kranke. Falls eine Reform gewünscht ist, sollte sie differenzierter erfolgen – etwa durch regelmässige Überprüfung der Befreiungskriterien statt pauschaler Abschaffung.

2.2 Erhöhter Selbstbehalt für Originalpräparate – Bedingte Zustimmung mit Vorbehalten

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.

Unsere Bedenken:

- **Medizinische Notwendigkeit muss Vorrang haben**: Nicht bei allen Patientinnen und Patienten sind Generika gleichwertig 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. Es darf nicht dazu führen, dass Patientinnen und Patienten aus Scham oder Unwissen den erhöhten Selbstbehalt tragen.

Die Regelung zum erhöhten Selbstbehalt trifft auf eine dramatische Versorgungssituation, die im Vernehmlassungsbericht nicht adressiert 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 kämpft seit Beginn des 21. Jahrhunderts mit Medikamentenengpässen. Die Gründe sind systemischer Natur:

- Auslagerung kritischer Produktionsschritte in Niedriglohnländer
- Starke Abhängigkeit von wenigen Produktionsstätten in Asien
- Reduzierung der Lagerbestände entlang der gesamten Wertschöpfungskette
- Aktuelle geopolitische Spannungen (Naher Osten, Hormuz-Strasse) verzögern zusätzlich Lieferungen von Chemikalien und erhöhen Transportkosten

Besonders betroffen: Psychopharmaka und Benzodiazepine

Aktuelle Lieferengpässe bei Psychopharmaka (Stand 2025/2026):

Wirkstoff / Präparat	**Anwendung**	**Lieferengpass**
Quetiapin (diverse Hersteller: Glenmark, AL, Hormosan)	Schizophrenie, bipolare Störung, Depression	Bis März–Mai 2025, teils darüber hinaus
Trimipramin Tropfen (1 A Pharma)	Depression, Schlafstörungen	Bis Februar 2025

Wirkstoff / Präparat	Anwendung	Lieferengpass
Paliperidon / Xeplion (Depot-Injektion)	Schizophrenie	Bis Februar 2025
Olanzapin (Glenmark)	Schizophrenie, bipolare Störung	Wiederkehrend
Sertralin, Escitalopram	Depression, Angststörungen	Laufend betroffen
Methylphenidat	ADHS	Laufend betroffen

Bei Benzodiazepinen:

Wirkstoff / Präparat	Anwendung	Lieferengpass
Tavor / Lorazepam (0,5 mg, 1,0 mg Expidet, 1,5 mg, 2,5 mg)	Angst, Panik, Schlafstörungen	Wiederkehrend bis 2024
Diazepam Tropfen	Angstzustände, Krampfanfälle	Wiederkehrend
Oxazepam (Oxa-CT)	Angst- und Spannungszustände	Bis März 2025
Alprazolam	Panikstörung, Angst	Laufend betroffen
Clonazepam (neuraxpharm)	Epilepsie, Angst	Bis Oktober 2023

Warum dies besonders problematisch ist

- **Psychopharmaka sind nicht beliebig austauschbar**: 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 erfordern kontinuierliche Versorgung**: Bei abruptem Absetzen drohen schwere Entzugserscheinungen bis hin zu lebensbedrohlichen Krampfanfällen. Lieferengpässe in diesem Bereich sind medizinisch hochsensibel.
- **Chronisch Kranke besonders betroffen**: 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 sind häufiger betroffen**: Expert:innen weisen darauf hin, dass gerade Generika besonders anfällig für Lieferengpässe sind, da sie hohe Transportkosten verursachen und im Vergleich zu patentierten Arzneimitteln nur geringe finanzielle Margen bringen.
- **Doppelte Bestrafung der Betroffenen**: 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.

Wir empfehlen daher:

1. **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.
2. **Einfaches Ausnahmeverfahren**: Ärztinnen und Ärzte müssen unkompliziert dokumentieren können, wenn aus medizinischen Gründen ein Originalpräparat erforderlich ist – ohne bürokratische Hürden für Patientinnen und Patienten.
3. **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.

4. **Transparente Information**: Patientinnen und Patienten müssen klar über ihre Rechte informiert werden, insbesondere über die Möglichkeit der Befreiung vom erhöhten Selbstbehalt.
5. **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 empfehlen eine Nachbesserung, die diese Versorgungsrealität berücksichtigt.

2.3 Information durch Krankenkassen (Art. 25a neu) – Kritische Begleitung erforderlich

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

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.

