

**INTERPELLATIONSBEANTWORTUNG**

**DER REGIERUNG**

**AN DEN**

**LANDTAG DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**

**ZU VOLKSWIRTSCHAFTLICHER NEGATIV-ENTWICKLUNG**

**AM GESUNDHEITSSTANDORT LIECHTENSTEIN**

<i>Behandlung im Landtag</i>	
	<i>Datum</i>
Kenntnisnahme am:	

**Nr. 15/2019**



**INHALTSVERZEICHNIS**

	Seite
Zusammenfassung .....	4
Zuständiges Ministerium.....	4
Betroffene Stelle .....	4
<b>I.   BERICHT DER REGIERUNG .....</b>	<b>5</b>
1.   Anlass.....	5
2.   Allgemeines .....	15
3.   Beantwortung der Fragen.....	18
<b>II.   ANTRAG DER REGIERUNG .....</b>	<b>39</b>

**ZUSAMMENFASSUNG**

*Am 31. August 2018 haben die Abgeordneten Johannes Kaiser und Herbert Elkuch die Interpellation zum Thema „Volkswirtschaftliche Negativ-Entwicklung am Gesundheitsstandort Liechtenstein“ eingereicht.*

*Die Interpellanten versuchen, den betriebswirtschaftlichen Konkurs der Medicnova Privatklinik AG in einem volkswirtschaftlichem Gesamtkontext darzustellen. Obwohl nur vier Fragen einen volkswirtschaftlichen Bezug haben, versucht die Regierung in der Beantwortung den von den Interpellanten intendierten volkswirtschaftlichen Fokus zu behalten. Der Grossteil der Fragen hat aber keinen volkswirtschaftlichen Bezug. Vielmehr drehen sich die Fragen um tarifliche und vertragliche Beziehungen der Medicnova Privatklinik AG, wiewohl das in der Einleitung der Interpellation dezidiert in Abrede gestellt wird.*

*Die Regierung begrüsst jedoch die Möglichkeit, im Rahmen der Beantwortung dieser Interpellation mehr Transparenz in die Finanzierung von stationären Leistungen von allgemein- und zusatzversicherten Personen zu bringen und aufzuzeigen, welche gesetzlichen Rollen und Aufgaben dabei die Krankenkassen und die Regierung in der stationären Versorgung haben.*

**ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM**

Ministerium für Gesellschaft

**BETROFFENE STELLE**

Amt für Gesundheit

Vaduz, 29. Januar 2019

LNR 2019-87

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,  
Sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehende Interpellationsbeantwortung zu unterbreiten.

## **I. BERICHT DER REGIERUNG**

### **1. ANLASS**

Am 31. August 2018 haben die Abgeordneten Johannes Kaiser und Herbert Elkuch die Interpellation zu volkswirtschaftlicher Negativ-Entwicklung am Gesundheitsstandort Liechtenstein mit folgendem Wortlaut eingereicht:

*Gestützt auf Art. 45 der Geschäftsordnung vom 19. Dezember 2012 für den Landtag des Fürstentums Liechtenstein, Landesgesetzblatt 2013 Nr. 9, reichen die unterzeichnenden Landtagsabgeordneten eine Interpellation zum Thema „Volkswirtschaftliche Negativ-Entwicklung am Gesundheitsstandort Liechtenstein“ ein. Die Interpellanten laden die Regierung ein, die nachstehenden Fragen fundiert und aufklärend zu beantworten.*

*In der Vergangenheit ist klar zu beobachten, dass die Regierung — namentlich der Finanz- und Gesundheitsminister — dem Erhalt und Ausbau des Gesundheitsstandortes ein markant ungenügendes Augenmerk zukommen lässt. Es liegen dem Landtag diesbezüglich wenige einschlägige, sachliche Informationen in Form*

*von Daten, Zahlen und Fakten vor, um sich mit den volkswirtschaftlichen Aspekten verantwortungsvoll und tiefgründig auseinandersetzen zu können.*

*Augenscheinlich wurde dies bei der Behandlung des Gesundheitsabkommens (Staatsvertrag Notenwechsel) mit der Schweiz im Dezember 2017. Die volkswirtschaftlichen Interessen Liechtensteins waren nicht abgebildet sowie die Gleichbehandlung der Gesundheitsdienstleistungen dies- und jenseits des Rheins nicht gegeben, im Gegenteil: das Gesundheitsabkommen gestaltete sich einseitig pro Eidgenossenschaft und nachweislich zum Nachteil für Liechtenstein. Das Staatsabkommen wurde im Landtag mit historisch noch nie dagewesenen 19:6 Neinstimmen abgelehnt. Obwohl der Gesundheitsminister aufgefordert wurde, mit Bundesbern Neuverhandlungen über ein gerechtes und ausgewogenes Gesundheitsabkommen aufzunehmen, blockiert er dies bis dato aus nicht nachvollziehbaren Gründen.*

*Ein weiteres Beispiel der Ungleichbehandlung in den vertraglichen Bedingungen zwischen Liechtenstein und der Schweiz stellen die Verhandlungen der „neuen Quellenbesteuerungs-Praxis“ von Liechtensteins Einwohnerinnen dar, welche in Spitälern des Kantons St. Gallen arbeiten. Rund 100 betroffene Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner müssen seit dem 1. Januar 2018 aufgrund schlecht und ungenügender DBA-Verhandlungen der Regierung mit der Schweiz/Kt. St. Gallen massive Nachteile hinnehmen. Die volkswirtschaftlichen Aspekte wurden auch hier zu Ungunsten von zahlreichen Liechtensteinerinnen — darunter auch liechtensteinische Grenzgänger — in keinster Weise ausreichend in den Fokus gestellt.*

*Dass im Gesundheitswesen ein massiv hoher Anteil an Prämien- und Steuergeldern einseitig von Liechtenstein ins Ausland — und hier insbesondere in die benachbarte Schweiz — fliesst, hat uns (Herbert Elkuch und Johannes Kaiser) veranlasst, die Regierung mittels einer Interpellation aufzufordern, Transparenz in die Geldflüsse im Gesundheitswesen zu bringen. Mutmasslich fliessen im Gesund-*

*heitswesen jährlich rund 100 Mio. Franken in die Schweiz und lediglich marginale 8 – 10 Mio. Franken umgekehrt von der Schweiz nach Liechtenstein. Die entsprechende Interpellationsbeantwortung durch die Regierung ist noch pendent. Sie wird für das Parlament bzw. für die Landtagsabgeordneten für die künftigen Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen für das Fürstentum Liechtenstein von essenzieller Bedeutung sein.*

*Bei der vorliegenden Interpellation geht es, um dies klar hervor zu heben, keineswegs um die Ziele und Anliegen der (ehemaligen) Medicnova-Ärzte. Es geht explizit um volkswirtschaftliche Fragen, die eine geforderte Gleichbehandlung von liechtensteinischen Betrieben gegenüber ausländischen Gesundheitsinstitutionen betreffen. Die bisherig von der Regierung verfolgte Ungleichbehandlung — aufgezeigt am Beispiel der Medicnova — ist zum Nachteil der volkswirtschaftlichen Entwicklung im liechtensteinischen Gesundheitswesen und damit zum Nachteil eines stabilen, starken Gesundheitsstandortes in Liechtenstein. Es sind auch das Gewerbe (Zulieferer diverser Art), das Steuereinkommen, attraktive Arbeitsplätze und die gesamte Bevölkerung in der Gesundheitsversorgung davon betroffen.*

*Mit dem Konkurs der Medicnova wurden Arbeitsplätze vernichtet, gerade auch im Bereich der Pflege. Die meisten dieser Angestellten haben nun nur noch die Alternative, in der benachbarten Schweiz — aufgrund des ungenügenden DBAs mit höheren Steuerabgaben und damit massiv schlechteren Konditionen — eine Beschäftigung zu suchen.*

*Dass der Gesundheitsstandort Liechtenstein und die dort tätigen Unternehmen auch volkswirtschaftlich von Bedeutung sind, ist dem Finanzminister wie auch dem Gesundheitsminister anscheinend belanglos. Von beiden ist zur Ungleichbehandlung der Medicnova keine Stellungnahme bekannt.*

*Dazu steht die Aussage des Regierungschefs im Volksblatt vom 27. Oktober 2016 in krassem Gegensatz zu dem, was im Gesundheitsstandort Liechtenstein in den letzten Monaten ablief. Der Regierungschef (Zitat): „Es braucht einen Staat, der den Unternehmen zur Seite und nicht im Wege steht“.*

*Das Gegenteil ist der Fall: Die volkswirtschaftliche Negativ-Entwicklung am Gesundheitsstandort Liechtenstein nimmt zusehends einen besorgniserregenden Verlauf.*

