

Fürstliche Regierung
Herrn Regierungsrat
Dr. Mauro Pedrazzini
Regierungsgebäude
9490 Vaduz

Eschen, 29. September 2014

Stellungnahme zum Vernehmlassungsbericht KVG

Sehr geehrter Herr Regierungsrat

Die Ärztekammer bedankt sich eingangs für die Einladung zur Vernehmlassung. Wir haben den Vernehmlassungsbericht intensiv studiert und intern vernehmlasst, was uns eine umfassende und detaillierte Stellungnahme ermöglicht.

Executive Summary

Wir befürworten im Grundsatz eine umfassende Revision des Krankenversicherungsrechts zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, die vom Ministerium gewählte Stossrichtung findet jedoch bei der Ärztekammer in den entscheidenden Punkten keine Unterstützung. Die Vernehmlassungsvorlage ist geprägt von Kontroll- und Sanktionsnormen und beabsichtigt, jegliche Behandlungs- und Therapiefreiheit hinter wirtschaftliche Überlegungen zurückzustellen. Das Ministerium will vor allem die Leistungserbringer an die kurze Leine nehmen, Ihnen Mitentscheidungsrechte (klar abzugrenzen von unverbindlichen Anhörungsrechten!) sowie jegliche Rechts- und Planungssicherheit entziehen. Der Krankenkassenverband (LKV) soll massiv gestärkt werden und zukünftig losgelöst von den Tarifpartnern über die Leistungserbringung herrschen. Die Regierung behält sich jedoch an den entscheidenden Stellen ein subsidiäres Verordnungsrecht vor, um den LKV notfalls mittels Verordnung zu „overrulen“. Das Gesundheitswesen soll also nach Ansicht des Ministeriums geprägt sein von einem Dualismus LKV <-> Regierung, wobei die Regierung nach Gutdünken den Dualismus zum Monismus verkehren kann. Die Leistungserbringer werden aus dem Entscheidungsprozess ausgeschlossen,

Ihnen kommt maximal ein unverbindliches Anhörungsrecht zu. Diese Intention war bereits in der „kleinen KVG-Revision“ erkennbar und ist offensichtlich Teil der Handschrift der Gesundheitspolitik der Regierung Hasler. Die Ärztekammer kann akzeptieren, dass die Regierung die eigenen Kompetenzen im Gesundheitswesen stärken möchte, wobei wir dies grundsätzlich für gesundheitspolitisch verfehlt erachten. Sollte jedoch die Regierung die Zügel stärker in die Hand nehmen und das Gesundheitswesen „top-down“ dirigieren wollen, dann müssen auch dem LKV die dementsprechenden Kompetenzen abgestritten werden. Dass die Regierung eine Seite der Tarifpartnerschaft stärkt, nur weil diese ideologisch näher bei ihr selbst angesiedelt ist, hat einen faden Beigeschmack. Ungeliebte Institutionen aus den Gestaltungsprozessen auszuschliessen ist undemokratisch und zeugt nach Ansicht der Ärztekammer von einem bizarren Verständnis konstruktiver Gesundheitspolitik. Bereits aus diesem Grund lehnt die Ärztekammer jegliche Änderung des KVG, welche gemeinsame Entscheidungskompetenzen in die Hände einer Partei legt, dezidiert ab.

Die Regierung verfolgt mit der aktuellen Gesundheitspolitik das Ziel, sich möglichst umfassende Kompetenzen zu sichern. Die Regierung verspricht sich davon offensichtlich eine wirtschaftliche Optimierung des Gesundheitswesens bei gleichbleibender Qualität. Man möchte das Gesundheitswesen aus den eigenen Reihen, das heisst mit weniger als 15 Amtsmitarbeitenden, weiterentwickeln und professionalisieren. Die Entscheidungskompetenzen sollen im Verwaltungsapparat konzentriert werden, Interessensvertretungen werden entmachtet, Kommissionen aufgelöst oder dem Amt unterstellt, schlussendlich höhlen die zahlreichen Verordnungs-kompetenzen den Entscheidungsspielraum des Landtags zugunsten der Regierung aus. Diese Entwicklung ist aus Sicht der Ärztekammer im höchsten Masse besorgniserregend, die Zentralisierung der Entscheidungskompetenzen verhindert eine breit abgestützte und mehrheitsfähige Ausgestaltung des Gesundheitswesens.

Die Ärztekammer erachtet die Vernehmlassungsvorlage darüber hinaus gesamthaft als unausgewogen und unausgereift. Die Interessensvertretungen wurden nicht in die Ausarbeitung einbezogen, es handelt sich um eine Schreibtisch-Vorlage aus der Amtsfeder. Die Ärztekammer fordert die Regierung auf, im Rahmen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe eine neue, ausgewogene Vorlage auszuarbeiten. Den wirklichen Baustellen des Gesundheitswesens nimmt sich die Regierung, die eine „grosse KVG-Revision“ angekündigt hat, nicht an. Das Wirtschaftlichkeitsverfahren wird nicht verbessert, die Einheitskasse wurde entgegen vollmundiger Ankündigungen im Wahlkampf nicht geprüft, die Vertrauensarztproblematik wird ignoriert, insgesamt fehlen gesamthafte, enkeltaugliche Lösungsansätze. Bei kritischer Betrachtung der „grossen KVG-Revision“ kann der Vorlage nicht mehr Substanz zugestanden werden, als den vorangegangenen KVG-Revisionen mit der Halbwertszeit einer Legislaturperiode. Die Ärztekammer fordert: Schluss mit dem Legislaturdenken und der „Pfläscherle-Politik“ im Gesundheitswesen. Die Ärztekammer fordert die Regierung Hasler auf, mutig zu

sein und die Weichen für ein enkeltaugliches Gesundheitswesen zu legen. Dieser Prozess ist langwierig und verlangt viel Zeit, Energie und Engagement. Die andauernde Verschiebung der schon längst notwendigen Totalrevision unter Einbezug der übrigen Sozialversicherungszweige auf die Nachfolger-Regierung muss ein Ende haben. Die aktuelle Vernehmlassungsvorlage erscheint dem Laien auf den ersten Blick als umfassende Revision. Beim zweiten Blick fällt diese Fassade, die Vorlage muss als Mogelpackung betitelt werden, damit wird das heutige System verkompliziert, verschlechtert und maximal über die Legislaturperiode „gekittet“.

Die Ärztekammer ist bereit, inhaltliche Inputs in die Diskussion einzubringen und gemeinsam mit den anderen Systempartnern und der Regierung ein zukunftssträchtiges Gesundheitswesen zu skizzieren. Dazu ist Mut, Einsatz und Geduld notwendig. Das heutige KVG-Flickwerk ist seit Jahren Ziel von Unmutsäusserungen. Statt die Bedenken der Bevölkerung und des Gesetzgebers aufzunehmen, geht die Regierung den einfachen Weg und schustert erneut am 40-jährigen Flickwerk herum, aus Angst vor dem kräfteaubenden und anstrengenden Prozess einer Strukturreform. Die Ärztekammer kann und wird eine erneut kurzsichtige und kosten-diktierte KVG-Revision nicht mittragen. Um jedoch die eigene Verantwortung wahrzunehmen, werden wir nachfolgend zu den einzelnen Themenkomplexen Stellung beziehen. Dabei werden wir die Vorlage nicht nach einzelnen Artikeln kommentieren, sondern nach Themenblöcken.

1. Trennung Grundversicherung – Hochkostenversicherung

Die aus Sicht der Regierung grösste Neuerung ist die Trennung der heutigen OKP in eine „Grundversicherung“ und eine „Hochkostenversicherung“. Die Regierung trennt also die heutige OKP in zwei übereinander gestapelte Versicherungen mit unterschiedlichen Finanzierungsströmen und getrennten Prämien. Die Regierung möchte damit ein klares Zeichen setzen für die OKP als (Risiko-)Versicherung. Die Hochkostenversicherung soll die Versicherten vor finanziellen Risiken im Falle einer kostenintensiven Erkrankung schützen und setzt nach den Plänen der Regierung bei CHF 5'000 an. Die darunter liegenden Kosten werden von der „Grundversicherung“ übernommen. Im Gegensatz zur Hochkostenversicherung, die für alle Versicherten identisch ist, soll der Versicherte bei der Grundversicherung mitgestalten und das kalkulierbare Risiko über mehrere Stufen zwischen sich und der Krankenversicherung justieren können. Der Versicherte kann also mehr Eigenverantwortung übernehmen und im Schadensfall die Kosten mittels hoher Selbstbeteiligung („Franchise“) grossteils selbst tragen, im Gegenzug wird seine Krankenkassenprämie reduziert. Finanziell liquide und gesunde Personen (und nur diese!) können also in der Grundversicherung mit der Risikoverteilung spielen und sich damit Chancen auf langfristige Einsparungen durch niedrigere Prämien ausrechnen. Dieses Versicherungsmodell ist, trotz der aufwendigen Umgestaltung (Neue Bezeichnungen, neue Abstufungen, Gesundheitssparkonto) nichts anderes als das heutige System der Wahl-

franchise, auch heute besteht schon eine faktische Trennung in Hochkostenversicherung und Grundversicherung, auch wenn diese nicht explizit im KVG niedergeschrieben ist. Die Revision ist also in Tat und Wahrheit keine Neuerung, sondern nur eine Adaptierung und, wie später gezeigt wird, Verkomplizierung des heutigen Systems. Der Administrativaufwand und die dadurch entstehenden Verwaltungskosten der Krankenkassen würden zunehmen und den Prämienzahler ohne konkreten Mehrwert belasten. Das Ergebnis ist also keine Systemoptimierung, sondern lediglich eine Verteuerung unter dem Deckmantel einer Systemrevolution.