Wir empfehlen daher:

- 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 – Grundsätzliche Zustimmung

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

Art. c Abs. 2 Bst. f und g: 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 «anormale» 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 einen 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 – Zustimmung

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) – Zustimmung

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

Wird im Rahmen der Tarifübernahme der Taxpunktdeckel übernommen – darf die Versorgungssicherheit nicht beeinträchtigt werden. Ebenso darf die Marktattraktivität nicht darunter leiden.

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

Nicht berücksichtigt wird in diesem Zusammenhang die Finanzierung von stationären psychiatrischen Leistungen. Diese Finanzierung liegt aktuell zu 100% bei den Versicherungen. Hier geht aus dem Vernehmlassungsbericht nicht hervor, ob eine Anpassung der Finanzierung und damit eine Gleichschaltung mit der Schweiz geplant ist.

2.7 Verfeinerung des Risikoausgleichs – Zustimmung

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.

Für Liechtenstein sprechen jedoch einige Besonderheiten:

- 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 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.

- Da zwei Versicherer Teil grosser Schweizer Gruppen sind, stellt sich die Frage, ob ein aufwendiger nationaler Risikoausgleich tatsächlich erforderlich ist oder ob ein einfacheres Modell genügt.

Ein gewisser Risikoausgleich ist aus Sicht der Solidarität und eines fairen Wettbewerbs sinnvoll. Ob Liechtenstein jedoch einen eigenen, komplexen Risikoausgleich benötigt, ist eine berechtigte politische Frage. Angesichts der sehr kleinen Zahl von Versicherern könnte geprüft werden, ob ein deutlich einfacheres Modell ausreicht oder ob einzelne Funktionen durch das Amt für Gesundheit übernommen werden können.

Die eigentliche Grundsatzfrage lautet: Rechtfertigt ein Markt mit nur drei Krankenversicherern den administrativen Aufwand eines eigenständigen Risikoausgleichssystems, oder wäre eine schlankere staatliche Lösung effizienter, ohne den Schutz vor Risikoselektion wesentlich zu beeinträchtigen? Diese Frage sollte anhand der tatsächlichen Verwaltungskosten und der Höhe der jährlichen Ausgleichszahlungen beantwortet werden.

3. Vermisste Themen

Aus Patientensicht fehlen im Vernehmlassungsbericht wichtige Aspekte:

Thema	**Unsere Erwartung**
Patientenrechte	Stärkung der Rechte bei Behandlungsfehlern und Beschwerden
Gesundheitskompetenz	Investitionen in Prävention und Patientenbildung
Partizipation	Systematische Einbindung von Patientenvertretungen in Gremien (z.B. Leistungskommission, Kosten- und Qualitätskommission)
Wartezeiten und Zugang	Keine Massnahmen zur Verbesserung der Zugänglichkeit für bestimmte Facharztgruppen
Einbezug der Versicherer	Überprüfung der Verwaltungskosten auf Seiten Versicherer

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Der Vernehmlassungsbericht fokussiert stark auf Kostendämpfung und Strukturreformen, klammert jedoch Prävention weitgehend aus. Aus Patientensicht ist dies eine erhebliche Lücke: Jeder Franken, der in Prävention investiert wird, spart mittelfristig ein Vielfaches an Behandlungskosten. Wir regen an, dass die eHealth-Strategie 2030 explizit auch präventive digitale Angebote umfasst, Impfprogramme und Früherkennungsuntersuchungen gestärkt werden und ein eigenständiges Präventionskapitel in die Vorlage aufgenommen wird.

3.2 Einseitige Lastenverteilung – Versicherer müssen ebenfalls Beitrag leisten

Der Vernehmlassungsbericht betont zwar, dass Kostendämpfung eine gemeinsame Aufgabe aller Akteure sei. Vergleich mit der Schweiz – Kostendämpfungspaket 2:

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. Konkret umfasst dies:

Massnahme	Beitrag der Versicherer
Senkung der Verwaltungskosten	Verbindliche Zielvorgaben zur Reduktion der administrativen Aufwendungen
Effizienzsteigerung bei der Rechnungsprüfung	Investitionen in digitale Prüfverfahren und Automatisierung
Transparenz bei Reserven	Offenlegungspflichten bezüglich der Höhe und Verwendung von Rückstellungen
Begrenzung von Marketingausgaben	Einschränkungen bei Werbe- und Akquisitionskosten
Weitergabe von Einsparungen	Verpflichtung, erzielte Kosteneinsparungen an die Prämienzahler weiterzugeben

Was im liechtensteinischen Vernehmlassungsbericht fehlt:

- 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.