*Die Negativ-Strategie der Regierung — insbesondere des Gesundheitsministers mit Unterstützung des Regierungschefs — hat der Gemeindevorsteher aus Gamprin-Bendern, Donath Oehri, im Liechtensteiner Volksblatt vom 25. August 2018 treffend auf den Punkt gebracht.*

*Zitat: „In der jüngeren Vergangenheit hat nun von der offiziellen Landespolitik im Sinne einer unsäglichen Neiddebatte ein unvergleichliches Bashing stattgefunden; die Medicnova wurde wohl willentlich zu Tode geritten. Schade vor allem für das Land Liechtenstein.“*

- 1. Hatte die Regierung Kenntnis von der Ankündigung des LKV gleichzeitig zur Eröffnung der Medicnova gehabt, dass die Kassen keine Leistungen für Medicnova-Patienten übernehmen mangels eines Vertrags?*
- 2. Wenn ja, wann? Warum hat die Regierung nichts unternommen, die Rechte und Interessen der Zusatzversicherten, die sich ja laut Versicherungspolice Welt- bzw. Schweiz-weit auf Deckung der Leistungen verlassen, zu schützen?*
- 3. Mit der Privatversicherung werden Leistungen bezahlt, welche in der Grundversicherung nicht enthalten sind. Die Finanzierung der Zusatzleistungen erfolgt zu 100 % über zusätzliche Prämien zur Grundversicherungs-*

*prämie, also ohne staatliche Unterstützung. Der Leistungsumfang der Grundversicherungen ist bei Privatversicherten gleich. Die Leistungen der Grundversicherung im stationären Bereich werden zu 45 % aus Prämien und 55 % aus Steuergeldern bezahlt, allerdings nur bei solchen Spitälern, mit denen das Land auch einen Vertrag hat. Wenn wie bei der Medicnova ein solcher nicht besteht, muss die Kasse auch den Anteil der Grundversicherung übernehmen, den im ersteren Fall das Land über Steuergelder (55 %) bezahlt. Die Liechtensteiner Kassen haben nun die Medicnova dazu genötigt, auf diese 55 % zu verzichten, um mit ihnen überhaupt einen Vertrag im Zusatzbereich einzugehen.*

*Hat die Regierung Kenntnis davon gehabt, dass die Kassen der Medicnova so einen insgesamt ca. 30 % niedrigeren Tarif aufgezwungen haben, als den anderen (ausländischen) Vertragsspitälern, unter denen auch Privatspitäler (wie z.B. Hirslanden) aufscheinen?*

- 4. Hat die Regierung in Richtung der von den Kassen bezahlten Tarife interveniert?*
- 5. Hält die Regierung dieses Vorgehen der Kassen für gerechtfertigt, vor allem in Hinblick darauf, dass die Medicnova weder im Grundversicherungs- noch im Zusatzversicherungs-Anteil andere als ortsübliche Tarife verlangte noch bekam?*
- 6. Hält die Regierung dieses Vorgehen der Kassen den Zusatzversicherten gegenüber für angemessen, denen ja laut Versicherungspolice eine Schweiz- bzw. Weltweite Deckung zugesagt wurde? Insbesondere auch unter dem Aspekt, dass die Medicnova weder im Grundversicherungs- noch im Zusatzversicherungs-Anteil andere als ortsübliche Tarife verlangte?*

7. *Hält die Regierung die Frage solcher Tariffestsetzungen bzw. die Art und Weise, ob und wie es zu Verträgen — insbesondere OKP-Verträgen — kommt, in Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz für verfassungskonform?*
8. *Wenn nein, warum hat die Regierung nichts unternommen?*
9. *Was für Tarife bezahlen die Krankenkassen für Privatversicherte aus Liechtenstein an die Gut-Klinik in Fläsch?*
10. *Warum hat die Regierung der Medicnova nicht einmal in Teilbereichen, welche das LLS ohnehin nicht anbot — also nicht in Konkurrenz stand — einen OKP-Vertrag gewährt?*
11. *Warum hat die Regierung damit auf weitere im Lande verbleibende Wertschöpfung verzichtet?*
12. *Hat die Regierung jemals mit der Medicnova über mögliche gegenseitige shop-in shop Leistungen Gespräche geführt, um die Situation des LLS nachhaltig zu verbessern bzw. zu stabilisieren?*
13. *Wenn ja, wann und bis zu welchem Detaillierungsgrad?*
14. *Wenn nein, warum nicht?*
15. *Wie glaubt die Regierung vom Konkurs der Medicnova profitieren zu können?*
16. *Glaubt die Regierung, die Allgemein Versicherten-Patienten der vormaligen Belegärzte ans LLS zurückholen zu können, um die Wirtschaftlichkeit mit genügend hohen Fallzahlen — gerade in den chirurgischen Disziplinen — zu verbessern?*
17. *Wenn ja, was gibt ihr Anlass dazu resp. wie würde das gesteuert?*

18. *Glaubt die Regierung, die (lukrativen) Zusatzversicherten-Patienten der vormaligen Belegärzte ans LLS zurückholen zu können oder wandern diese nicht vielmehr ebenfalls nach Grabs oder in andere Spitäler ins Ausland ab?*
19. *Wenn ja, was gibt ihr Anlass dazu resp. wie würde das gesteuert?*
20. *Wie hoch ist die Wertschöpfung des Gesundheitssektors in Liechtenstein heutzutage? Wie hat sie sich in den letzten 10 Jahren entwickelt?*
21. *Wenn es keine Zahlen dazu gibt, gedenkt die Regierung diese Wertschöpfung künftig regelmässig zu erheben?*
22. *Wie hoch ist der Verlust an Wertschöpfung pro Jahr, welche durch den Konkurs der Medicnova nicht mehr im Land verbleibt, zu beziffern?*
23. *Wie hoch ist der Verlust an Wertschöpfung insgesamt, also inklusive den bis zum Konkurs durch (Medicnova) Ärzte im Ausland behandelten Allgemeinversicherten Patienten?*
24. *Wieviel hat der Staat mit der Medicnova pro Jahr gespart, weil im Gegensatz zu Grabs kein Staatsbeitrag an die Kosten bezahlt wurde?*
25. *Wie viele Einrichtungen des Gesundheitswesens gemäss GesG Art. 37 sind derzeit in Liechtenstein tätig?*
26. *Wie viele davon besitzen einen OKP-Vertrag als Einrichtung des Gesundheitswesens?*
27. *Wie viele haben um eine solche Bewilligung als Einrichtungen des Gesundheitswesens angesucht? Wie viele wurden abgelehnt?*
28. *Wie viele davon beantragen gleichzeitig einen OKP-Vertrag?*

29. *Mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse konnte die Medicnova Verträge zur Behandlung von österreichischen Privatpatienten abschliessen. Um mit schweizerischen Versicherungen Verträge für die Behandlung von Privatpatienten aus der Schweiz abzuschliessen, wäre für die Medicnova ein OKP-Vertrag von grossem Vorteil gewesen?*
30. *War dieser Sachverhalt der Regierung bewusst? Wenn ja — wie wurde dieser Punkt bei der Entscheidungsfindung „OKP JA oder Nein“ bewertet.*
31. *Wie hoch beurteilt die Regierung die dadurch entgangene Wertschöpfung für Liechtenstein?*

*Es ist uns Interpellanten ein Anliegen und von Bedeutung, zu dieser Interpellation den nachstehenden informativen sowie zusätzlich begründenden Kontext aufzuzeigen:*

*Das Liechtensteiner Landesspital ist spezialgesetzlich durch das Gesetz über das Landesspital geregelt. Im Gegensatz dazu sind alle anderen Spitäler und Kliniken, die in Liechtenstein betrieben oder in Zukunft errichtet werden, im Gesundheitsgesetz in Kapitel IV Art.37 ff. unter dem Titel „Einrichtungen des Gesundheitswesens“ geregelt.*

*Das Gesundheitsgesetz (GesG) entstand aus dem Sanitätsgesetz, welches im Jahre 2007 einer Totalrevision unterworfen wurde. Bereits im Sanitätsgesetz waren Einrichtungen des Gesundheitswesens (Betriebe des Gesundheitswesens) enthalten und dort in Art. 52 geregelt. Für die Bewilligung zur Errichtung einer solchen Einrichtung musste (neben anderen Voraussetzungen) nach Art. 52, Abs.1, Bst. d des Sanitätsgesetzes ein überwiegendes öffentliches Interesse vorhanden sein. Diese Bestimmung wurde vom Staatsgerichtshof wegen fehlender Verfassungsmässigkeit (STGH 2006/44) aufgehoben; insbesondere wurde dort der Eingriff in die Gewerbe- und Handelsfreiheit gerügt.*