Im Vernehmlassungsbericht führt die Regierung aus, dass in Liechtenstein nur ca. 6% Versicherten von einer Wahlfranchise Gebrauch gemacht haben (Stand 2012), während in der Schweiz ca. 50% eine zumindest leicht erhöhte Franchise abgeschlossen haben. Die Regierung sieht die Gründe für die extrem schlechte Akzeptanz der Wahlfranchise in den sehr tiefen Krankenkassenprämien und der daraus resultierenden Gleichgültigkeit gegenüber prämiensenkenden Versicherungsmodellen. Durch die Senkung des Staatsbeitrags in Höhe von ca. CHF 20 Mio. und den damit verbundenen Prämienanstieg erhofft sich die Regierung eine verstärkte Inanspruchnahme kostensenkender und risikoverteilender Versicherungsmodelle und damit ein Anstieg der Wahlfranchise. Der erhoffte Anstieg von Wahlfranchisen wird jedoch von der Ärztekammer deutlich geringer eingeschätzt, als dies von der Regierung vermutet wird. Dementsprechend sieht die Ärztekammer auch keine Stabilisierung der Prämie durch die starke Zunahme von Wahlfranchisen.

Die Wahlfranchise muss nach dem neuen Modell, im Gegensatz zu heute, auf einem Gesundheitssparkonto hinterlegt werden, damit im Schadenfall die Einhebung der Franchise sichergestellt ist. Dies ist aus Sicht der Leistungserbringer, welche neu nach dem Tiers garant das Delkredere-Risiko tragen würden, grundsätzlich zu begrüssen. Die Ärztekammer kann auch nachvollziehen, dass mit der Anhebung der Maximalfranchise von heute CHF 1'500 auf neu CHF 4'000 eine finanzielle Sicherheit gegeben sein sollte, damit nicht Personen ohne finanzielles Polster eine hohe Wahlfranchise versichern, um in den Genuss einer tiefen Prämie zu kommen. Das Modell des Gesundheitssparkontos ist nach Ansicht der Ärztekammer jedoch administrativ zu aufwendig und unpraktikabel. Weitere Ausführungen dazu im zugehörigen Kapitel.

Die Trennung in Grund- und Hochkostenversicherung soll auch dazu dienen, den Staatsbeitrag zukünftig zu kanalisieren. Dieser soll nach Vorschlag der Regierung nur noch in die Hochkostenversicherung investiert werden. Dadurch subventioniere der Staat nur die Abdeckung der hohen Risiken, die Grundversicherung ist quasi „Privatsache“ des Versicherten. Der Staatsbeitrag senkt dadurch die Prämie der Hochkostenversicherung während diejenige der Grundversicherung allein aufgrund der prognostizierten Kosten ermittelt und anschliessend auf die Versicherten umgelegt wird. Der Staatsbeitrag soll neu, wie vor der KVG-Revision 2012, wie-

derum jedes Jahr vom Landtag nach „Gusto“ festgelegt werden. Der bei der letzten grösseren KVG-Revision festgelegte Mechanismus soll umgehend wieder aufgehoben werden auch dazu wird im dazugehörigen Kapitel näher eingegangen.

2. „Gesundheitssparkonto“

Gemäss Vernehmlassungsvorlage soll für jeden Versicherten, der sich für eine über der Minimalfranchise liegende Wahlfranchise entscheidet, bei der zuständigen Krankenkasse ein Gesundheitssparkonto eingerichtet werden. Der Versicherte muss dann bis zum festzulegenden Stichtag (Vorschlag Regierung: 31. Juli) die gewünschte Summe hinterlegen. Das Konto dient der Sicherstellung der Bonität bzw. Liquidität des Versicherten. Damit soll vermieden werden, dass die Versicherten eine hohe Wahlfranchise abschliessen, um von einer niedrigen Prämie profitieren zu können, im Schadensfall die Franchise aber nicht verfügbar ist. Der Gedankengang der Regierung ist durchaus nachvollziehbar, jedoch kann auch heute eine Wahlfranchise über CHF 1'500 abgeschlossen werden, ohne dass der Versicherte eine Kautions hinterlegen muss. Die Ärztekammer sieht überdies ein Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen: Die Einrichtung und à-jour-Haltung von personalisierten Konten in grosser Zahl wird einen erheblichen personellen und technischen Mehraufwand bei den Krankenkassen auslösen. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind jedoch direkt prämierelevant, die Prämien werden also durch den hohen Verwaltungsaufwand steigen. Der daraus resultierende Nutzen steht nach Ansicht der Ärztekammer nicht im Verhältnis zum damit verbundenen Aufwand. Das Hauptrisiko des Gläubigers (ob nun im Tiers payant oder im Tiers garant) liegt unseres Erachtens wohl nicht im Delkredere-Risiko, sondern im Mahn- und Inkassowesen durch säumige Versicherte. Das Konto kann im Anlassfall zwar das Delkredere-Risiko eliminieren, aufgrund der Wahlfreiheit des Patienten, ob er aus dem Konto oder out-of-pocket bezahlt, wird der Gläubiger den säumigen Patienten dennoch zuerst mahnen müssen, erst ein mögliche Exekution kann auf das Gesundheitssparkonto zugreifen. Nur falls der Patient die Honorarnote zwingend aus dem Konto bezahlen müsste, könnten die Gläubiger direkt auf die Kassen zugreifen. Aus dem Vernehmlassungsbericht und nach erfolgter Nachfrage beim zuständigen Amt wird festgehalten, dass der Mechanismus des Gesundheitssparkontos lediglich in Grundzügen durchdacht ist und noch keine detaillierte Umsetzung geprüft wurde. Die Ärztekammer kann einem Grundkonzept nicht zustimmen, dessen Auswirkungen erst durch die detaillierte Konzeptionierung sichtbar werden.

Unklar ist auch, weshalb die Guthaben auf den Gesundheitssparkonten nicht verzinst werden müssen, die Kassen als Kontoinhaber erhalten auf die Guthaben jedenfalls Zinsen oder erzielen Performance am Kapitalmarkt. Bei einem Volumen von mehreren Millionen Franken erhalten die Kassen somit Zinsen im fünf- oder gar sechsstelligen Bereich. Dass diese Zinsen den Versicherten nicht weitergegeben werden und die Kassen somit zusätzliche Gewinne einstreifen

chen, ist nicht akzeptabel. Die Kapitalerträge müssten durch die Kassen direkt als allgemeine Prämienreduktion an die Versicherten weitergegeben oder dem individuellen Gesundheitssparkonto gutgeschrieben werden.

Es sind insgesamt noch viele Fragen unbeantwortet, der Mechanismus des Gesundheitssparkontos ist unausgegrenzt. Konkret stellen sich folgende Fragen (demonstrative Aufzählung):

- Was passiert, wenn zwischen Stichtag und Beginn des Geschäftsjahres das Guthaben aufgebraucht und nicht wieder aufgefüllt wird? Wie kann gewährleistet werden, dass das Guthaben im dazugehörigen Jahr auch zur Verfügung steht?
- Wie ist der konkrete Entscheidungsprozess des Versicherten (Guthaben vs. out-of-pocket) aufgebaut?
- Kann der Gläubiger (Leistungserbringer) bei säumigen Schuldnern direkt auf ein vorhandenes Guthaben zugreifen?
- Wieso müssen die Guthaben nicht verzinst werden?
- Wie hoch sind die prognostizierten Verwaltungskosten der Kassen in Zusammenhang mit den Gesundheitssparkonten?

Der Errichtung von Gesundheitssparkonten mag eine einleuchtende Intention zugrunde liegen, der Preis für die daraus gewonnenen Vorteile ist nach Ansicht der Ärztekammer jedoch zu hoch, der prämierelevante Administrativaufwand steht wohl nicht im Verhältnis zum Nutzen. Ausserdem sind zahlreiche, entscheidende Fragen noch nicht geklärt. Zum aktuellen Zeitpunkt kann die Errichtung von Gesundheitssparkonten auf Basis der heute vorliegenden Informationen nicht unterstützt werden.

3. Anhebung Kostenbeteiligung

Die Regierung sieht eine Anhebung der minimalen Kostenbeteiligung der Versicherten vor. Der feste Sockelbeitrag („Franchise“) soll von heute CHF 200 auf neu CHF 500 angehoben werden, der prozentuale Selbstbehalt von heute 10% (bis CHF 6'000) auf neu 20% (bis CHF 5'000). Die maximale Kostenbeteiligung beträgt heute für einen erwachsenen Versicherten CHF 800, neu beträgt die Kostenbeteiligung CHF 1'400, dies entspricht einer Steigerung von 75% bei Leistungsbezug > CHF 6'200. Zusätzlich wird die hälftige Befreiung von der Kostenbeteiligung für Rentner sowie die gänzliche Befreiung von der Kostenbeteiligung für chronisch Kranke ersatzlos gestrichen.

