

Fürstliche Regierung
Herr Regierungsrat
Dr. Mauro Pedrazzini
Regierungsgebäude
9490 Vaduz

Eschen, 21. Dezember 2016

Zweiter Entwurf Krankenversicherungsverordnung (KWV)

Sehr geehrte Herr Regierungsrat

Wir danken Ihnen für die Übermittlung des zweiten Entwurfs der KWV und nehmen nachfolgend fristgerecht wie folgt Stellung.

1. Grundsätzliches

Die Ärztekammer hält, stellvertretend für die Ärzteschaft, nochmals dezidiert fest, dass eine Einschränkung des ärztlichen Handelns durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Ärzteschaft nicht tragbar ist. Die vom Amt für Gesundheit vergebenen Berufsausübungsbewilligungen sollen den Rahmen für das ärztliche Handeln bilden. Es ist nicht statthaft, dass die Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung das vom Land Liechtenstein zugestandene Leistungsspektrum einschränkt.

Die Ärztekammer hält ebenfalls nochmals fest, dass der Entscheid der gesamten Ärzteschaft, ab 1. Januar 2017 ausserhalb der OKP tätig zu sein, nicht mit der Einführung von tarmed zusammenhängt und dieser auch nicht, wie aktuell oftmals kolportiert, verhindert werden soll. Die Ärztekammer hält an ihrer Haltung fest, dass die Einführung von tarmed nicht zielführend ist und auch in der Schweiz Einigkeit herrscht, dass der tarmed nicht mehr zeitgemäss ist und durch einen neuen Tarif ersetzt werden soll. Dennoch hat das Stimmvolk am 13. Dezember 2015 entschieden, dass ab 1. Januar 2017 der schweizweit geltende Arzttarif (aktuell: tarmed 1.08 BR) in Liechtenstein innerhalb der OKP zur Anwendung gelangt. Die Ärzteschaft respektiert diesen Volksentscheid und wird tarmed innerhalb der OKP umsetzen, was bereits durch Schulungen und die Bereitstellung der technischen Infrastruktur gewährleistet ist. Da tarmed nur innerhalb der OKP verpflichtend ist und Sie selbst einen Kostenschub durch

tarmed für möglich erachten (was die Ärztekammer schon mehrfach so kommuniziert hat), wird die Ärzteschaft ausserhalb der OKP weiterhin mit dem FL-Arztтарif abrechnen und damit Kostenstabilität gewährleisten. Dieser Entscheid ist unumstösslich und durchaus mit der Volkst Abstimmung zum KVG vereinbar.

2. Inhalt KVV

2.1. Art und Umfang der Leistungserbringung

2.1.1. Arbeitszeitmodell

Ein essentieller Kritikpunkt der Ärzteschaft ist die geplante Einführung eines Arbeitszeitmodells. Ein selbständiger Berufsstand kann per se kein Arbeitszeitmodell akzeptieren. Regierungschef Adrian Hasler zeigte an der Besprechung vom 15. Dezember Verständnis dafür, dass ein selbständiger, freier Berufsstand sich keinem Arbeitszeitmodell unterwerfen wird.

Im zweiten Verordnungsentwurf ist nun in Art. 65a Abs. 1 Bst. c festgehalten, dass die Tarifpartner „geeignete Kriterien“ festzulegen haben, die „hinsichtlich des Umfangs der Leistungserbringung“ eine Besetzung in Teilzeit möglich machen. Die Regierung schreibt zwar im zweiten Entwurf nicht mehr dezidiert die Einführung eines Arbeitszeitmodells vor, die Vorgabe, geeignete Kriterien zur Abgrenzung zwischen Teilzeitstellen und Vollzeitstellen zu schaffen, impliziert jedoch unweigerlich, dass die Verbände ein Arbeitszeitmodell einzuführen haben, um eine Abgrenzung zwischen Teil- und Vollzeitstellen zu ermöglichen. Die Ärztekammer verweist an dieser Stelle auf die Stellungnahme vom 21. November zum ersten Entwurf der KVV, wo sie in Ziff. 1.2 festhält, dass die Schaffung von Teilzeitstellen kein Arbeitszeitmodell bedingt, sondern bei einer Unterversorgung zusätzliche Kapazitäten durch die Tarifpartnern bereitzustellen sind. Es muss im Ermessen des Arztes liegen, seine Arbeitszeiten selbst zu bestimmen. Ein Kapazitätsengpass muss durch neue Stellen aufgefangen werden.