*Bereits bei der 1. Lesung zur Abänderung des Sanitätsgesetzes im Jahre 2003 (BuA 2003/43, LT-Protokoll vom 13. Juni 2003, Seite 982) war von einem Abgeordneten die Rechtmässigkeit dieses Art. 52, Abs. 1, Bst d bezweifelt worden. Der damalige zuständige Regierungsrat verwies auf geltendes Recht. Schliesslich entschied der StGH, wie oben ausgeführt, auf nicht Verfassungskonform.*

*Bei der Behandlung des Gesundheitsgesetzes im Landtag (BuA 2007/112 und BuA 2007/149) wurde die heute gültige Regelung der Einrichtungen des Gesundheitswesens, welche auch den Entscheid STGH 2006/44 berücksichtigt, mit Ausnahme einer Wortmeldung — die aber nicht die Einrichtungen des Gesundheitswesens in Frage stellte — nicht kommentiert und das GesG in der Schlussabstimmung einstimmig angenommen. Das Gesetz trat 2008 in Kraft, somit hat jeder Bewerber, der um eine Bewilligung zur Errichtung und Führung einer solchen Einrichtung des Gesundheitswesens ansucht — bei Erfüllung der geforderten Voraussetzungen — einen Rechtsanspruch auf diese Bewilligung.*

*Es steht dann auch dem LKV und den Kassen nicht an, diese Einrichtungen zu behindern. Dahinter steckt wohl viel eher die Sorge der Kassen, die Versprechungen auf Schweiz- bzw. Weltweite-Deckung gegenüber ihren Zusatzversicherten auch einlösen zu müssen und so auch den Grundversicherungsanteil voll übernehmen zu müssen.*

*Bereits nach dem Sanitätsgesetz wurde die Bewilligung für einen Betrieb der Gesundheitspflege erteilt, aus der dann die im Land erfolgreich tätige Augenklinik hervorging. Auch die mittlerweile in Konkurs gegangene Privatklinik Medicnova erhielt ihre Betriebsbewilligung nach den gesetzlichen Vorgaben des GesG. Auf welcher Grundlage die Augenklinik arbeitet, ob mit einem OKP-Vertrag für den Betrieb oder nach OKP-Zulassung eines oder mehrerer tätiger Ärzte, ist den Interpellanten nicht bekannt.*

*Ebenfalls bereits im Jahr 2007 wurde ein Postulat zum Gesundheitsmarkt und -standort Liechtenstein eingereicht und 2008 von der Regierung beantwortet (BuA 2008/51). Die Regierung hatte dazu eine Perspektivstudie des Gottlieb Duttweiler Instituts erstellen lassen, die u. a. anmerkte, dass das Landesspital als „Flaggschiff“ der Gesundheits(nah)versorgung und als Vertrauenspartner für neue Gesundheitspartner dienen könne.*

*Denkbar wäre — gemäss Perspektivstudie — auch ein Ausbau des Landesspitals zu einem Gesundheitszentrum mit internationaler Ausstrahlung und „shop in shop“-Angeboten; mögliche Partner wären etwa auch Privatkliniken. Wenn dies damals auch als wenig wahrscheinlich angesehen wurde, hat gerade die Medinova gezeigt, dass mit Angeboten, die in der Region noch wenig vertreten sind — wie beispielsweise ihre kardiologischen Interventionen — für die Bevölkerung ein medizinischer Nutzen erzielt und auch Patienten*

*aus dem Ausland angezogen werden konnten. Dies war zum Zeitpunkt der GDI-Studie noch nicht bekannt, zeigt aber die rasche medizinische Entwicklung auf, die nicht nur Kosten auslöst, sondern auch finanzielle Chancen für unsere Gesundheitsbetriebe und damit für unsere Volkswirtschaft bietet.*

*Im Weiteren wurde im Jahr 2007 eine Studie der Konjunkturforschungsstelle KOFL, die im Auftrag der Regierung die Wertschöpfung und Beschäftigung im liechtensteinischen Gesundheitswesen eruierte, präsentiert. Die KOFL errechnete für das Jahr 2004 gesamthaft Gesundheitsausgaben von rund 232 Mio. Franken, wovon 86.4 Mio. Franken Importe an Gesundheitsleistungen aus dem Ausland — vornehmlich Spitalbehandlungen — subtrahiert werden mussten. Die verbleibende Wertschöpfung betrug rund 92 Mio. Franken.*

*Seither wurden keine neuen Daten zur Wertschöpfung publiziert.*

*Nach Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen des GesG bemühte sich die nachfolgende Regierung, das Landesspital auch baulich zukunftsfähig zu machen, ohne das die in der Gottlieb Duttweiler Institut vorgestellten Entwicklungsmöglichkeiten für den Gesundheitsstandort und das Landesspital nicht möglich schießen. Der Verpflichtungskredit für den Neubau wurde von verschiedenen Interessensgruppen torpediert und nach einer „intensiv geführten“ Abstimmungskampagne vom Volk schliesslich abgelehnt.*

*Dabei war und ist klar, dass eine immer wieder geforderte Kooperation mit Grabs im Sinne dieser Proponenten, für das LLS weder damals noch heute die nötigen Entwicklungsmöglichkeiten zulässt. Es wird heute wie damals übersehen, dass die Schweiz mit dem Entscheid das Tarifsysteem für Spitäler auf Fallpauschalen umzustellen, gleichzeitig auch den Wettbewerb bzw. den Konkurrenzkampf zwischen den Spitälern einforderte.*

*Damit wurde und wird auch das LLS und jede andere künftige Klinik diesem Wettbewerb ausgesetzt. Deshalb wäre es essentiell wichtig, solchen Unternehmen in Liechtenstein nicht Steine in den Weg zu legen, indem man ihnen etwa im Leistungsangebot Einschränkungen auferlegt, nur weil sie ausländische Spitäler konkurrenzieren könnten oder sie tariflich hinter ausländische Vertragsspitäler stellt.*

## **2. ALLGEMEINES**

Die Regierung möchte festhalten, dass der im Interpellationstitel intendierte volkswirtschaftliche Bezug zum Gesundheitsstandort nicht bzw. nur kaum erkennbar ist. Auch wenn die Interpellanten ausdrücklich betonen, dass es „keineswegs um die Ziele und Anliegen der (ehemaligen) Medicnova-Ärzte“ ginge, so ist dies in den einzelnen Fragen, die sich nahezu alle direkt oder indirekt mit geschäftlichen Belangen der Medicnova Privatklinik AG (in Konkurs) beschäftigen, nicht erkennbar bzw. in offensichtlichem Widerspruch zu dieser Aussage.

Die zum Teil spekulativen Aussagen in der Einleitung zur Interpellation nimmt die Regierung zur Kenntnis und hofft gleichzeitig, mit der Beantwortung dieser Interpellation mehr Sachlichkeit zum eigentlichen Thema dieser Interpellation, der Medicnova Privatlinik AG, zu bringen.

In der Einleitung nehmen die Interpellanten Bezug auf das vom Landtag abgelehnte Abkommen zum grenzüberschreitenden Zugang zu ambulanten Leistungen im Gesundheitswesen. Das Abkommen war auf Wunsch vieler Akteure im liechtensteinischen Gesundheitswesen ausgehandelt worden. Alle Versuche der Regierung in den letzten 15 Jahren neben Ärzten und Zahnärzten auch weitere Berufsgruppen in den Geltungsbereich des bestehenden Abkommens, also des Notenwechsels vom 4. Januar 1939, aufzunehmen, waren von der Schweiz abgelehnt worden. Trotzdem hatten die Schweizer Krankenkassen entgegen dem im Schweizer KVG verankerten Territorialitätsprinzip Leistungen ihrer Versicherten bei liechtensteinischen Leistungserbringern in der Regel übernommen. Im Rahmen eines Infoschreibens des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit sind die Krankenkassen darauf aufmerksam gemacht worden und haben in der Folge ihre Praxis den gesetzlichen Vorgaben angepasst. Wie aus der Beantwortung einer Frage aus der Interpellation „Transparenz betreffend Geldflüsse im Gesundheitswesen“ (BuA Nr. 85/2018) bekannt ist, ging auf liechtensteinischer Seite der Umsatz für Leistungen an Versicherte in der Schweiz von CHF 15.8 Mio. im Jahr 2014 auf CHF 8.26 Mio. im Jahr 2017 zurück. Ein Faktum, das sich in der volkswirtschaftlich wichtigen Leistungsbilanz negativ auswirkt und von den Interpellanten zu Recht kritisiert wird. Das neue Abkommen mit der Schweiz hätte zur Folge gehabt, dass der Export von Gesundheitsleistungen in die Schweiz nicht nur für die Ärztinnen und Ärzte dieses Landes möglich ist, sondern (auch wieder) für die anderen ambulanten Leistungserbringer möglich gemacht worden wäre.