Durch die höhere Kostenbeteiligung werde die Prämie gemäss Berechnungen der Regierung für alle Versicherten um ca. CHF 420 pro Jahr sinken. Daher würden die Mehrkosten für die Versicherten vor Rentenalter „nur“ CHF 180 pro Jahr, für Versicherte nach Rentenalter „nur“ CHF 580 pro Jahr betragen. Die Regierung legt damit aber nicht die volle Kostenwahrheit offen: Die genannten Mehrkosten stimmen nur bei Leistungsbezug von > CHF 6'200. Werden

Leistungen in Höhe von CHF 5'000 bezogen, liegen die Mehrkosten für die Versicherten vor Rentenalter bei CHF 300, für Versicherte nach Rentenalter bei CHF 640. Für chronisch Kranke, die gemäss heutiger Liste der chronischen Krankheiten bisher von der Kostenbeteiligung befreit waren, betragen die maximalen Mehrkosten gar CHF 980 pro Jahr. Die überwiegende Mehrheit der chronisch Kranken verursacht jährliche Kosten > CHF 5'000, so dass mit einer wiederkehrenden, jährlichen Mehrbelastung von CHF 980 zu rechnen ist, zuzüglich zur jährlich steigenden Prämie, welche den Prämienvorteil von CHF 420 innert weniger Jahre auffressen wird.

Die Regierung erachtet die Mehrkosten jedenfalls als zumutbar und fordert eine scharfe Trennung des durch Krankheit verursachten menschlichen Leidens und der finanziellen Absicherung durch die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung könne nur die finanziellen Folgen abfedern, jedoch kein Leid lindern, daher wird von der Regierung die geläufige Phrase: „Jemand ist durch sein Leiden schon genug gestraft, er soll daher nicht auch noch finanziell bestraft werden“ dezidiert abgelehnt. Die Regierung sieht die Krankenversicherung nur noch als reine Risikoversicherung im Stile einer Vollkaskoversicherung für das Auto. Der Sozialaspekt der Krankenversicherung wird bewusst ausgeblendet und die Sozialversicherung „vertechnisiert“. Die Ärztekammer ist in grosser Sorge, da die Regierung die Sozialversicherungen anscheinend nur noch durch die BWL-Brille betrachtet und den sozialen Kern der Versicherungen ausblendet. Die Krankenversicherung verkommt damit zu einem reinen Versicherungsgeschäft, was aufgrund der gesetzlichen Versicherungspflicht per se abwegig ist. Die Regierung macht den Menschen zum Produkt und entzieht dem KVG jegliche Menschlichkeit, Solidarität sowie Sozialcharakter. Diese Entwicklung ist sehr besorgniserregend und stellt eine grosse Gefahr für die Sozialwerke dar.

Die Streichung der hälftigen bzw. gänzlichen Kostenbeteiligung für Rentner und chronisch Kranke unterläuft das Solidaritätsprinzip: Jüngere entlasten Ältere, Gesunde entlasten Kranke. Sowohl Rentner als auch chronisch Kranke sehen sich wiederkehrend mit hohen Gesundheitskosten konfrontiert. Neben der monatlich zu leistenden Prämie müssen Rentner heute zumindest die halbe Kostenbeteiligung entrichten, chronisch Kranke sind von der Kostenbeteiligung gänzlich befreit. Neu werden beide Gruppen analog zu jungen, gesunden Versicherten zur Kasse gebeten. Der Unterschied zu jungen, gesunden Versicherten ist jedoch, dass Rentner und chronisch Kranke in der Regel jährlich die voll Kostenbeteiligung entrichten müssen. Mit Voranschreiten des Alters steigt die Anzahl der Personen mit multimorbiden Krankheitsbildern stark an, parallel nehmen Medikamentenbedarf und dadurch die verursachten Kosten zu. Ältere Versicherte sehen sich also mit der Tatsache konfrontiert, dass sie in der Regel aufgrund der Morbidität höhere Kosten verursachen als jüngere Versicherte. Hinzu kommt, dass die heutigen Rentner, die von der neuen Regelung bestraft werden, in jüngeren Jahren die älteren Generationen durch ihre Prämien und Kostenbeteiligungen querfinanziert haben.

Nun, wo sie im Rentenalter sind, profitieren sie nicht mehr von der Solidarität zwischen jungen und alten Versicherten. Trügerisch ist die Meinung, dass heute alle Rentner Mietobjekte besitzen und daher die Mehrkosten für die Krankenversicherung aus der Portokasse zahlen. Gerade die markante Erhöhung der Kostenbeteiligung macht die hälftige Befreiung von der Kostenbeteiligung umso wichtiger.

Noch härter trifft die KVG-Revision die chronisch Kranken gemäss KVV. Die in Anhang 5 KVV genannten chronischen Krankheiten befreien von der Kostenbeteiligung. Die Regierung gedenkt, diese Befreiung ersatzlos aufzuheben. Begründet wird dies einerseits durch die Schwierigkeit, eine faire Liste der chronischen Krankheiten zu führen, andererseits sei das menschliche Leid von finanziellen Aspekten zu trennen: chronische Kranke, die wirtschaftlich schlechter gestellt seien, könnten Prämienverbilligung beantragen und damit finanziell spürbar entlastet werden. Da das Prämienverbilligungssystem weder in Subventionshöhe noch bezüglich Einkommensgrenzen angepasst wird, ändert sich für die chronisch Kranken hierbei nichts: Entweder sie erhalten aufgrund des Einkommens bereits heute Prämienverbilligung oder auch nicht. Die Mehrkosten der Kostenbeteiligung von CHF 1'400 ist daher unabhängig von der Prämienverbilligung und belastet die chronisch Kranken massiv.

Die Ärztekammer räumt ein, dass die Liste chronischer Krankheiten nicht restlos überzeugen kann, da keine scharfe Trennung zwischen chronischer Krankheit (z.B. Heuschnupfen) und unterstützenswerten chronischen Krankheiten (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson etc.) möglich sein wird. Die Ärztekammer ist jedoch überzeugt, dass die Liste durchaus ihre Berechtigung hat und vor allem kostenintensive chronische Krankheiten weiterhin zur Befreiung von der Kostenbeteiligung rechtfertigen. Bereits die Vorgängerregierung beabsichtigte, im Rahmen einer KVG-Revision die Befreiung von der Kostenbeteiligung für chronisch Kranke zu streichen, da keine befriedigende Kategorisierung möglich sei. Der Gesetzgeber hat dieses Vorhaben im Rahmen der ersten Lesung scharf kritisiert, so dass die Regierung von der Änderung Abstand genommen und die Erarbeitung einer Lösung in Aussicht gestellt hat. Es ist demokratiepolitisch schwer nachvollziehbar, diesen Vorstoss in so kurzer Zeit nochmals zu lancieren. Um diesen erneuten Vorstoss zu rechtfertigen, müssten nach Ansicht der Ärztekammer Änderungen in der Ausgangslage vorhanden sein. Die Ärztekammer kann keine sachlichen Gründe ausmachen, die ein Abweichen vom Willen des Gesetzgebers 2012 rechtfertigen würden. Die Ärztekammer kann sich vorstellen, dass die Aufnahme auf die Liste der chronischen Krankheiten von den regelmässig anfallenden Kosten abhängig gemacht wird. So könnte z.B. festgelegt werden, dass nur chronische Krankheiten aufgenommen werden, bei denen jährliche Durchschnittskosten von > 5'000 Franken plausibel sind. Damit kann die zuständige Kommission sich davor schützen, jegliche Krankheiten mangels Verweigerungsgrund aufnehmen zu müssen. Der Mechanismus der chronischen Krankheiten kann definitiv verbessert werden, eine 100%-ige Fairness wird jedoch nicht möglich sein, da geht die Kammer mit der Regierung ei-

nig. Dennoch ist eine einigermaßen faire Lösung besser als gar keine Entlastung der chronisch Kranken, daher hält die Ärztekammer explizit an der Befreiung chronisch Kranker fest.