Die von der Ärzteschaft kritisierte Vorschreibung von Arbeitszeiten ist durch die Anpassung der Verordnungsbestimmung nicht vom Tisch, sondern wird lediglich ausgelagert. Es ist korrekt, dass die Ärztekammer auf die konkrete Ausgestaltung dieser Bestimmung Einfluss nehmen kann, es ist aber Fakt, dass die Regierung den Tarifpartnern Abgrenzungsmerkmale zwingend vorschreibt, die zwangsläufig zu einem Arbeitszeitmodell führen, welche sowohl Minimalpensen

als auch Maximalpensen beinhalten können (siehe Psychologenverband, Chiropraktorenverband).

Sollten sich die Tarifpartner nicht einigen können, was aufgrund der bekannten Position des LKV zum Arbeitszeitmodell höchstwahrscheinlich ist, kann die Regierung wiederum durch die subsidiäre Kompetenz die Bedarfsplanung selbst erlassen und die Kriterien autonom festlegen. Daher besteht für die Ärzteschaft ein zu grosses Risiko, dass die Intention der Regierung, welche im ersten Entwurf der KW klar dargelegt ist, über Umwege Einzug in die Bedarfsplanung und in die OKP-Verträge findet.

Die Regierung hat diesen Kritikpunkt somit nicht, wie vom Regierungschef zumindest skizziert, eliminiert, sondern an die Tarifpartner ausgelagert. Aufgrund der inhaltlichen Positionierung des LKV ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der LKV auf eine Einschränkung der ärztlichen Freiheit drängen wird, die Verhandlungen zur Bedarfsplanung scheitern und diese wiederum an die Regierung zur Entscheidung delegiert werden.

Die Ärztekammer ist überzeugt, dass es möglich ist, das KVG auch ohne die derartige Einschränkung der ärztlichen Tätigkeit umzusetzen. Die Ärztekammer macht beliebt, in der KW klar festzuhalten, welche Einschränkungen in der Bedarfsplanung eben nicht festgeschrieben werden dürfen. Damit würde die Regierung ein klares Zeichen setzen, dass Eingriffe in die ärztliche Therapie- und Behandlungsfreiheit vom Staat nicht unterstützt werden. Anstelle von klaren Vorgaben, wie die Bedarfsplanung auszugestalten ist, wären „Negativkriterien“ zum Schutz der ärztlichen Behandlungs- und Therapiefreiheit ein deutliches Signal für die Ärzteschaft. Nach Ansicht der Ärztekammer wäre ein solches Vorgehen absolut mit den zugrundeliegenden KVG-Bestimmungen vereinbar.

2.1.2. Stellenplan / Stellenbeschreibung

Art. 65a sieht auch weiterhin eine Stellenbeschreibung vor. Diese soll nicht mehr hoheitlich vorgegeben, sondern zwischen den Tarifpartnern erarbeitet werden. In der Stellenbeschreibung muss „Art und Umfang der Leistungserbringung“ (Art. 16b Abs. 1 Bst. b KVG) näher definiert werden. Gemäss dem ersten Entwurf der Regierung, welcher vom LKV vollumfänglich mitgetragen wurde, soll darin das erlaubte Leistungsspektrum (abrechenbare Positionen, überobligatorische Leistungen, Praxisausstattung etc.) festgelegt werden. Es gibt keine Anhaltspunkte, dass der LKV, welcher die Schaffung einer klaren und einschrän-

kenden Stellenbeschreibung befürwortet, von dieser Position abweicht. Auch hier gilt, dass bei einem Dissens die Regierung hoheitlich eingreifen kann und die ehemals geplanten und umstrittenen Vorgaben 2017 wieder in die Bedarfsplanung einfügen kann.

Die Führung eines Stellenplans, woraus ersichtlich ist, welcher Arzt welche Bedarfsstelle besetzt, ist aus Sicht der Ärztekammer in Anbetracht der unübersichtlichen Stellensituation sicherlich ratsam. Eine Stellenbeschreibung, welche direkt in die individuellen OKP-Verträge aufgenommen wird und die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränkt, ist jedoch nicht akzeptabel. Die Ärztekammer verweist auch hierzu auf die ihre Stellungnahme vom 21. November, in welcher sie ausführt, dass die Entscheidung, welche Tarifpositionen abrechenbar sind, welches Leistungsspektrum (kassenpflichtige und nichtkassenpflichtige Leistungen) angeboten werden darf, welche Supportleistungen (Praxislabor, Gerätschaften) angeboten werden dürfen bzw. müssen, Teil der ärztlichen Entscheidungsfreiheit sind und auf Basis der Diagnose bzw. Indikation vom Arzt gefällt werden müssen.