Die Interpellanten stellen aber fest, dass das Abkommen „nachweislich zum Nachteil für Liechtenstein“ gestaltet sei. Eine Begründung für diese Behauptung bleiben die Interpellanten allerdings schuldig. Die Zahlen aus der erwähnten Interpellation „Transparenz betreffend Geldflüsse im Gesundheitswesen“ zeigen jedenfalls die negativen volkswirtschaftlichen Auswirkungen auf, wenn ein solches Abkommen mit der Schweiz fehlt.

Im Gegensatz zu den Interpellanten ist die Regierung dezidiert der Meinung, dass das Abkommen zum grenzüberschreitenden Zugang zu ambulanten Leistungen im Gesundheitswesen ein gerade in Bezug auf den Titel dieser Interpellation ganz wesentlicher Fortschritt gegenüber heute gewesen wäre. Der Gesundheitsminister blockiert zudem nicht Neuverhandlungen. Er ist auch in dieser Sache sehr wohl in Kontakt mit dem zuständigen Bundesrat. Es ist aber ganz einfach so, dass mit dem vorgelegten Abkommen das absolut Äusserste ausgehandelt worden war, was die Schweiz zu verhandeln bereit war. Zudem war ein wesentlicher Grund der Ablehnung durch den Landtag, dass nicht glaubhaft gemacht werden konnte, wie die Schweiz die Zulassung von Ärzten regelt. In der Schweiz gibt es wohl gesetzliche Grundlagen, aber keine strikte mit Liechtenstein vergleichbare Bedarfsplanung. Der Landtag befürchtete eine Umgehung der liechtensteini-schen Bedarfsplanung durch Ansiedlung von „abgelehnten“ Ärzten in der grenz-nahen Schweiz. Vor einem neuerlichen Ablauf zu einem Abkommen ist daher die praktische Neuordnung der Zulassungsregelungen für Ärzte in der Schweiz abzu-warten.

Auf den zum wiederholten Mal erfolgten Vorwurf von schlechten und ungenü-genden DBA-Verhandlungen mit der Schweiz wird die Regierung nicht mehr ein-gehen. Dazu hat sie bereits wiederholt Stellung bezogen.

Ebenso ist der wiederholt vorgebrachte Vergleich der Geldflüsse im Gesund-heitswesen zwischen Liechtenstein und der Schweiz, der im BuA Nr. 85/2018

ausführlich diskutiert worden ist, nach Ansicht der Regierung nicht dazu geeignet, damit zu begründen, dass private Unternehmen in Liechtenstein staatlich unterstützt werden müssten. Ein in Liechtenstein ansässiger zusätzlicher Anbieter, dessen medizinisches Angebot sich nicht an einem öffentlichen Bedarf orientiert, sondern dem entspricht, was die gerade dort tätigen (Beleg)Ärzte eher zufällig an fachlichen Leistungen einzubringen in der Lage sind, kann nach Ansicht der Regierung auch kein Ersatz für grössere respektive für spezialisierte Kliniken sein, mit denen es bereits Vereinbarungen gibt. Zudem bestehen in solchen Konstellationen grosse Unsicherheiten in Bezug auf die Langfristigkeit des neuen Leistungsangebotes.

### **3. BEANTWORTUNG DER FRAGEN**

#### **1. Hatte die Regierung Kenntnis von der Ankündigung des LKV gleichzeitig zur Eröffnung der Medicnova gehabt, dass die Kassen keine Leistungen für Medicnova-Patienten übernehmen mangels eines Vertrags?**

Die in der Fragestellung aufgestellte Behauptung, dass die Kassen keine Leistungen mangels Vertrag übernehmen, ist falsch. Gemäss Art. 73b KVV haben die Kassen aus der OKP den vom Amt für Gesundheit festgelegten Referenztarif zu vergüten. Wie die Regierung bereits in der Interpellationsbeantwortung betreffend Auswirkungen einer Privatklinik auf das Liechtensteinische Landesspital und das Liechtensteinische Gesundheitssystem (BuA Nr. 75/2013) auf Seite 11 ausführt, übernehmen die Krankenkassen rund die Hälfte der Kosten einer Spitalbehandlung, die ein Versicherter in einer (Privat-)Klinik durchführen lässt, mit der das Land keinen Vertrag abgeschlossen hat.

Wahrscheinlich nehmen die Interpellanten aber Bezug auf eine Tarifvereinbarung gemäss Art. 16e KVG i.V.m. Art. 75 KVV, also ein Vertragsverhältnis zwi-

schen der Medicnova Privatklinik AG und den Krankenversicherern im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen. Verträge der Kassen über die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der freiwilligen Versicherungen sind gemäss Art. 16e KVG ausdrücklich keine Tarifverträge im Sinne von Art. 16c und 16d KVG und sind daher weder von der Regierung zu prüfen noch zu genehmigen. Auch besteht für die Versicherer keine Pflicht, die Regierung über den Abschluss von Verträgen oder deren Inhalt zu informieren. Die Kollegialregierung hat sich daher mit dieser Angelegenheit nicht beschäftigt. Dem Gesundheitsminister war jedoch bekannt, dass bei der Eröffnung der Klinik kein gültiger Vertrag im Rahmen der Zusatzversicherung bestand, was ihn erstaunte, denn er hatte erwartet, dass für die Einkommenssituation des Unternehmens derart zentrale Vertragsverhältnisse sehr früh, idealerweise aber vor dem Spatenstich, geklärt werden und nicht erst im Umfeld der Betriebsaufnahme. Zumindest unter dem Aspekt der kaufmännischen Sorgfaltspflicht könnte dieses Vorgehen sogar als Fahrlässigkeit in der Geschäftsbesorgung taxiert werden. Jedenfalls aber war es höchst risikoreich.

**2. Wenn ja, wann? Warum hat die Regierung nichts unternommen, die Rechte und Interessen der Zusatzversicherten, die sich ja laut Versicherungspolice Welt- bzw. Schweiz-weit auf Deckung der Leistungen verlassen, zu schützen?**

Die Kassen haben hinsichtlich der Leistungen der Zusatzversicherungen grosse Gestaltungsfreiheit. Sie können im Rahmen ihrer Statuten und Reglemente praktisch beliebige Leistungspakete für nicht obligatorisch versicherte Leistungen anbieten (Art. 16 KVG). Die massgeblichen Reglemente sind insbesondere die allgemeinen und besonderen (oder auch zusätzlichen, ergänzenden) Versicherungsbestimmungen der Kassen für die Zusatzversicherungen, die zentraler und integraler Bestandteil des Versicherungsvertrages sind. Darin sind die geltenden

Regeln verbindlich festgehalten und es ist insbesondere auch der Leistungsumfang definiert.

Bei keiner der drei in Liechtenstein tätigen Kassen ist die bedingungslose und vollumfängliche Behandlung in beliebigen Spitälern in den Reglementen gedeckt – es wird sich im Übrigen auch in anderen Bereichen kaum eine Versicherung finden, die eine solche unbedingte Garantie ausspricht.

In den Reglementen behalten sich die Kassen beispielsweise die Anerkennung vor, welche Personen, Institutionen und Heilanstalten zugelassen sind. Bei Spitälern, die über einen stationären OKP-Vertrag verfügen, stellt sich die Frage der Anerkennung üblicherweise nicht. Bei Privatspitälern ausserhalb des Versorgungsnetzes der OKP können die Kassen einen Vertrag im Rahmen der Zusatzversicherungen abschliessen, müssen dies aber nicht tun. Es kann also durchaus Privatkliniken geben, bei denen von der Zusatzversicherung gar keine Kosten übernommen werden. Die anerkannten Heilanstalten können in Spitalisten der Kassen im Rahmen der Zusatzversicherungen festgehalten werden.

Die Kassen müssen die Statuten und Reglemente dem Amt für Gesundheit vorgängig zur Kenntnis bringen (Art. 4a Abs. 4 KVG). Das Amt kann dann eine Änderung verlangen, wenn die Statuten oder Reglemente gesetzlichen Bestimmungen widersprechen. Die Einführung einer Spitalliste im Zusatzversicherungsbe- reich steht in keinem Widerspruch zum Gesetz. Die Aufsicht hat hier also weder Handlungsbedarf noch eine Eingriffsmöglichkeit.

Kostendeckung besteht in der Zusatzversicherung jeweils zu dem vom Versicherer anerkannten Tarif. Wie in Antwort zu Frage 1 ausgeführt, unterliegen die Verträge über die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der freiwilligen Versicherungen nicht der Genehmigung durch die Regierung. Auf die Höhe der Abgeltung freiwilliger Leistungen hat die Regierung daher keinen Einfluss.

Vor einem geplanten stationären Spitalaufenthalt ist bei der Kasse in der Praxis immer eine Kostengutsprache einzuholen. Somit wird für den Versicherten die Frage der Kostendeckung in einem konkreten Anlassfall jeweils vorgängig geklärt.