Im Bericht und Antrag Nr. 20/2012 führt die Regierung auf Seite 25 aus, dass gemäss Angaben der Krankenkassen ca. 1'000 Personen von der Liste der chronischen Krankheiten erfasst wurden und durch die Befreiung von der Kostenbeteiligung ca. CHF 0.8 Mio. über die Prämie querfinanziert werden musste. Die Ärztekammer ist der Ansicht, dass die übrigen Versicherten solidarisch mit den chronisch Kranken sein müssen und der Betrag von +/- CHF 1 Mio. über das Kollektiv querfinanziert werden sollte. Die von der Regierung im Vernehmlassungsbericht wiederholt getätigte Aussage, dass menschliches Leid und Risikofinanzierung klar zu trennen sei, gipfelt in der Aufhebung der Befreiung von der Kostenbeteiligung von chronisch Kranken. Das Solidaritätsprinzip ist eine tragende Säule des Krankenversicherungsgesetzes und der übrigen Sozialversicherungen. Die Elimination dieses Grundprinzips beraubt das KVG seiner Grundintention und ist daher keinesfalls akzeptabel. Falls die Regierung wirklich der Überzeugung ist, dass das KVG auf rein finanzpolitischen und betriebswirtschaftlichen Grundlagen basieren soll, muss die Regierung die pauschale und undifferenzierte Finanzierung der Gesundheitskosten der Kinder unter 16 Jahren sofort abschaffen und die Behandlungskosten und Kostenbeteiligungen für Kinder nur noch bei Bedürftigkeit der Erziehungsberechtigten gestatten. Dadurch könnte der Staat einige Millionen einsparen. Die Kinderprämien werden jedoch, genauso wie das im Giesskannenprinzip ausgestaltete Kindergeld, als heilige Kühe angesehen, hier scheint der politische Mut zu fehlen. Die Ärztekammer kann nicht nachvollziehen, dass Rentner in bedürftig und nicht bedürftig eingestuft werden, millionenschwere Eltern jedoch keine Kinderprämie zahlen, keine Kostenbeteiligung für Kinder entrichten und gleichzeitig noch Kindergeld beziehen können. Diese Haltung ist doppelgesichtig und aus Sicht der Ärztekammer ein Hohn gegenüber Rentnern. Die Ärztekammer spricht sich keinesfalls für die Abschaffung staatlich finanzierten Kinderprämie aus, sondern möchte der Regierung die Inkonsistenz ihrer Argumentation aufzeigen.

4. Bedarfsplanung

Die Regierung plant einschneidende Massnahmen im Bereich der Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung soll neu nicht mehr einvernehmlich zwischen dem LKV und dem jeweiligen Berufsverband (Ärztekammer, Psychologenverband etc.) festgelegt werden, sondern dem LKV wird die alleinige Entscheidungskompetenz übertragen, während die Verbände der Leistungserbringer (Ärztekammer, Psychologenverband etc.) ein unverbindliches Anhörungsrecht besitzen. Die gemeinschaftliche Erstellung und Bewirtschaftung der Bedarfsplanung soll dem LKV übergeben werden. Die Regierung rechtfertigt die „Entmachtung“ der Leistungserbringer mit einem potentiellen Effizienzgewinn, man verspricht sich eine dynamischere und flexiblere Gestaltung der Bedarfsplanung. Ausserdem sei der LKV weiterhin an die gesetzliche Pflicht zur

Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung gebunden. Der LKV sei „Auftraggeber der Leistungen“ und entscheide daher, welche Leistungen er von wem einkaufe, als Auftraggeber wisse er wohl am besten Bescheid, welche Kapazitäten im System notwendig seien. Hier irrt die Regierung: Der Auftraggeber der Leistung ist immer noch der Versicherte. Der LKV ist lediglich die Zahlstelle, welche die Gesetzmässigkeit des Leistungsbezugs beurteilt und anschliessend die Zahlung auslöst.

Die Regierung versucht, der mutmasslichen Argumentation der Leistungserbringer proaktiv entgegenzutreten und deren Vorbringen bereits zu entkräften. Es sei nicht zu befürchten, dass der LKV eine allein auf kostenminimierenden Kriterien beruhende Bedarfsplanung erlassen werde, da sich häufende „Kundenreklamationen“ eine Unterversorgung verhindern würden. Es ist bezeichnend, dass die Regierung die Argumentation gegen die neuen Kompetenzen in der Bedarfsplanung bereits zu entkräften versucht. Die Argumentation der Regierung greift jedoch nicht nur zu kurz, sie widerspricht sich sogar grundlegend: Mit dem Bekenntnis zur Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage (S. 22 Vernehmlassungsbericht) stellt die Regierung die These auf, dass das steigende Angebot die Nachfrage vergrössert und damit die Kosten nach oben treibt. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass die Reduktion des Angebots nach Ansicht der Regierung die Nachfrage dämpft und damit die Gesamtkosten verringert, was ja offensichtlich das Primärziel der Regierung ist. Für Anhänger der Theorie der angebotsinduzierten Mengenausweitung ist somit die Reduktion des Angebots der Schlüssel zur Reduktion der Nachfrage und somit der Gesamtkosten. Es liegt auf der Hand, dass die Regierung, sollte der LKV wider Erwarten keinen Stellenabbau vornehmen, auf die Reduktion der Bedarfsstellen drängen wird. Die Ärztekammer hält es für wenig glaubhaft, dass sich LKV und Regierung von „Kundenbeschwerden“ aus dem Tritt bringen lassen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Regierung auch in dieser Thematik ein Hintertürchen schaffen möchte, eine subsidiäre Gestaltungskompetenz, falls der LKV von der beabsichtigten Linie abweicht. Die Regierung kann den LKV gemäss Art. 16b Abs. 1a auffordern, die Bedarfsplanung (nach Gusto der Regierung) zu ändern. Kommt der LKV dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, kann die Regierung (nach unverbindlicher Anhörung der Ärztekammer) die Bedarfsplanung nach Gutdünken ändern. Spätestens dann wird der Trend zum kontinuierlichen Stellenabbau Einzug halten.

Die Ärztekammer hält an dieser Stelle fest, dass sie es für gesundheits- und demokratiepolitisch äusserst bedenklich hält, dass die Regierung sich breitflächige Kompetenzen einräumen lassen möchte. Durch subsidiäre Gestaltungsrechte kann die Regierung die zuständigen Organisationen jederzeit aushebeln und autokratisch entscheiden. Die Entscheidungsmacht wird damit auf drei Regierungsmitglieder gebündelt, während die zuständigen Organisationen zu Erfüllungsgehilfen degradiert werden. Bisher sind die Regierungskompetenzen darauf beschränkt, gemeinsame Beschlüsse der Verbände zu legitimieren bzw. unterlassene Pflichten

zu substituieren. Mit der aktuellen Politik erreicht die Gestaltungsmacht der Regierung eine völlig neue Ebene, was Willkür Tür und Tor öffnet. Die Ärztekammer legt grosse Hoffnung darauf, dass der Gesetzgeber erkennt, dass der gesetzliche Ausschluss der Verbände zu einer Instabilität führt und die politischen Interessen der jeweiligen Regierung unkontrolliert überlässt.

Weiters sieht die Vernehmlassungsvorlage vor, dass der LKV detaillierte Verträge mit den zur OKP zugelassenen Leistungserbringern abschliesst. Darin soll Art und Umfang der Leistungserbringung festgelegt werden. Die individuell ausgestalteten Verträge sollen regeln, welche Leistungen zu welchen Zeiten zu erbringen sind. Dem Leistungserbringer wird also vorgeschrieben, wann die Praxis geöffnet sein muss und welche konkreten Leistungen er zu erbringen hat. Die Regierung begründet diese Massnahme damit, dass die Leistungserbringer in der Vergangenheit zu viele Freiheiten genossen hätten und teilweise nicht-kassenpflichtige Leistungen vorgezogen hätten, während kassenpflichtige Leistungen zurückgestellt wurden. Neu sollen mit dem Recht der OKP-Abrechnung auch vermehrt Pflichten einhergehen.

Die Regierung möchte also, dass der LKV den einzelnen Leistungserbringern zukünftig vertraglich vorschreibt, wie sie ihre Arbeit zu machen haben. Die Ärztekammer geht dahingehend mit der Regierung einig, dass zukünftig darauf zu achten ist, dass besetzte OKP-Stellen nicht brach liegen, weil der Stelleninhaber andere Praxen im Ausland führt oder kein Interesse an einer hauptberuflichen Tätigkeit im Inland hat. Die Regierung schießt nach Ansicht der Ärztekammer aber weit über das Ziel hinaus, da sie verlangt, dass sich die Leistungserbringer vom LKV in ein steifes Korsett zwingen lassen, welches genauestens vorschreibt, welche Leistungen zu erbringen sind und zu welchen Zeiten der Leistungserbringer anwesend zu sein hat. Dies ist mit einer freiberuflichen Berufsausübung nicht mehr kompatibel und hat den Charakter eines Angestelltenverhältnisses. Viele medizinische Fachbereiche umfassen zahlreiche Leistungen, die nicht von der OKP übernommen werden (z.B. plastische und ästhetische Chirurgie etc.), jedoch von der Bevölkerung stark nachgefragt werden. Es muss dem Vertragsarzt freistehen, seinen Behandlungsplan selbst festzulegen. Vorrang haben medizinisch dringliche Eingriffe, die übrigen ärztlichen Handlungsfelder dürfen nicht durch versicherungsrechtliche Bestimmungen diktiert werden.