Auch in diesem Punkt bietet der zweite Entwurf keine substantielle Verbesserung. Daher ist auch diese Bestimmung aus Sicht der Ärzteschaft nicht zumutbar.

2.2. Fazit

Die von der Ärztekammer kritisierten Eingriffe in die ärztliche Berufsfreiheit wurden vom Ministerium nicht bereinigt, sondern lediglich an die Tarifpartner delegiert. Es gilt als bekannt, dass der LKV die Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit vollumfänglich unterstützt und dies auch in den Verhandlungen mit der Ärztekammer zur Bedarfsplanung vehement einfordern wird. Dadurch werden die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern zwangsläufig scheitern und die Regierung kann bzw. muss die Bedarfsplanung hoheitlich festlegen und kann die im ersten Entwurf vorgesehen Einschränkungen wieder in die Bedarfsplanung einführen.

Es ist richtig, dass die Ärzteschaft über die Ärztekammer direkt an der Ausgestaltung der Bedarfsplanung mitwirken kann. Fakt ist jedoch, dass die Vorgaben im zweiten Entwurf die kritisierten Eingriffe in die ärztliche Behandlungs- und Therapiefreiheit nicht bereinigt, sondern die konkrete Ausgestaltung auf die Tarifpartner auslagert und vorschreibt, welche Punkte darin enthalten sein müs-

sen. Realpolitisch ist jedoch klar, dass der LKV auf die von der Regierung ursprünglich definierten Punkte (Arbeitszeitmodell, Einschränkung des Leistungsspektrums und der Praxisausstattung etc.) beharren wird und die Verhandlungen daher von Beginn an zum Scheitern verurteilt sind.

Die Ärzteschaft kann diesen Verordnungsentwurf nicht akzeptieren, da keine substantiellen Fortschritte gemacht werden und die Regierung sich nicht klar zur Wahrung der ärztlichen Berufsfreiheit bekennt. Die Regierung könnte durch „Negativkriterien“ in der KW ein klares Zeichen für die Achtung der ärztlichen Behandlungs- und Therapiefreiheit setzen, ohne das vom Volk an der Urne bestätigten KVG zu unterlaufen.

Die Ärztekammer ist überzeugt, dass das vom Amt für Gesundheit durch die Berufsausübungsbewilligung („Konzession“) erlaubte Leistungsspektrum nicht durch die Bedarfsplanung eingeschränkt werden darf. In der Schweiz definieren die kantonale Berufsausübungsbewilligung und die von der FHM zugestandenen Dignitäten das erlaubte Leistungsspektrum zulasten der OKP. Gerade im Hinblick auf die anstehende Übernahme des schweizerischen Arzttarifs tarmed ist eine Gleichbehandlung bezüglich der Rahmenbedingungen unabdingbar. Die immer wieder geforderten „schweizer Verhältnisse“ sollen nicht nur tariflich sondern auch in Bezug auf die Rahmenbedingungen übernommen werden.

Die Ärzteschaft kann unter diesen Umständen bis auf weiteres keinen Wiedereinstieg in die OKP akzeptieren. Die Praxen werden somit wie geplant auf 1. Januar 2017 aus der OKP ausscheiden und die Rechnung auf Basis des FL-Arztтарifs erstellen. Aufgrund des vom Krankenkassenverband geäusserten Wunsches, die Rechnung direkt an die Krankenkasse zu schicken, wird die Ärztekammer den Mitgliedern empfehlen, dies so auf 1. Januar umzusetzen. Alle Ärzte werden daher, auch ohne OKP-Vertrag, die Rechnung direkt an die jeweils zuständige Krankenkasse übermitteln. Durch diese Massnahme wird der Patient nicht mehr direkt von der aktuellen Situation tangiert.

Die Ärztekammer wird die gegenständliche Stellungnahme ebenfalls auf ihrer Homepage publizieren und damit dem Bedürfnis nach Transparenz nachkommen. Ebenfalls erfolgt eine Kopie an Regierungschef Adrian Hasler.

mit freundlichen Grüßen



Dr. Ruth Kranz-Candrian
Präsidentin



Dr. Ulrike C. Garber
Vizepräsidentin

Kopie:
Regierungschef lic.oec. Adrian Hasler