Die Rechte und Interessen der Zusatzversicherten waren daher nicht gefährdet und die Kassen haben sich reglementskonform verhalten. Im Gegensatz zur Aussage in der Fragestellung gibt es keine unbedingte welt- und schweizweite Kostendeckung bei allen Spitälern. Falls die Initianten der Medicnova Privatklinik tatsächlich von einer unbedingten Kostenübernahme ausgegangen wären, dann hätten sie sich offenbar nicht mit den Reglementen der in Liechtenstein tätigen Versicherer auseinandergesetzt, was einen weiteren Mangel in der kaufmännischen Sorgfalt offenbaren würde.

- 3. Mit der Privatversicherung werden Leistungen bezahlt, welche in der Grundversicherung nicht enthalten sind. Die Finanzierung der Zusatzleistungen erfolgt zu 100 % über zusätzliche Prämien zur Grundversicherungsprämie, also ohne staatliche Unterstützung. Der Leistungsumfang der Grundversicherungen ist bei Privatversicherten gleich. Die Leistungen der Grundversicherung im stationären Bereich werden zu 45 % aus Prämien und 55 % aus Steuergeldern bezahlt, allerdings nur bei solchen Spitälern, mit denen das Land auch einen Vertrag hat. Wenn wie bei der Medicnova ein solcher nicht besteht, muss die Kasse auch den Anteil der Grundversicherung übernehmen, den im ersten Fall das Land über Steuergelder (55 %) bezahlt. Die Liechtensteiner Kassen haben nun die Medicnova dazu genötigt, auf diese 55 % zu verzichten, um mit ihnen überhaupt einen Vertrag im Zusatzbereich einzugehen.**

**Hat die Regierung Kenntnis davon gehabt, dass die Kassen der Medicnova so einen insgesamt ca. 30 % niedrigeren Tarif aufgezwungen haben, als**

**den anderen (ausländischen) Vertragsspitalern, unter denen auch Privat-spitäler (wie z.B. Hirslanden) aufscheinen?**

Die in der Einleitung zu dieser Frage aufgestellte Behauptung, dass die Krankenkassen bei einem Spital ohne Vertrag mit dem Land Liechtenstein den 55%-Anteil des Staates übernehmen müssen, ist falsch. Der Leistungsumfang von Spitalzusatzversicherungen beinhaltet zum einen die Kosten des Aufenthalts in einer privaten oder halbprivaten Abteilung sowie die freie Arztwahl im Spital. Zum anderen werden ungedeckte Kosten nach den geltenden Reglementen übernommen. Die folgenden Ausführungen dazu beziehen sich auf geplante stationäre Aufenthalte. Aus medizinischen Gründen oder im Notfall können andere Regeln gelten.

Liechtenstein kennt bezüglich der stationären Finanzierung im Rahmen der OKP drei Arten von Spitälern. Vertragsspitäler mit Kostenbeteiligung in Höhe von 55% durch den Staat. Dazu gehört neben dem Landesspital die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland mit den Standorten Grabs und Walenstadt, die Kantonsspitäler St.Gallen und Graubünden sowie das Landeskrankenhaus Feldkirch. Dann gibt es Vertragsspitäler ohne Kostenbeteiligung durch den Staat. Dazu gehören bspw. das Universitätsspital Zürich, das Inselspital in Bern oder die Hirslandenklinik in Zürich. Die Kassen übernehmen hier 100% der Behandlungskosten aus der OKP. Die Liste der Vertragsspitäler ist auf der Homepage des Amtes für Gesundheit abrufbar und umfasst das gesamte Leistungsspektrum der stationären Versorgung. Alle anderen Spitäler werden von den Kassen nach Art. 73b KVV (Vergütung von stationären Wahlbehandlungen) gemäss gültigem Referenztarif abgerechnet. Das bedeutet, dass die Kassen in der Grundversorgung, genau wie im Landesspital, in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland und in den Kantonsspitalern St.Gallen und Graubünden, 45% der Behandlungskosten bis zur Höhe des Referenztarifs übernehmen. Der Rest der Behandlungskosten ist

von der Privatperson bzw. einer allfälligen Spitalzusatzversicherung zu übernehmen.

Die Aussage, die Liechtensteiner Kassen hätten die Medicnova dazu „genötigt“, auf die 55% Staatsbeitrag zu verzichten, ist somit falsch und eher ein Hinweis auf die Unkenntnis der Interpellanten, wie stationäre Leistungen in Liechtenstein finanziert werden. Die Medicnova selbst hat in ihrem Betriebskonzept angegeben, dass sich der Betriebsertrag aus privat- und halbprivat versicherten Patienten generiert. In der Betriebsbewilligung wurde deshalb Folgendes festgehalten: „Die Antragstellerin geht in ihrem Finanzplan daher nicht von einer Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aus, sondern generiert ihre Erträge aus Zusatzversicherungen.“ Die Medicnova hat also in ihrem Betriebskonzept freiwillig auf den Staatsbeitrag verzichtet und diese Tatsache ist bzw. war fester Bestandteil der Betriebsbewilligung.

Die in der Fragestellung aufgestellte Behauptung, dass „die Kassen“ (es wird zudem nicht spezifiziert ob damit die OKP oder die Zusatzversicherung gemeint ist) für den fehlenden Staatsanteil aufzukommen haben, ist falsch. Gemäss Art. 73b Bst. a Abs. 2 KVV vergütet die OKP einen Referenztarif, der sich aus dem Durchschnitt der Tarife der Vertragsspitäler der stationären Grundversorgung ergibt, die einen Staatsbeitrag erhalten. Massgebend für den Referenztarif ist nur jener Anteil (45%), der aus der Grundversicherung finanziert wird. Wer den fehlenden Anteil bei Nicht-Vertragsspitalern zu übernehmen hat, ist gesetzlich nicht vorgegeben.

Die Behauptung, dass die Kassen die Medicnova zu einem 30% niedrigeren Tarif gezwungen hätten, kann daher nur auf einer schlechten Informationsquelle der Interpellanten beruhen. Die Interpellanten vermischen offenbar die Tarife für stationäre Grundleistungen und stationäre Zusatzleistungen.

Die Vergütung von stationären Spitalleistungen erschliesst sich dem Laien nicht leicht. Das Verständnis der Zahlungsströme seitens der OKP, des Staats, der Zusatzversicherungen und gegebenenfalls auch des Patienten, zudem noch abhängig davon, ob es sich um Unfall oder Krankheit handelt, bedingt eine detaillierte Beschäftigung mit der Materie. Aber gerade diese kaufmännische Sorgfalt ist Voraussetzung für die Vermeidung von unangenehmen Überraschungen. Während die Interpellanten davon ausgehen, dass die Initianten der Medicnova Privatklinik AG überraschenderweise von einem „30% niedrigeren Tarif“ getroffen wurden, stellt sich für die Regierung die Sache anders dar. Die Regeln für die Bezahlung stationärer Leistungen sind seit vielen Jahren unverändert und für Fachleute gut zu verstehen.

**4. Hat die Regierung in Richtung der von den Kassen bezahlten Tarife interveniert?**

Nein, denn die Kostenübernahme durch die OKP lag im gesetzlich vorgegebenen Rahmen und die Tarifverträge der Zusatzversicherung müssen der Regierung gemäss Art. 16e KVG weder gemeldet werden, noch muss die Regierung diese prüfen oder genehmigen.

**5. Hält die Regierung dieses Vorgehen der Kassen für gerechtfertigt, vor allem in Hinblick darauf, dass die Medicnova weder im Grundversicherungs- noch im Zusatzversicherungs-Anteil andere als ortsübliche Tarife verlangte noch bekam?**

Wie in der Antwort zu Frage 3 ausgeführt, stimmt die in der Fragestellung enthaltene Aussage nicht. Man kann nicht die Krankenkassen für das Betriebskonzept der Medicnova, das wie bereits ausgeführt, auf einen Staatsbeitrag im Rahmen der stationären Grundversorgung verzichtete, verantwortlich machen.

- 6. Hält die Regierung dieses Vorgehen der Kassen den Zusatzversicherten gegenüber für angemessen, denen ja laut Versicherungspolice eine Schweiz- bzw. Weltweite Deckung zugesagt wurde? Insbesondere auch unter dem Aspekt, dass die Medicnova weder im Grundversicherungs- noch im Zusatzversicherungs-Anteil andere als ortsübliche Tarife verlangte?**

Wie in der Antwort auf Frage 2 ausgeführt, sehen die Vertragsbedingungen der Zusatzversicherungen keine unbeschränkte und bedingungslose Deckung vor. Zudem muss festgehalten werden, dass die Kassen sehr wohl den ortsüblichen Tarif bezahlt haben, und zwar den Referenztarif für den OKP-Anteil. Durch die bewusste Entscheidung der Medicnova, (zumindest bei der Gründung) als reines Privatspital für halbprivat und privat Versicherte zu firmieren und seine Tätigkeit ausserhalb der Spitalplanung Liechtensteins auszuüben, hat die Medicnova auf staatliche Beiträge verzichtet. Die Ortsüblichkeit der Beiträge für zusätzliche Komfortleistungen kann die Regierung nicht beurteilen.