Als krönenden Abschluss sieht der Vernehmlassungsbericht vor, dass OKP-Verträge auf **höchstens** vier Jahre zu befristen sind. Mittels Übergangsbestimmung sollen alle bestehenden Verträge ebenfalls auf Ende 2017 auslaufen und anschliessend befristet werden. Auch im heutigen Recht ist vorgesehen, dass Verträge befristet werden. Diese Vorgabe wurde in der Vergangenheit nicht eingehalten, dieses Versäumnis ist dem LKV als Vertragspartner anzulasten. Aufgrund der heutigen Rechtslage ist aus diesem Versäumnis kein Schaden entstanden: Die Materialien zum KVG sehen vor, dass die Befristung lediglich kosmetischer Natur ist und den

Anspruch auf Neuabschluss nach Ablauf der Befristung nicht tangiert wird. Mit der Befristung soll lediglich gewährleistet werden, dass die Verträge regelmässig „gewartet“ werden können. Siehe dazu Bericht und Antrag Nr. 72/2003, Seite 29:

„Die Befristung der Verträge bedeutet nicht, dass nach Ablauf der Frist, der Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages dahin fällt. Vor dem Eintritt des AHV-Alters kann eine einmal ausgesprochene Zulassung zur Krankenversicherung nur gestützt auf das in Art. 19c vorgesehene Verfahren über den Ausschluss von Leistungserbringern rückgängig gemacht werden. Die Befristung hat den Zweck, dass die vertraglichen Beziehungen zwischen LKV und Leistungserbringer periodisch überprüft und allenfalls geänderten Umständen angepasst werden.“

Der Gesellschaftsminister, welcher ungewöhnlich stark bereits während der Vernehmlassungsfrist um „seine“ Vorlage weibelt, untermauert die Befristung immer wieder mit dem Argument, dass OKP-Verträge nur vom Arzt gekündigt werden können. Der Arzt erhalte also einen lebenslangen Vertrag und „kann tun und lassen, was er will“. Dieser Aussage ist deziert zu widersprechen: Der Minister wird auf Art. 19c KVG verwiesen, welcher den Ausschluss aus der OKP-Zulassung vorsieht. Dabei handelt es sich formal-juristisch um einen Entzug und keine Kündigung, die Möglichkeit, einen OKP-Vertrag zu entziehen besteht jedoch zweifelsfrei. Es muss als tendenziöse Werbung für die Vorlage angesehen werden, dass der zuständige Minister wider besseren Wissens behauptet, ein OKP-Vertrag sei nicht kündbar, wobei er entziehbar meint. Das ist eine Täuschung der Bevölkerung und dient lediglich dazu, eine wohlwollende Stimmung bei der Bevölkerung zu erzeugen.

Das heutige Recht sieht also Auflösungen von OKP-Verträgen nur durch das in Art. 19c KVG vorgesehene Ausschlussverfahren vor. Diese Bestimmung wurde seit ihrem Bestehen noch nicht bemüht, dennoch kommt die Regierung zum Schluss, dass eine auflösende Befristung rechtlich einfacher zu handhaben sei als eine Kündigung gemäss Art. 19c. Die Regierung möchte mit der Befristung der Verträge ein gewisses „Wohlverhalten“ bei den Vertragsinhabern erzwingen. Bereits das Wording ist grenzwertig und stellt die Leistungserbringer unter einen Generalverdacht. Der Regierung scheint ein Ausschluss aus der OKP nicht zu genügen: Leistungserbringer, die nicht das gewünschte „Wohlverhalten“ zeigen, sollen spätestens nach vier Jahren ausgesondert werden können. Die Regierung scheint zu übersehen, dass auch gegen die Nicht-Verlängerung des Vertrags ein Rechtsmittel möglich sein wird, nämlich über den in Art. 28 KVG genannten Instanzenzug. Die Ärztekammer ist überrascht, dass die Regierung wohl davon ausgeht, dass aus der OKP zwangsweise ausscheidende Leistungserbringer, deren wirtschaftliche Existenz gefährdet ist, diesen Ausschluss sang- und klanglos hinnehmen. Der Ausschluss aus der OKP wird durch die geplanten Neuerungen ebenfalls in den Gerichtsinstanzen ausgefochten, mit grosser Wahrscheinlichkeit wird dem Leistungserbringer die aufschiebende Wirkung zuerkannt, so dass er während des Verfahrens seine Tätigkeit wei-

terhin ausüben kann. Kombiniert mit den geplanten Knebelverträgen erreicht die Regierung damit die offensichtliche Hauptintention: Die Attraktivität für Leistungserbringer zu senken und damit die Anzahl Leistungserbringer mittelfristig massiv zu senken. Das Ziel der Regierung ist offensichtlich nicht die faktische Kündigung von Verträgen, sondern die generalpräventive Wirkung der Nicht-Verlängerung des Vertrags. Die Leistungserbringer sollen aus Angst vor einer Nicht-Verlängerung zu einem „Wohlverhalten“ angehalten werden. Diese Intention wiegt sogar schwerer als die Schaffung einer willkürbehafteten Befristung von Verträgen: Die Regierung schafft damit die Basis für eine Billigmedizin aus Angst vor Repressalien (Nicht-Verlängerung). Hohe Umsätze werden, selbst wenn sie absolut gerechtfertigt sind, zu einer möglichen Nicht-Verlängerung des Vertrags führen. Die Leistungserbringer werden daher versuchen, teure Patienten zu vermeiden, damit sie die Gunst des LKV bei der Vertragsverlängerung besitzen. Gleichzeitig werden die Leistungserbringer auf teure Medikamente oder teure Diagnostiken verzichten. Daraus resultiert einerseits eine Billigmedizin, andererseits wird es zu einer Verschiebung der Kostenstelle kommen, indem Patienten zu anderen Leistungserbringern (Röntgen im LLS, Labor im Auftragslabor, Medikamente in der Apotheke) geschickt werden. Dadurch werden Doppelspurigkeiten provoziert, welche sich negativ auf die Kosten auswirken und dem Patienten zusätzliche Wege und damit Zeitverlust aufbürden.

Die Regierung führt in der Vernehmlassungsvorlage aus, dass die Gefährdung der Planungssicherheit kein Argument gegen die Befristung der Verträge sei. Es gebe kaum eine Berufsgruppe, die soviel Planungssicherheit besitze, wie die Leistungserbringer in der OKP, diese würden nach Aufnahme in der OKP fortlaufend mit „Aufträgen“ versorgt. Hier zeigt sich einmal mehr, dass die Regierung das Gesundheitswesen mittlerweile mit der Privatwirtschaft querstellt und BWL-Basiswissen abrufen will. Leider, und das ist eine wichtige Erkenntnis, die gewonnen werden sollte, funktioniert eine Sozialversicherung nicht nach BWL-Basiswissen, sondern kennt eigene Regeln. Die Simplifizierung des Gesundheitswesens durch Analogien zur Privatwirtschaft ist ein folgenschwerer Trugschluss, dessen sich die Regierung schnellstmöglich entledigen sollte. Den Argumenten der Regierung muss entgegengehalten werden, dass der Ausschluss aus der OKP schwerwiegende bis existenzbedrohende Folgen für den Leistungserbringer hat, da das wirtschaftliche Fortkommen ohne OKP teilweise unmöglich ist (z.B. als Hausarzt). Nur Personen mit Mehrfachstandorten können starke Einbußen im Inland quersubventionieren, solche Leistungserbringer sind nach Ansicht der Ärztekammer jedoch nicht primär anzusiedeln. Die Entscheidung über die Verlängerung eines OKP-Vertrags mit den genannten Konsequenzen in die Hände des LKV zu legen und mit dem Generalatbestand „kein Bedarf an Leistungserbringung mehr“ (Art. 16d Abs. 3a Bst. b) zu betonieren, ist grobfahrlässig und verlangt vom betroffenen Leistungserbringer, dass er sich gegen Schikane des LKV mit langwierigen Gerichtsverfahren wehren muss. Nebenbei bemerkt fragt sich die Ärztekammer, wie ein bestehender Bedarf von heute auf morgen verschwinden kann.

Grösste Mühe bekundet die Ärztekammer mit der Tatsache, dass die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen zur Verbesserung der Praxisnachfolge bzw. Nachwuchsförderung nicht aufgenommen wurden. Die Ärztekammer hat in den vergangenen zwölf Monaten intensiv an einem Konzept zur Verbesserung der Bedarfsplanung gearbeitet. Dieses Konzept wurde von der Plenarversammlung verabschiedet, mit dem LKV abgestimmt und dem Amt für Gesundheit vorgelegt. Die Ärztekammer hat sich sogar bereit erklärt, pfannenfertige Gesetzestexte zu verfassen, obwohl das in die Zuständigkeit der Landesverwaltung fällt. Die Ärztekammer hat sowohl Amt als auch Ministerium im Vorfeld nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die erarbeiteten Verbesserungen unerlässlich sind, um die Bedarfsplanung mittelfristig aufrecht zu erhalten. Die heutige Systematik sorgt dafür, dass sich keine jungen, ambitionierten Ärzte niederlassen können, da keine OKP-Stellen frei sind. Gleichzeitig fahren immer mehr Ärzte, die Richtung Pensionsalter gehen, ihr Pensum herunter, um einen sanften Ausstieg aus dem Berufsleben vorzubereiten. Das führt zu einem Klumpenrisiko und bedroht die Aufrechterhaltung der Versorgung. Vor allem im Bereich der Hausarztmedizin ist in naher Zukunft mit einer massiven Unterversorgung zu rechnen, falls keine systemischen Verbesserungen erzielt werden. Die Ärztekammer hat darüber hinaus Verbesserungen erarbeitet, welche die Praxisübergabe optimieren sollten: Bisher sind Praxisübergaben äusserst kompliziert und schlecht planbar: Der Arzt weiss nicht, welcher Bewerber die Stelle erhält. Er kann also nicht frühzeitig einen fachlich und menschlich passenden Nachfolger akquirieren, da dieser von anderen Bewerbern verdrängt werden kann. Die Ärztekammer schlägt vor, eine Probezeit für potentielle Nachfolger einzuführen und dies dementsprechend zu bepunkten. Damit ist zwar weiterhin nicht mathematisch gesichert, dass der Wunschnachfolger die Bedarfsstelle erhält, die Planungssicherheit ist jedoch deutlich grösser.