Unsere Forderung: Die Regierung muss im Rahmen der KVG-Revision auch die Krankenversicherer zu messbaren Beiträgen zur Kostendämpfung verpflichten. 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 die Krankenversicherer von der Regelung primär profitieren.

Angesichts der Grösse des liechtensteinischen Krankenversicherungsmarktes stellt sich die Frage, ob ein eigener Krankenkassenverband überhaupt noch notwendig ist. Zwei der drei in Liechtenstein tätigen Krankenkassen gehören grossen Schweizer Versicherungskonzernen und verfügen dadurch bereits über erhebliche fachliche, juristische und tarifpolitische Ressourcen. Sie sind grundsätzlich in der Lage, ihre Interessen selbst zu vertreten und Verhandlungen eigenständig zu führen.

Gleichzeitig liegt die Aufsicht über die obligatorische Krankenversicherung beim Amt für Gesundheit. Aufgaben, die dem Gemeinwohl dienen – etwa die Koordination des Systems, die Datenauswertung oder die Information der Öffentlichkeit – könnten daher auch direkt durch das Amt für Gesundheit wahrgenommen werden, anstatt über einen von den Versicherern getragenen Verband.

In einem Markt mit lediglich drei Krankenkassen erscheint 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.

4. Zusammenfassende Bewertung

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 Chronischkranke	Ablehnung
Prävention und Gesundheitsförderung	Nicht adressiert – Lücke
Einseitige Lastenverteilung – Versicherer müssen ebenfalls Beitrag leisten	Nicht adressiert - Lücke

5. Schlussbemerkungen

Die Patientenorganisation Liechtenstein fordert die Regierung auf, die Perspektive der Betroffenen stärker in die Reformüberlegungen einzubeziehen. Kostendämpfung ist ein legitimes Ziel – sie darf jedoch nicht auf Kosten jener gehen, die auf das Gesundheitssystem am meisten angewiesen sind.

Wir stehen für einen konstruktiven Dialog zur Verfügung und bieten unsere Mitwirkung bei der weiteren Ausgestaltung der Massnahmen an.

Mit freundlichen Grüssen

Liechtensteiner Patientenorganisation LIPO

ERGÄNZENDER BEITRAG

eHealth-Perspektive zur KVG- und GesG-Revision

Zuhanden des Vorstands, als Ergänzung zum vorliegenden Entwurf der Stellungnahme

1 Warum das Thema in die Stellungnahme gehört

Die Ziele der Vorlage – Qualität sichern, Kosten steuern, Versorgung koordinieren – sind ohne digitale Grundlage nicht erreichbar:

- Koordinierte Versorgung ist in erster Linie ein Informationsproblem.
- Erweiterte Kompetenzen für Pflegefachpersonen sowie für Apothekerinnen und Apotheker entlasten die Grundversorgung nur, wenn diesen die nötigen Behandlungsinformationen zur Verfügung stehen.
- Verschreibung nach Wirkstoff und ein nach Präparat abgestufter Selbstbehalt sind ohne digitale Unterstützung nicht zuverlässig handhabbar.

Daraus folgt ein Grundsatz, der zum übrigen Entwurf passt: Wer die Eigenverantwortung der Versicherten erhöht, verlagert Entscheidungen auf die Patientinnen und Patienten – und schuldet ihnen die Mittel, diese Entscheidungen zu treffen. Mehrbelastung ohne Informationsgrundlage ist eine Zumutung und möglicherweise kontraproduktiv.

Die eHealth-Strategie 2030 steht im Vernehmlassungsbericht unter dessen Ziffer 2.1.5, erscheint aber weder unter den Schwerpunkten noch in den Gesetzestexten. Alle kostenwirksamen Massnahmen erhalten Gesetzesrang und einen Zeitplan; die einzige Massnahme, welche die Versorgungsqualität unmittelbar verbessern würde, bleibt eine Absichtserklärung.