- 7. Hält die Regierung die Frage solcher Tariffestsetzungen bzw. die Art und Weise, ob und wie es zu Verträgen — insbesondere OKP-Verträgen — kommt, in Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz für verfassungskonform?**

Der verfassungsgemässe Gleichheitsgrundsatz kann und darf nicht so weit gehend werden, dass mit jedem neu entstehenden Leistungserbringer zwingend ein Vertrag abgeschlossen werden muss. Das würde der angebotsinduzierten Nachfrage Vorschub leisten und der öffentlichen Hand jede Kontrolle über die Kostenentwicklung entziehen. Wie im BuA Nr. 39/2018 auf Seite 23 im Abschnitt „Einfluss eines neuen Anbieters“ dargelegt, sind die vom neuen Anbieter, der Medicnova Privatklinik AG, durchgeführten relevanten Eingriffe im Gesamtsystem in nur einem Jahr um 32% angestiegen. Gerade bei Privatanbietern in finanziell schwieriger Lage ist die Gefahr besonders gross, dass sie zur Verbesserung

ihrer Situation möglichst viele Eingriffe vornehmen. Das ist nicht nur ein Risiko für die Patienten, denn jeder Eingriff birgt Risiken, sondern wirkt stark kostentreibend auf die Gesundheitskosten.

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Vergütung von Spitalleistungen müssten den Initianten der Medicnova schon beim Antrag auf eine provisorische Betriebsbewilligung im Jahr 2012 bekannt gewesen sein, seither hat sich diesbezüglich an der Gesetzeslage nichts geändert. Insbesondere muss beim Ansuchen auf eine provisorische Betriebsbewilligung einer Einrichtung des Gesundheitswesens ein Finanzierungsnachweis vorgelegt werden, aus dem hervorgeht, dass sie auch ohne Inanspruchnahme von Staatsbeiträgen nach dem Krankenversicherungsgesetz in der Lage ist, ihr Leistungsangebot zu erbringen (Art. 42 GesG). Wie sich im Nachhinein gezeigt hat, war das bei der Medicnova Privatklinik AG nicht der Fall. Angesichts der in kurzer Zeit verbrauchten Gelder und angehäufter Gläubigerforderungen (CHF 13 Mio. Aktienkapital und eine Forderungssumme im Konkursverfahren von CHF 16.5 Mio. Stand November 2018) wäre selbst mit einem OKP-Vertrag niemals ein kostendeckender Betrieb möglich gewesen.

**8. Wenn nein, warum hat die Regierung nichts unternommen?**

Siehe Antwort zu Frage 7.

**9. Was für Tarife bezahlen die Krankenkassen für Privatversicherte aus Liechtenstein an die Gut-Klinik in Fläsch?**

Grundsätzlich ist der Regierung nicht bekannt, welche Vertragskonditionen im Bereich der Zusatzversicherungen bestehen. Sie müssen gemäss Art. 16e KVG i.V.m. Art. 75 KVV weder gemeldet, noch von der Regierung geprüft oder genehmigt werden. Auf Anfrage teilte der LKV der Regierung mit, dass diese Tarife je nach Kasse unterschiedlich sind und die Kassen im Bereich der Zusatzversiche-

rungen nicht gewillt sind, ihre „Einkaufskonditionen“ zu veröffentlichen. Anders als in der OKP sind die Kassen zur Veröffentlichung dieser Tarife auch nicht verpflichtet.

**10. Warum hat die Regierung der Medicnova nicht einmal in Teilbereichen, welche das LLS ohnehin nicht anbot — also nicht in Konkurrenz stand — einen OKP-Vertrag gewährt?**

Die Medicnova gab gegenüber der Regierung im Rahmen der Verfahren zur Erteilung der provisorischen bzw. der definitiven Betriebsbewilligung an, das Betreiben der Klinik erfordere keine Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Es würden zusatzversicherte Patienten aus Liechtenstein, dem benachbarten Ausland sowie aus weiteren ausgesuchten Märkten behandelt. Die Finanzierung der Klinik sei sowohl durch eigene als auch durch fremde Mittel sichergestellt. Knapp drei Jahre nach Erteilung der provisorischen Betriebsbewilligung wurde dann doch ein Antrag auf einen OKP-Vertrag in den Bereichen Gefässchirurgie und Kardiologie gestellt. Dieser Antrag stand im Widerspruch zum Betriebskonzept und explizit auch in diesem Punkt im Widerspruch zur im Januar 2013 erteilten Betriebsbewilligung, die in den Entscheidungsgründen Folgendes festhielt: „Die Antragstellerin geht in ihrem Finanzplan daher nicht von einer Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aus, sondern generiert ihre Erträge aus Zusatzversicherungen.“ Dabei handelte es sich nicht um einen freiwilligen Verzicht bzw. auch nicht um einen willkürlichen Entscheidungsgrund. Wie bereits weiter oben erwähnt, ist unter den Bewilligungsvoraussetzungen in Art. 42 GesG gefordert: „Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen in der Lage sein, auch ohne Inanspruchnahme von Landesbeiträgen nach dem Krankenversicherungsgesetz ihr Leistungsangebot zu erbringen.“

Wie bereits vorne ausgeführt, kann es nicht Aufgabe des Staates sein, ein privates Unternehmen, dessen Betriebskonzept offenbar nicht kostendeckend umge-

setzt werden kann, entgegen den Bewilligungsvoraussetzungen dann mit öffentlichen Geldern zu unterstützen. Insbesondere, wenn dessen medizinisches Angebot sich nicht an einem öffentlichen Bedarf orientiert, sondern dem entspricht, was die gerade dort tätigen (Beleg)Ärzte eher zufällig an fachlichen Leistungen einzubringen in der Lage sind. So ein Unternehmen kann zudem auch im Sinne der Langfristigkeit kein Ersatz für grössere und/oder für spezialisierte Kliniken sein, mit denen es bereits Vereinbarungen gibt.

**11. Warum hat die Regierung damit auf weitere im Lande verbleibende Wertschöpfung verzichtet?**

Gemäss Betriebskonzept und Bewilligungsinhalt, beide begründet durch die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben, war von einer Wertschöpfung im Land auszugehen. Wenn das Betriebskonzept eines privaten Anbieters auf dem Markt nicht funktioniert, dann kann sich die Regierung wie in Antwort zu Frage 10 ausgeführt nicht über bestehende Bewilligungen und die zugrunde liegenden gesetzlichen Vorgaben hinwegsetzen.

Zudem muss erwähnt werden, dass eine Verschiebung von Leistungen vom Landesspital zur Medicnova keine Steigerung der inländischen Wertschöpfung gebracht hat, und dass eine durch die Inbetriebnahme der Medicnova stattgefundene angebotsinduzierte Steigerung der stationären Leistungen aus Sicht der Regierung keine wertvolle und erstrebenswerte Steigerung der Wertschöpfung darstellt.

**12. Hat die Regierung jemals mit der Medicnova über mögliche gegenseitige shop-in shop Leistungen Gespräche geführt, um die Situation des LLS nachhaltig zu verbessern bzw. zu stabilisieren?**

Es haben mehrere Gespräche zwischen dem Landesspital und der Medicnova bezüglich der Möglichkeiten einer Kooperation stattgefunden. Dabei hat sich keine im Interesse des Landesspitals gelegene Lösung ergeben.

Bei der Erarbeitung der Studie des Beratungsunternehmens PwC, welche im Anhang zum BuA Nr. 40/2018 veröffentlicht ist, wurde mit der Medicnova über verschiedene Formen der Zusammenarbeit gesprochen und diese wurden bewertet.

Anhand der heutigen Kenntnisse über die ökonomische Situation der Medicnova wird klar, dass auch bei einer noch so ideal gestalteten Kooperation der Markt für zwei Spitäler im Land zu klein ist.

**13. Wenn ja, wann und bis zu welchem Detaillierungsgrad?**

Siehe Antwort zu Frage 12.

**14. Wenn nein, warum nicht?**

Siehe Antwort zu Frage 12.

**15. Wie glaubt die Regierung vom Konkurs der Medicnova profitieren zu können?**

Die Regierung profitiert nicht vom Konkurs der Medicnova.