Die Ärztekammer hat der Verwaltung die beiden dazu ausgearbeiteten Konzepte zur Verfügung gestellt und passende Gesetzesvorschläge erarbeitet. Diese wurden jedoch im Vernehmlassungsbericht nicht berücksichtigt. Als Begründung führt die Regierung aus, dass es sich nach Ansicht der Regierung nicht um eine Gesetzesmaterie handelt, sondern vom LKV in der zu erstellenden Bedarfsplanung festgelegt werden kann. Dieser Ansicht widerspricht die Ärztekammer dezidiert: Es ist nach unserem Rechtsverständnis zwingend notwendig, die weitreichenden Systemänderungen gesetzlich zu verankern. Das Bestimmtheitsgebot (allgemeiner Rechtsgrundsatz) legt fest, dass Gesetze einen adäquaten Detaillierungsgrad aufweisen müssen. Die Pflicht, eine Bedarfsplanung zu erstellen sowie die Höchstzahl der Bedarfsstellen festzulegen ist nach Ansicht der Ärztekammer keinesfalls ausreichend, die gewünschten Sonderregelungen rechtlich zu verankern. Der LKV, dem die Implementierung der Verbesserungen in der Bedarfsplanung aufgetragen werden sollen, hat in der Vergangenheit keinerlei aktive Schritte zur Verbesserung der Bedarfsplanung gesetzt. Es ist abwegig zu glauben, dass der LKV ohne konkrete Vorgaben Systemoptimierungen erarbeitet, wenn bisher keinerlei

Initiative erkennbar war. Die Ärztekammer fordert die Regierung auf, die konkreten Vorschläge in die Revision einzuarbeiten und damit Rechtssicherheit zu schaffen.

5. Einführung Tiers Garant

Die Regierung beabsichtigt, für ambulante Leistungen den Abrechnungsmodus abzuändern und neu den sogenannten „Tiers Garant“ (TG) anstelle des heute geltenden „Tiers Payant“ (TP) einzuführen. Im TG werden die beanspruchten Leistungen nicht mehr direkt von den Krankenkassen bezahlt, sondern der Patient erhält die Rechnung und muss diese bezahlen. Er kann die Rechnung anschliessend bei der Krankenkasse einreichen und hoffen, dass der Rechnungsbetrag (abzüglich Franchise und Selbstbehalt) rückerstattet wird. Der Patient muss also in Vorkasse gehen und die Rechnung direkt dem Arzt oder dem Physiotherapeuten bezahlen. Der Systemwechsel soll dazu dienen, den Patienten zur genauen Kontrolle der Rechnung zu veranlassen. Der Patient soll einerseits ein Kostenbewusstsein aufbauen, andererseits die Rechnung auf Richtigkeit kontrollieren und somit Missbräuche aufdecken. Dem Patienten wird also zugemutet, die Rechnungen auf Fehler zu überprüfen. Es ist der Ärztekammer schleierhaft, wie der Patient das bewerkstelligen soll. Allein der Arzttarif enthält ca. 900 medizinische Positionen, welche oftmals aufgrund der eindeutigen Kurzbeschreibung nicht näher definiert sind. Selbst wenn der Tarif zu Rate gezogen wird, kann ein medizinischer Laie in aller Regel keinerlei Plausibilisierung der abgerechneten Leistungen vornehmen. Einzig die hinterlegte Zeit kann als Indikator für den Patienten dienen. Die Ärztekammer weist die Regierung aber nochmals darauf hin, dass es sich bei den im Tarif hinterlegten Zeiten um Maximalzeiten handelt. Dass die kumulierten Zeiten den tatsächlichen Aufenthalt in der Praxis überschreiten ist daher nicht ungewöhnlich. Hinzu kommen oftmals Positionen, die der Arzt in Abwesenheit des Patienten macht (Berichte schreiben, Konsiliararzt kontaktieren etc.). Diese Positionen sind ebenfalls auf der Rechnung und mit der definierten Zeit hinterlegt so dass die Präsenzzeit in der Praxis noch weiter von der verrechneten Dauer abweicht.

Die Ärztekammer kann die Intention der Regierung grundsätzlich nachvollziehen, der Patient ist näher an der eigenen Behandlung als die Krankenkasse. Dennoch ist die Vorstellung, der Patient könne die Rechnung seriös verifizieren und damit Missbräuche aufdecken, der Sozialromantik zuzuordnen.

Damit fällt gleichzeitig der von der Regierung beabsichtigte Zweck des TG dahin. Der TG ist für den Patienten nachteilig, da er damit in die Holschuld gedrängt wird. Der Patient muss bei der Krankenkasse für die Kostenübernahme einstehen und notfalls rechtlich gegen die Kasse vorgehen. Im heutigen TP ist die Kasse in der Holschuld beim Patienten (Franchise, Selbstbehalt), die effektive Bezahlung der Rechnung findet zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer statt. Der Leistungserbringer unterstützt den Patienten heute bei der Durchsetzung seiner Ansprüche. Im TG ist der Patient den Krankenkassen völlig ausgeliefert, während der

Leistungserbringer gleichzeitig die Begleichung seines Honorars einfordert. Die heutigen Verhältnisse zwischen Patient, Leistungserbringer und Krankenkasse werden durcheinandergerührt. Nutzniesser sind die Krankenkassen, die Leistungserbringer erhalten Mehraufwand (Mahn- und Inkassowesen, zwei Schuldner) aber der Verlierer in diesem System ist der Patient.

Die Regierung beschwichtigt in der Vernehmlassungsvorlage, dass nur im ambulanten Bereich auf den TG umgestellt werde, da im stationären Bereich zu hohe Kosten anfallen würden und diese Vorleistung dem Patienten nicht zumutbar sei. Hier irrt die Regierung gleich mehrfach: Erstens fallen auch im ambulanten Bereich sehr hohe Kosten an (ambulante Bestrahlung oder Chemotherapie, Dialyse etc.). Eine ambulante Rechnung des Spitals in Höhe von CHF 10'000 oder mehr sind keine Seltenheit und die Zunahme minimalinvasiver Methoden verstärkt diesen Effekt kontinuierlich. Dass der Patient ambulante Rechnungen immer problemlos vorstrecken kann ist daher weit entfernt von der Wahrheit. Und das Ersatzargument, die Kassen würden die Rechnung vergüten, bevor die Zahlungsfrist des Patienten ablaufe, hebt die ganze Argumentation der Regierung ohnehin auf: Wieso sollen stationäre Behandlung über den TP abgewickelt werden, wenn der Patient ohnehin nur Durchläufer der Rechnung ist? Und wieso soll sich denn der Patient mit der Rechnung auseinandersetzen, wenn die Kassen ohnehin mit vorseilendem Gehorsam alle Rechnungen innert wenigen Tagen zahlen?

Fakt ist, dass die Einführung des TG für das System nachteilig ist und in erster Linie den Patienten belastet, finanziell wie auch emotional. Der Regierung ist es in der Vernehmlassungsvorlage nicht gelungen, eine halbwegs stabile Argumentation für den Systemwechsel darzulegen, daher lehnt die Ärztekammer den Wechsel auf den TG mangels Nutzen ab.

6. Kommissionen

Die Regierung beabsichtigt, die Kosten- und Qualitätskommission (KQK) aufzuheben. Die KQK wurde im Jahr 2004 eingeführt und berät die Regierung bei der Festlegung von Kostenzielen, Verbesserung der Qualitätssicherungsmassnahmen und Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die KQK ist interdisziplinär zusammengesetzt, vertreten sind die Leistungserbringer, die Krankenkassen, das Amt für Gesundheit und die Patientenorganisation. Darüber hinaus ist mindestens ein unabhängiger Experte einzubeziehen. Die KQK hat in den zehn Jahren ihres Bestehens grosse Verdienste im Bereich Datenqualität, Kostenprognosen sowie Qualitätssicherung erworben. Die KQK kann auch als Think Tank angesehen werden, während den monatlichen Sitzungen wird das individuelle Know-How der Kommissionsmitglieder zur vertieften Analyse unüblicher Kostenentwicklungen gebündelt und dazugehörige Systemverbesserungen zur Umsetzung empfohlen. Die Regierung plant nun, die KQK ersatzlos aufzuheben und die bisherigen Aufgaben dem Amt für Gesundheit zu übertragen. Als Begründung führt die Regierung das Gesetz über die Regierungs- und Verwaltungsreform (RVOG) an. Das

RVOG sieht vor, überflüssige Kommissionen in landeseigene Stellen (Ämter, Stabstellen etc.) zu integrieren. Damit soll die Verwaltung gestrafft und Kosten eingespart werden. Die KQK kann aber nicht in das Amt für Gesundheit integriert werden, ohne dass markante Qualitätseinbußen hingenommen werden müssen. Das in der KQK vereinte Wissen ist beim Amt nur partiell vorhanden und das Amt vermag die Brainpower der KQK keinesfalls zu substituieren. Die KQK belastet auch den Landeshaushalt nur in geringem Masse, da die meisten Kommissionsmitglieder keine separate Entschädigung erhalten (LKV, Ärztekammer, Amt für Gesundheit). Rechnet man das Pauschalhonorar des Vorsitzenden unter Einbezug mehrerer hundert Stunden geleisteter Arbeit, käme die Verlagerung auf Landesangestellte einer deutlichen Verteuerung gleich. Würde das Amt also die geleistete Arbeit der KQK 1:1 ersetzen, würden die Kosten deutlich ansteigen, das kann die KQK auch problemlos faktisch belegen.