Hinzu kommt ein rechtlicher Zusammenhang, der in der Vorlage nicht vorkommt und der eigentliche Anlass für dieses Kapitel ist. Liechtenstein führt das elektronische Gesundheitsdossier (eGD) auf Grundlage des Gesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG). Dieses lässt die Verarbeitung der Daten nur für die Behandlung zu: Die zulässigen Zwecke sind abschliessend aufgezählt, der Kreis der Zugriffsberechtigten ist geschlossen, und ein Zugriff darüber hinaus ist mit Busse bedroht. Der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) setzt demgegenüber voraus, dass Gesundheitsdaten unter Auflagen auch für Forschung und öffentliche Gesundheit genutzt werden können. Für Liechtenstein bedeutet das eine Anpassung des EGDG – und die Vorlage sagt dazu nichts.

Der EHDS ist dabei nicht nur eine Pflicht, sondern liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten. Werden Behandlungsdaten unter klaren Auflagen ausgewertet, wird das Gesundheitswesen intelligenter, effizienter und planbarer: Therapien werden vergleichbar, Qualität lässt sich messen und steuern statt nur vermuten, und der Versorgungsbedarf lässt sich vorausschauend planen. Für ein kleines Land ist der Vergleich über die Landesgrenzen hinweg überhaupt die einzige Möglichkeit, zu belastbaren Aussagen zu kommen.

Dahinter steht ein Gedanke, der dem Krankenversicherungsrecht vertraut ist: **Datensolidarität**. So wie die Gesunden über die Prämien die Kranken mittragen, trägt jede und jeder mit den eigenen Daten dazu bei, dass künftige Patientinnen und Patienten besser behandelt werden. Solidarität in der Finanzierung und Solidarität im Wissen gehören zusammen – und beide setzen dasselbe voraus: Vertrauen, dass mit dem Beitrag sorgfältig umgegangen wird.

2 Befund: neue Datenbearbeitung ausschliesslich zur Kostensteuerung

Obwohl die Vorlage keine eHealth-Bestimmung enthält, schafft und erweitert sie an mehreren Stellen die Bearbeitung von Gesundheits- und Versichertendaten:

Bestimmung	Neue Datenbearbeitung	Zweck
Art. 25a und 26a Bst. i KVG (neu)	Versichertendaten für die gezielte Information durch die Kassen	Kostensteuerung
Art. 3a KVG	Angaben zu Spitalaufenthalten und Arzneimittelkosten aller Versicherten	Risikoausgleich
Art. 19 Abs. 2a und 2b KVG	Einzelfallstatistik und Vergleichskollektive	Wirtschaftlichkeitsprüfung
Art. 24a Abs. 4 KVG	Zugang des Amtes für Gesundheit zu stationären Rechnungsdaten	Abrechnungskontrolle
Art. 16g KVG	Leistungs- und Kostendaten aus den Pilotprojekten	Evaluation und Tarifierung

Alle fünf dienen der Kostensteuerung, keine der Behandlung oder der Versorgungsqualität. Wenn der Gesetzgeber bereit ist, für die Information durch die Kassen eine neue Rechtsgrundlage zu schaffen, ist er es auch für eine Grundlage, die den Patientinnen und Patienten selbst zugutekommt.

3 Vorschläge für Anträge zur vorliegenden Revision

Nr.	Bestimmung	Antrag
1	Art. 25a KVG (neu)	Der Ausschluss einer Nutzung zu Marketing-, Selektions- und Tarifzwecken steht heute nur in den Erläuterungen und ist in den Gesetzestext aufzunehmen.
2	Art. 3a, 19 und 24a KVG	Im Gesetz ist festzuhalten, dass die neu erhobenen Daten ausschliesslich für den jeweils genannten Zweck verwendet werden dürfen; über Umfang und Verwendung ist jährlich öffentlich Bericht zu erstatten.
3	Art. 23b KVG	Der erhöhte Selbstbehalt darf erst wirksam werden, wenn beim Bezug erkennbar ist, welches Präparat welchen Selbstbehalt auslöst und ob ein Lieferengpass vorliegt. Die bestehende Ausnahmeregelung ist niederschwellig auszugestalten.
4	eHealth-Strategie 2030	Sie ist entweder in der Vorlage gesetzlich zu verankern, oder es ist verbindlich auszuführen, wann die nötigen Gesetzesanpassungen folgen und wie sie mit dem Inkrafttreten per 01.01.2028 abgestimmt werden.

4 Was über diese Revision hinausgeht: eGD, EHDS und Vertrauen

Die folgenden Punkte betreffen nicht das KVG, prägen aber das Umfeld der Vorlage. Sie sind hier bewusst nur zusammenfassend festgehalten.