- 16. Glaubte die Regierung, die Allgemein Versicherten-Patienten der vormaligen Belegärzte ans LLS zurückholen zu können, um die Wirtschaftlichkeit mit genügend hohen Fallzahlen — gerade in den chirurgischen Disziplinen — zu verbessern?**

Die Frage ist spekulativ. Jedenfalls aber ist die Regierung überzeugt, dass das Landesspital attraktive Vertragskonditionen und Arbeitsbedingungen für Belegärzte bietet, nicht zuletzt auch aufgrund der relativ geringeren steuerlichen Belastung im Vergleich zu Schweizer Spitälern. Auch die derzeit laufenden Bemühungen der Regierung, die Infrastruktur des Landesspitals zu erneuern, um es für Patienten und Belegärzte gleichermaßen attraktiv zu machen, sollten sich positiv auf die Fallzahlen auswirken. Für die Akzeptanz in der Bevölkerung zentral ist die Qualität des Landesspitals. Gerade im Umfeld der Volksabstimmung 2011 gab es Kritik an der Qualität, insbesondere im Bereich der Belegärzte. Die in der Folge im Jahr 2012 entwickelte Strategie sah daher einen Fokus auf die Qualität vor, welchem seither nachgelebt wird.

- 17. Wenn ja, was gibt ihr Anlass dazu resp. wie würde das gesteuert?**

Siehe Antwort zu Frage 16.

- 18. Glaubte die Regierung, die (lukrativen) Zusatzversicherten-Patienten der vormaligen Belegärzte ans LLS zurückholen zu können oder wandern diese nicht vielmehr ebenfalls nach Grabs oder in andere Spitäler ins Ausland ab?**

Wie in der Antwort zu Frage 16 ausgeführt, sollen die Arbeitsbedingungen für Belegärzte und die Infrastruktur für die Patienten attraktiv sein. Damit kann es gelingen, den Marktanteil des Landesspitals sowohl für Zusatzversicherte als auch für nicht zusatzversicherte Patienten zu steigern. Es wird immer eine

Marktaufteilung geben, welche von den Präferenzen der zuweisenden Ärzte, der Vertragssituation der Belegärzte und der Patienten bestimmt wird. Ein Marktanteil von 100% für die am Landesspital angebotenen Leistungen ist unrealistisch und wird von der Regierung auch nicht erwartet. Mit einer attraktiven Infrastruktur sollte es jedoch gelingen, den Marktanteil im relevanten Segment von heute rund 35% auf 50% zu steigern.

**19. Wenn ja, was gibt ihr Anlass dazu resp. wie würde das gesteuert?**

Siehe Antwort zu Frage 18.

**20. Wie hoch ist die Wertschöpfung des Gesundheitssektors in Liechtenstein heutzutage? Wie hat sie sich in den letzten 10 Jahren entwickelt?**

In der KOFL-Studie „Wertschöpfung und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Liechtenstein“ aus dem Jahre 2007 stellen die Autoren fest, dass es zwar einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Wertschöpfung gebe. In einer kleinen und sehr internationalisierten Volkswirtschaft, wie sie Liechtenstein darstelle, seien diese Zusammenhänge aber nicht so offensichtlich. Unter anderem, weil wichtige Bereiche der Vorleistungen in der Gesundheitswirtschaft, wie Medizinaltechnik, Pharmaindustrie aber auch der Grosshandel in der Liechtensteinischen Volkswirtschaft keine bedeutende Rolle spielen. Trotzdem wagten sich die Autoren an eine Schätzung und kamen bei Gesundheitsausgaben von CHF 231.9 Mio. auf eine Wertschöpfung von CHF 92 Mio. für das Jahr 2004<sup>1</sup>. Seit damals wurde keine Studie über die Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft erstellt.

---

<sup>1</sup> Wertschöpfung und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Liechtenstein, Studie im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Konjunkturforschungsstelle Liechtenstein, KOFL-Studie No. 4, 2007, Dr. Kersten Kellermann, Dr. Carsten Henning Schlag

Seit dem Jahr 2017 publiziert das Amt für Statistik die Gesundheitsversorgungsstatistik. Gemäss dieser Statistik lagen die Ausgaben für Liechtensteiner Patientinnen und Patienten im Jahr 2016 bei CHF 374.4 Mio. Davon entfallen 64.3% auf inländische Anbieter. Dies entspricht ziemlich genau den damaligen Annahmen der KOFL-Studie. Unter der Annahme, dass sich der Anteil der Wertschöpfung mit 40% der Gesamtausgaben ebenfalls nicht geändert hat, läge die Wertschöpfung im Inland somit bei CHF 150 Mio. für das Jahr 2016.

**21. Wenn es keine Zahlen dazu gibt, gedenkt die Regierung diese Wertschöpfung künftig regelmässig zu erheben?**

Die in der Antwort zu Frage 20 erwähnte Gesundheitsversorgungsstatistik wird jährlich publiziert. Mit der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung wird jährlich eine systematische Wertschöpfungsbetrachtung für das Land vorgelegt. Die Erstellung von Studien, die sich ausdrücklich mit der Wertschöpfung des Gesundheitssektors befassen, kann im Anlassfall erfolgen. Eine regelmässige Erhebung wird als nicht notwendig erachtet.

**22. Wie hoch ist der Verlust an Wertschöpfung pro Jahr, welche durch den Konkurs der Medicnova nicht mehr im Land verbleibt, zu beziffern?**

Wo die Fälle der ehemaligen Medicnova Privatklinik AG hinwandern ist noch nicht geklärt, daher kann diese Frage - wenn überhaupt - erst beantwortet werden, wenn sich ein neues Gleichgewicht eingestellt hat. Allerdings sind einige der Fälle auf eine angebotsinduzierte Nachfrage zurückzuführen (siehe Antwort zu Frage 7). Wenn durch das Verschwinden eines Anbieters auch diese Fallzahlen abnehmen, dann findet kein Abfluss von Wertschöpfung statt.

**23. Wie hoch ist der Verlust an Wertschöpfung insgesamt, also inklusive den bis zum Konkurs durch (Medicnova) Ärzte im Ausland behandelten Allgemein-versicherten Patienten?**

Insgesamt gibt es durch den Konkurs der Medicnova keinen Verlust an Wertschöpfung, es gibt höchstens eine Verschiebung in eine andere stationäre Einrichtung. Die Belegärzte der Medicnova haben vor ihrem Engagement bei der Medicnova einen Beitrag zur Wertschöpfung geleistet. Sie werden dies wohl auch nach dem Konkurs der Medicnova tun.

Von der Betriebsaufnahme durch die Klinik im Januar 2017 bis zur Betriebseinstellung im Juli 2018 infolge Konkurs wurden von fünf Initianten der Medicnova sowie zwei weiteren Belegärzten der Medicnova insgesamt 235 allgemein versicherte Patienten im Spital Grabs operiert. Diese Operationen generierten für das Spital Grabs Einnahmen in Höhe von insgesamt CHF 1.7 Mio. (inklusive Staatsbeitrag). Die Einnahmen eines Spitals sind aber eine rein betriebswirtschaftlich/buchhalterische Sichtweise und haben mit dem volkswirtschaftlichen Konzept der Wertschöpfung nur bedingt etwas zu tun. Die einfachste Berechnung der Wertschöpfung ist die Differenz aus dem Preis der Leistungen und den Kosten der Vorleistungen. Es ist davon auszugehen, dass ein bedeutender Teil dieser Erträge Einkommen für liechtensteinische Belegärzte und somit liechtensteinische Wertschöpfung - aus Schweizer Sicht Vorleistungen - darstellt.

Ob eine nationalstaatliche Betrachtung der Wertschöpfungskette in der Agglomeration Werdenberg Liechtenstein überhaupt sinnvoll wäre, kann an dieser Stelle bezweifelt werden, da auch die Wertschöpfung der Medicnova Privatklinik AG ohne ihre Mitarbeitenden sowie Lieferanten aus der Grossregion kaum möglich gewesen wäre.

**24. Wieviel hat der Staat mit der Medicnova pro Jahr gespart, weil im Gegensatz zu Grabs kein Staatsbeitrag an die Kosten bezahlt wurde?**

Anhand der Zahlen, die der Regierung bekannt sind, hätte die Medicnova Privatklinik AG bei Gewährung eines OKP-Vertrags für alle Leistungen<sup>2</sup> im Jahr 2017 mit einem Staatsbeitrag von 55% an die stationären Leistungen einen Betrag aus der Staatskasse von rund CHF 3.5 - 4 Mio. bekommen.

Diesen nicht ausgezahlten Betrag nun als Ersparnis für den Staat zu bezeichnen, greift zu kurz, denn es sind durch andere Effekte auch Mehraufwendungen für den Staat entstanden.