Triftige Gründe für die Auflösung der KQK bestehen nach Ansicht der Ärztekammer nicht. Die übersichtlichen Kommissionskosten werden durch eine proaktive und engagierte Arbeit mit greifbaren Resultaten gerechtfertigt. Durch die Integration im Amt für Gesundheit ginge die wertvolle Arbeit der Kommission verloren, da das Amt das in der KQK gebündelte Know-How nicht adäquat ersetzen kann. Der von der Regierung vorgeschlagene Einbezug der einzelnen Verbände in die Erarbeitung des Kostenziels kann auch durch die Beibehaltung der KQK realisiert werden, dazu genügt die frühzeitige Einladung zur Stellungnahme durch die Verbände.

7. Wirtschaftlichkeitsverfahren („WZW“)

Seit vielen Jahren erregt das im KVG verankerte Wirtschaftlichkeitsverfahren die politischen Gemüter. Regierung und Landtag beschäftigten sich in zahlreichen Landtagssessionen mit den Wirtschaftlichkeitsverfahren, die zur Erkennung und Sanktionierung fehlbarer Leistungserbringer („schwarzer Schafe“) dienen sollten. Es wurden griffige Kontrollen gefordert, das heutige System funktioniere offenbar nicht, da noch kein einziges „schwarzes Schaf“ sanktioniert worden sei. Einzelne langjährige Abgeordnete haben sich bereits in einen Wahn gesteigert und die gesamte Ärzteschaft unter Generalverdacht gestellt. Die Ärztekammer missbilligt Populismus auf dem Rücken der hart und lange arbeitenden Ärzte, nur weil eventuell einzelne Ärzte nicht nach den Regeln spielen. Die Ärztekammer räumt ein, dass die heutigen Bestimmungen zum Wirtschaftlichkeitsverfahren verbesserungswürdig sind. Schuld daran, dass der Krankenkassenverband seit bald zehn Jahren mit dem laufenden Verfahren nicht weiterkommt, ist jedoch nicht die suboptimale Rechtsgrundlage sondern offensichtlich das mangelnde Know-How beim LKV. Selbst der heutige Instanzenzug kann nicht Schuld daran sein, dass das Verfahren nicht enden will, in der bisherigen Verfahrensdauer werden andere, komplexere Rechtssachen bis nach Strassburg zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte gezogen, inklusiver aller inländischer Instanzen (LG, OG, OGH, StGH). Der LKV kann oder will die Wirtschaftlichkeitsverfahren offensichtlich nicht richtig bzw. effizient anwenden. Noch-

mals: Die Ärztekammer gesteht ein, dass das Wirtschaftlichkeitsverfahren in der Ausgestaltung überdenkt werden muss, hierzu ist genügend Know-How im Land vorhanden oder kann zugekauft werden.

Der gegenständliche Regierungsvorschlag, welcher offensichtlich vom LKV gepusht wurde, ist jedoch an Zynismus kaum zu überbieten. Die Regierung hatte 15 Monate Zeit, sich mit dem landesweit bekannten Problem der Wirtschaftlichkeitsverfahren auseinanderzusetzen und Lösungen zu suchen. Gewählt hat die Regierung jedoch den einfachsten, kürzesten und fragwürdigsten Weg: Einerseits die Streichung einer Rechtsmittelinstanz, andererseits die Etablierung der in Liechtenstein fragwürdigen statischen Methode bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren.

Die Regierung schlägt vor, das aussergerichtliche Schiedsverfahren vor der Paritätischen Vertrauenskommission PVK zu streichen. Dies ist wohlgermerkt die erste Instanz, welche den maximal als Indikator dienenden Durchschnittskostenvergleich analysiert und den statistischen Anfangsverdacht verifiziert bzw. falsifiziert. Diese Instanz dient der frühzeitigen Erkennung falsch auffälliger Benchmarks und der Verhinderung von aussichtslosen und ungerechtfertigten Wirtschaftlichkeitsverfahren. Dem Krankenkassenverband ist diese PVK schon länger ein Dorn im Auge, da die Ärztekammer dafür sorgt, dass der LKV seine Hausaufgaben mit der notwendigen Sorgfalt macht und sich an die in Gesetz und Vereinbarungen festgelegten Spielregeln hält. Die Regierung möchte diesen entscheidenden Schritt nun eliminieren und dem Kassenverband direkt das Schiedsverfahren ermöglichen. Auf den ersten Blick scheint diese Massnahme die Effizienz zu erhöhen und die Wirtschaftlichkeitsverfahren zu straffen. Die Krux ist jedoch, dass der LKV anscheinend nicht weiss, wie Wirtschaftlichkeitsverfahren zu führen sind oder die gesetzlichen Vorgaben nicht ausreichen. Die Streichung der zentralen Instanz wird substantiell gar nichts verbessern. Hier betreibt die Regierung Schönheitschirurgie mit der Maurerkelle.

Die zweite Änderung sieht vor, dass bei einem Wirtschaftlichkeitsverfahren keine Patientendossiers mehr geprüft werden müssen. Diese Änderung wurde erst im Jahr 2012 in das KVG aufgenommen und soll nun, wie auch andere Massnahmen, sofort wieder eliminiert werden. Mit der Streichung der Pflicht zur Prüfung von Patientendossiers soll, auf Wunsch der Krankenkassen und des LKV, die statistische Methode zur Sanktionierung von fehlbaren Leistungserbringern rechtlich zementiert werden. In Liechtenstein gilt, aufgrund der geringen Grösse, jedoch nach herrschender Lehre die analytische Methode, während in der Schweiz vielfach bundesweit auf die statistische Methode zurückgegriffen wird. Die analytische Methode ist aufwendig, hat aber einen entscheidenden Vorteil: Die Krankenkassen müssen die Überarz tung zumindest durch konkrete Einzelfälle nachweisen, während bei der statistischen Methode einfach die Ärzte mit den höchsten Umsätzen abgestraft werden. Die Ärztekammer ist er-

staunt, dass die Regierung offenbar nicht verstanden hat, dass Umsatz keinesfalls auf die wirtschaftliche Arbeitsmethode schliessen lässt. Patientenstamm, Morbiditätsrate, Arbeitspensum, technische Gerätschaften, Praxisapotheke, Praxislabor und weitere Parameter beeinflussen den Umsatz. Dass zwei im selben Fachgebiet tätige Ärzte sehr unterschiedliche Umsätze haben, ist in erster Linie auf sachliche Gründe zurückzuführen und kein Nachweis, dass der Arzt mit den höheren Umsätzen unwirtschaftlich arbeitet. Die analytische Methode schützt den Leistungserbringer vor einer rein auf Statistik beruhenden, rechtlich fragwürdigen Rückforderung durch die Krankenkassen. Die analytische Methode schafft den notwendigen Rechtsschutz und bewahrt den Leistungserbringer vor Willkür seitens des LKV. Es ist ein Unding, den Rechtsschutz des Leistungserbringers aufzuheben, nur um dem LKV nebulöse Rückforderungen zu ermöglichen, gegen die sich der Betroffene kaum wehren kann. Vermeintliche schwarze Schafe zu sanktionieren kann nicht bedeuten, auf Basis nackter Umsatzzahlen mittels benchmarks Rückforderungen zu erzwingen. Missbräuche sind nachzuweisen, zumindest im Ansatz, ansonsten wird jeder Leistungserbringer automatisch potentielles Opfer von Rückforderungen.

Die ganze Thematik zeigt, dass das Wirtschaftlichkeitsverfahren bzw. die Ansätze gegen schwarze Schafe grundsätzlich überdenkt werden müssen. Die Regierung hat es unterlassen, die Zeit seit der Einsetzung dazu zu nutzen, gemeinsam mit den Verbänden neue Ansätze zu kreieren. Der neue Ansatz der Regierung, „Wohlverhalten“ über angedrohte Vertragskündigung zu erzwingen, ist ebenfalls kein gangbarer Weg, da auch hier der Rechtsschutz nicht stattfinden würde. Der LKV wird bei hohen Umsätzen eine vermeintliche Unwirtschaftlichkeit konstatieren und dem Leistungserbringer mit Vertragsentzug drohen, falls die Umsätze nicht sinken. Der Leistungserbringer hat dann zwei Möglichkeiten: Er versucht alle teuren Behandlungen (inkl. Untersuchungen, Medikamente, Labor etc.) auf andere Leistungserbringer (Auftragslabor, Spital, Apotheke) zu verteilen, damit die Kosten nicht in seiner Statistik aufscheinen. Oder er riskiert die Kündigung des Vertrags durch den und muss sich anschliessend Recht verschaffen, da ein Entzug des OKP-Vertrags (und damit die Gefährdung der Existenzgrundlage) nicht auf nackten Umsätzen basieren kann. Auch hier muss der LKV zumindest glaubhaft machen, dass der Arzt eine unverhältnismässige Medizin betreibt.