4.1 Ein Terminproblem

Die EHDS-Verordnung ist am 26.03.2025 in Kraft getreten; sie gilt gestaffelt ab dem 26.03.2027, die Bestimmungen zur Forschungsnutzung ab dem 26.03.2029. Die Übernahme in das EWR-Abkommen steht laut Bericht noch aus, ist aber absehbar.

Das Inkrafttreten dieser Vorlage per 01.01.2028 liegt zwischen den beiden Terminen. Wer 2028 ein revidiertes Krankenversicherungsrecht in Kraft setzt, ohne die anstehende Anpassung des EGDG mitzudenken, revidiert 2029 erneut – unter Zeitdruck und ohne Raum für eine öffentliche Debatte über den Schutz der Betroffenen.

4.2 Widerspruchs- statt Einwilligungslösung, unter Bedingungen

Ob die Forschungsnutzung eine Einwilligung voraussetzt oder ein Widerspruchsrecht genügt, ist nur begrenzt offen: Der EHDS schreibt ein Widerspruchsrecht zwingend vor. Hinzu kommt ein

sachliches Argument – bei rund 40'000 Versicherten erfasst eine Einwilligungslösung eine kleine, einseitig zusammengesetzte Gruppe und ist ausgerechnet bei seltenen Erkrankungen unbrauchbar. Eine Zustimmung sollte aber an Bedingungen geknüpft werden, die gleichzeitig gelten:

- **Ein eigener Widerspruch nur gegen die Forschungsnutzung.** Nach dem EGDG führt ein Widerspruch heute zur Löschung des gesamten eGD; wer nur der Forschung widerspricht, darf nicht seine Krankengeschichte verlieren.
- **Einfach auszuüben,** jederzeit umkehrbar, ohne Nachteile im Zugang zur Versorgung.
- **Auswertung nur in gesicherten Umgebungen.** In einem kleinen Land besonders wichtig, weil sich Daten leichter einzelnen Personen zuordnen lassen.
- **Ein Verbot im Gesetz** – keine Verwendung für Prämien, Risikoauswahl, Tarife, Arbeitsverhältnisse oder Zusatzversicherungen – sowie eine unabhängige Stelle mit Patientenvertretung und eine einsehbare Protokollierung der Zugriffe.

4.3 Vertrauen nach dem Cyberangriff

Der Bericht datiert vom Juni 2026 und konnte den Angriff vom 30.07.2026 nicht berücksichtigen. Die Verunsicherung in der Bevölkerung hat zugenommen. LIPO nimmt das ernst, sollte aber vor der naheliegenden und teuren Schlussfolgerung warnen, deshalb weniger zu digitalisieren:

- Die Alternative ist nicht «keine Daten», sondern dieselben Daten in vielen unkontrollierten Ablagen – ohne nachvollziehbare Zugriffe, ohne Löschregeln, ohne Widerspruchsrecht. Das eGD ist heute der einzige Ort, an dem jeder Zugriff protokolliert wird.
- Betroffen waren Name, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit und Wohnsitzstaat, keine Adressen und keine Finanzdaten – der Schaden war dennoch real. Entscheidend ist, wie leicht sich Daten einer Person zuordnen lassen. Bei Gesundheitsdaten ist das besonders leicht. Daraus folgen höhere Anforderungen an die Bauweise, nicht weniger Digitalisierung.
- Mit Angriffen unter Einsatz künstlicher Intelligenz ist zu rechnen; sie scheitern erfahrungsgemäss an sorgfältig gebauten Systemen. Sicherheitsanforderungen gehören deshalb ins Gesetz: bei jeder Abfrage prüfen, ob die anfragende Person genau diese Daten sehen darf; begrenzen, wie viele Daten über einen Zugang abrufbar sind; auffällige Abfragemuster überwachen; die Identität schon bei der Einrichtung eines Zugangs prüfen.

Weiterzuverfolgen sind ausserdem der digitale Impfausweis, das digitale Rezept und die Frage, wie Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis die für die Behandlung nötigen Informationen erhalten.

5 Offene Prüfpunkte

- **Stand der EWR-Übernahme.** Der Bericht bezeichnet sie im Juni 2026 als ausstehend; das Terminargument in Ziffer 4.1 baut darauf auf.
- **Abstimmung mit dem Verein eHealth Liechtenstein,** damit sich die beiden Eingaben ergänzen und nicht widersprechen.

Liechtensteiner Patientenorganisation LIPO