Im Jahr 2018 betrug der Anteil des Staats an die stationären Kosten im Landesspital nur 23%, während er für die Vertragsspitäler der Grundversorgung in der Region bei 55% lag. Die Belegärzte der Medicnova behandelten die allgemein versicherten Patienten in Grabs, so dass es einen Patientenstrom weg vom (aus Sicht des Staats) „günstigeren“ Landesspitals hin zum „teureren“ Spital Grabs gab. Daraus resultiert für das Jahr 2017 ein geschätzter Mehraufwand von CHF 800'000.

Durch den Markteintritt der Medicnova Privatklinik AG brachen die Fallzahlen beim Landesspital ein und es kämpfte mit Liquiditätsproblemen. Mit BuA Nr. 54/2017 sprach der Landtag Beiträge zur Sicherstellung der Liquidität im Umfang von CHF 4.5 Mio.

Die Gründung und der Betrieb der Medicnova Privatklinik AG war also in Summe für den Staat keinesfalls eine finanzielle Ersparnis, wie die tendenziöse Fragestellung impliziert, sondern ein finanzieller Schaden. Beim Landesspital fiel zudem

---

<sup>2</sup> Ein OKP-Vertrag für alle Leistungen wurde erst im Frühjahr 2018 im Sinne eines Sanierungsprojekts für das schon angeschlagene Unternehmen beantragt. Davor war lediglich ein OKP-Vertrag für Teilbereiche beantragt worden.

ein grosser zusätzlicher Arbeitsaufwand an, es musste restrukturiert werden und es mussten auch Arbeitsplätze abgebaut und Kündigungen ausgesprochen werden. Wie sich im Konkursverfahren bisher zeigte, wurde eine grosse Anzahl von Gläubigern nicht bedient und die Ausstände sind hoch. Auch diese Unternehmen werden nach Abwicklung des Konkursverfahrens mutmasslich einen Schaden erleiden.

**25. Wie viele Einrichtungen des Gesundheitswesens gemäss GesG Art. 37 sind derzeit in Liechtenstein tätig?**

Gemäss Art. 37 GesG gelten als Einrichtungen des Gesundheitswesens

1. Kliniken und Spitäler;
2. Pflegeheime;
3. andere von der Regierung mit Verordnung bezeichnete Einrichtungen, die einen öffentlichen Auftrag im Bereich des Gesundheitswesens wahrnehmen. Das sind:
  - a. Organisationen der Hauskrankenpflege;
  - b. medizinische Laboratorien;
  - c. Einrichtungen der Fortpflanzungsmedizin;
  - d. Einrichtungen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität mit psychosozialer Beratung und Betreuung.

Derzeit sind vier Einrichtungen mit einer Bewilligung gemäss Art. 37ff GesG tätig. Zusätzlich könnten die „altrechtlichen“ Betriebe mitgezählt werden, konkret die Pflegeheime<sup>3</sup>, die Familienhilfen, das Labormedizinische Zentrum Dr. Risch, der

---

<sup>3</sup> Die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe ist - wie auch das Liechtensteinische Landesspital - eine Stiftung des öffentlichen Rechts und spezialgesetzlich geregelt.

Verein für Betreutes Wohnen sowie schwanger.li. Diese wurden gemäss den Übergangsbestimmungen im Gesundheitsgesetz formlos als Einrichtungen anerkannt.

**26. Wie viele davon besitzen einen OKP-Vertrag als Einrichtung des Gesundheitswesens?**

Die genannten Einrichtungen – ausser den Pflegeheimen, den Familienhilfen und dem Verein für Betreutes Wohnen - besitzen alle keinen OKP-Vertrag. Sehr wohl sind aber in diesen Einrichtungen ad personam zur OKP zugelassene Leistungserbringer tätig.

**27. Wie viele haben um eine solche Bewilligung als Einrichtungen des Gesundheitswesens angesucht? Wie viele wurden abgelehnt?**

Insgesamt gab es seit Inkrafttreten des Gesundheitsgesetzes am 1. Februar 2008 zwölf Ansuchen auf eine Bewilligung als Einrichtung des Gesundheitswesens. Keines dieser Ansuchen wurde von der Regierung abgelehnt. Die Bewilligung der Medicnova Privatklinik AG wurde von der Regierung aufgrund der Betriebseinstellung entzogen.

Liegen alle Bewilligungsvoraussetzungen vor, erteilt die Regierung zunächst eine provisorische Betriebsbewilligung. Innerhalb von fünf Jahren kann diese provisorische Betriebsbewilligung unter Einhaltung allfälliger Auflagen auf Antrag in eine definitive Betriebsbewilligung umgewandelt werden. Dabei wird geprüft, ob die im Rahmen der provisorischen Bewilligung genehmigten Konzepte im produktiven Betrieb umgesetzt wurden.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> In gewissen Fällen bzw. bei einigen Arten von Einrichtungen ist die Durchführung eines vereinfachten Verfahrens vorgesehen.

**28. Wie viele davon beantragen gleichzeitig einen OKP-Vertrag?**

Es wurde von einer der heute tätigen Einrichtungen, die über eine Bewilligung nach Art. 37ff GesG verfügen, ein OKP-Vertrag beantragt.

**29. Mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse konnte die Medicnova Verträge zur Behandlung von österreichischen Privatpatienten abschliessen. Um mit schweizerischen Versicherungen Verträge für die Behandlung von Privatpatienten aus der Schweiz abzuschliessen, wäre für die Medicnova ein OKP-Vertrag von grossem Vorteil gewesen?**

Der Regierung ist nicht bekannt, dass die Medicnova mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse, die für das Obligatorium zuständig ist, einen Vertrag abschliessen konnte. Aus Pressemitteilungen der Medicnova hingegen ist bekannt, dass mit dem Versicherungsverband Österreich eine entsprechende Vereinbarung für in Österreich privat versicherte Personen abgeschlossen werden konnte.

Es erschliesst sich der Regierung nicht, welcher Vorteil für die Behandlung von Privatpatienten aus der Schweiz der Medicnova durch einen OKP-Vertrag hätte entstehen können. Auch das Liechtensteinische Landesspital hat durch seinen OKP-Vertrag keinen Vorteil in Bezug auf Schweizer Privatpatienten bzw. den Abschluss mit Schweizer Krankenversicherungen. Wenn die Interpellanten allerdings annehmen, dass durch einen Liechtensteiner OKP-Vertrag ein Schweizer Kantonsbeitrag zu entrichten gewesen wäre, liegt ein Irrtum vor. Massgebend für Schweizer Krankenversicherungen ist erstens das Territorialitätsprinzip und zweitens ein kantonaler Leistungsauftrag. Nur wenn ein Spital auf einer kantonalen Spitalliste geführt ist, wird innerhalb der Schweiz ein Kantonsbeitrag, auch ausserkantonale, ausbezahlt. Liechtenstein wird in dieser Hinsicht aber nicht als „zusätzlicher Kanton“ behandelt, sondern ist diesbezüglich Ausland.

Selbst wenn die Medicnova auf der Liste der Liechtensteiner Vertragsspitäler geführt worden wäre, hätte aufgrund des Territorialitätsprinzips keine Schweizer Krankenversicherung den stationären OKP-Anteil und kein Schweizer Kanton den Kantonsbeitrag bezahlt.

**30. War dieser Sachverhalt der Regierung bewusst? Wenn ja — wie wurde dieser Punkt bei der Entscheidungsfindung „OKP JA oder Nein“ bewertet.**

Es wurden von den Verantwortlichen der Klinik keine Angaben zu einem möglichen Vorteil eines OKP-Vertrags für den Abschluss von Verträgen für Privatversicherte aus der Schweiz gemacht und aufgrund der Ausführung in der Antwort zu Frage 29 ist ein solcher auch nicht zu erwarten. Weder die Kollegialregierung noch das Ministerium haben sich daher mit dieser Fragestellung befasst.

Im Übrigen steht beim Abschluss von OKP-Verträgen der Bedarf der Versicherten an zusätzlichen Leistungen im Mittelpunkt der Überlegungen und nicht der finanzielle Bedarf eines Antragsstellers.

**31. Wie hoch beurteilt die Regierung die dadurch entgangene Wertschöpfung für Liechtenstein?**

Wie schon ausgeführt, stellt eine Verschiebung von Fällen vom Landesspital zur Medicnova keine Erhöhung der Wertschöpfung dar und eine Erhöhung der Wertschöpfung durch angebotsinduzierte Nachfrage ist aus dem Aspekt der Gesundheitskosten in höchstem Mass unerwünscht.

**II. ANTRAG DER REGIERUNG**

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

**Antrag,**

der Hohe Landtag wolle diese Interpellationsbeantwortung zur Kenntnis nehmen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Landtagspräsident, sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete, den Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung.

**REGIERUNG DES  
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**

*gez. Adrian Hasler*