Die Sanktionierung von allfälligen schwarzen Schafen kann nur Wirkung zeigen, wenn eine Systematik gefunden werden kann, die einen tragfähigen Kompromiss zwischen Rechtsschutz des Leistungserbringers und verhältnismässiger Beweisführung durch die Krankenkassen darstellt. Die Ärztekammer bietet auch hierzu Hand, um gemeinsam eine verträgliche Lösung zu finden. Es kann jedoch nicht erwartet werden, dass die Kammer von sich aus in wenigen Wochen im Rahmen einer Vernehmlassung eine Lösung präsentiert. Zur Lösungsfindung ist auch die engagierte Mitarbeit des LKV notwendig, da eine Lösung nur Bestand haben kann, wenn alle Seiten eine seriöse Umsetzung unterstützen. Der LKV hat jedoch bereits vor Monaten

signalisiert, dass kein Interesse daran besteht, eine neue, tragfähige Systematik zu entwickeln. Der LKV beharrt darauf, die statistische Methode im Land zu etablieren, da der Aufwand des LKV damit gegen Null sinkt, während der Leistungserbringer der Willkür des LKV ausgesetzt ist. Die Regierung ist nun gefordert, in dieser Thematik Fortschritte zu erzielen und mit allen Parteien eine ausgewogene Lösung zu suchen, die Landesgesundheitskommission hat dazu bereits ein Grundlagenpapier erarbeitet, welches zumindest dem zuständigen Regierungsrat bekannt ist.

Die Ärztekammer garantiert der Bevölkerung, dass die Thematik Wirtschaftlichkeitsverfahren mit den in der Vernehmlassungsvorlage geplanten Massnahmen keinen Millimeter vorange-trieben wird. Die Ärztekammer fordert eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Wirtschaftlichkeitsverfahren unter Einbezug von Experten und allen betroffenen Gruppierungen sowie der beratenden Kommissionen. Nur ein ausgeklügelter und auf Liechtenstein adaptierter Mechanismus kann „schwarze Schafe“ sanktionieren, statt sauber arbeitende Ärzte auf Basis von getürkten Statistiken finanziell und mental zu schikanieren. Die Ärztekammer fordert die Regierung auf, Verantwortung zu übernehmen und hier substantielle Fortschritte zu erzielen, statt unnütze Scheinverbesserungen zu initiieren oder über fragwürdige Vertragsbe-fristungen die Leistungserbringer einzuschüchtern und zu einer Billig-Medizin zu drängen, die auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird.

8. Festsetzung Staatsbeitrag

Der Mechanismus zur Festlegung des Staatsbeitrags wird in der Vernehmlassungsvorlage zwar nicht abgeändert, es wird jedoch eine vorgezogene, punktuelle KVG-Revision angekündigt. Der Mechanismus, welcher erst im Dezember 2012 gravierend verändert und zur ursprünglichen Intention des Staatsbeitrags (Rückversicherung der Krankenkassen für Hochkostenfälle) zurückgeführt wurde, soll nun abermals verändert werden. Ziel der Regierung ist die Wiederherstellung des Zustands vor der Abänderung im Dezember 2012. Der Staatsbeitrag soll nicht mehr anhand einer vorgegeben Formel und auf drei Jahre festgelegt werden, sondern der Landtag soll den Staatsbeitrag wieder nach Gutdünken im Juni jedes Jahres festlegen. Die Regierung begründet diesen Paradigmenwechsel nach nicht einmal einem Jahr damit, dass anlässlich der Behandlung des Staatsbeitrags an die OKP 2015 im Juni-Landtag (Zitat): „*{...} der klare Wunsch geäussert [wurde], die Debatte jährlich zu führen.*“. Die Ärztekammer hält fest, dass es wohl vier Abgeordnete waren, die die jährliche Debatte explizit befürworten. Das Schweigen der übrigen Abgeordneten muss nicht zwingend als Zustimmung dazu gesehen werden. Nach Ansicht der Ärztekammer ist die jährliche Behandlung nicht unproblematisch, da erfahrungsgemäss jedes Mal eine Grundsatzdebatte zum Gesundheitswesen geführt wird und diese von einigen Exponenten wiederkehrend genutzt wird, um Leistungserbringer zu diffamieren. Neue Erkenntnisse brachten diese Grossteils kongruenten

Diskussionen nach Ansicht der Ärztekammer nicht, die Debatte um den Staatsbeitrag dient einigen Abgeordneten eher als Ventil, um ihrer Abneigung gegen die Leistungserbringer und speziell gegen die Ärzteschaft Luft zu machen. Ob der Landtag dazu die geeignete Plattform ist, darf bezweifelt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Regierung den Mechanismus nicht nur bezüglich des Zeithorizonts sondern auch inhaltlich anpassen will. Der Landtag soll wieder nach Gusto entscheiden, wie hoch die staatlichen Subventionen an die OKP ausfallen. Damit wird die Norm abermals von ihrem Zweck abgekoppelt und der politischen Willkür freigegeben. Dadurch wächst die Gefahr, dass der Staatsbeitrag in Zukunft wiederum genutzt wird, um der Bevölkerung die Kostenwahrheit im Gesundheitswesen durch ständig steigende Beiträge vorzuenthalten. Die Ärztekammer macht deshalb beliebt, den Mechanismus beizubehalten und maximal die Dauer der Festlegung auf ein Jahr zu reduzieren bei gleichzeitigen Bedenken dieser „Verpolitisierung“ des Staatsbeitrags.

9. Arbeitgeber-Beitrag

Die Regierung beabsichtigt, den Arbeitgeber-Beitrag auf dem hälftigen Prämienniveau der neuen Hochkostenversicherung einzufrieren. Damit sollen die Arbeitgeber zukünftig nicht mehr weiter belastet werden, die teuerungsbedingte Prämiensteigerung wird somit zur Gänze vom Patient getragen.

An dieser Stelle wird erneut die heute bestehende Solidarität im KVG durchbrochen, indem die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgehoben und die Kostensteigerung im Gesundheitswesen dem Arbeitnehmer aufgebürdet wird. Die Regierung begründet diesen Entscheid knapp damit, dass die Lohnnebenkosten ständig ansteigen würden und die Schweiz gar keinen AG-Beitrag kenne. Das mag richtig sein, mit der geplanten Aufhebung der paritätischen Finanzierung muss der Arbeitnehmer nun jedoch die steigenden Kosten zur Gänze mitfinanzieren. Dem Versicherten kann das zugemutet werden, während die florierende Wirtschaft die jährlich steigenden Kosten nicht mehr tragen kann. Diese Logik erschliesst sich der Ärztekammer nicht. Ad absurdum wird diese Massnahme durch die Tatsache geführt, dass auch Multi-Millionen-Konzerne aus Industrie und Finanzplatz, auf deren Nennung bewusst verzichtet wird, entlastet werden. Zusätzlich zu einem wirtschaftsliberalen Steuerrecht mit grosszügigem EK-Zinsabzug. Aus diesen Gründen hält die Ärztekammer die Aufhebung der paritätischen Finanzierung für grob unsolidarisch und politisch verfehlt.

10. Prämienabfuhr durch Arbeitnehmer

Heute werden die Prämie für die Krankenversicherung sowie die Taggeldversicherung vom Arbeitgeber an die Krankenkassen abgeführt. Der Arbeitgeber zieht dem Arbeitnehmer die gesamten Prämien (einschliesslich der Zusatzversicherungen) vom Lohn ab, überweist das Geld an die Krankenkasse und schreibt dem Arbeitnehmer den Arbeitgeber-Beitrag auf dem

Lohn gut. Dieser Lohnabzug hat für den Versicherten den Vorteil, dass er die Krankenkassenprämie nicht allmonatlich entrichten muss, die Krankenkassen haben bei Arbeitnehmern kaum ein Delkredere-Risiko auf die Prämien und die Einhebung der Prämien gestaltet sich für die Kassen spürbar einfacher.

Die Regierung möchte den Lohnabzug abschaffen, um dadurch die Versicherten für die Prämie zu sensibilisieren und gleichzeitig einen Anreiz zu schaffen, die monatliche Prämie über eine höhere Kostenbeteiligung zu beeinflussen. Die Kosten der Krankenkasse gingen gemäss Regierung in den übrigen Lohnabzügen unter und die Versicherten hätten kein Bewusstsein für die Höhe der Prämie. Dem kann die Ärztekammer nur bedingt zustimmen: Die Versicherten erhalten jeweils die Krankenkassenpolice, auf welcher alle Versicherungen und deren Aufschlag vermerkt sind. Aufgrund der Rückmeldungen in persönlichen Gesprächen ist den Versicherten sehr wohl bewusst, wieviel sie für die obligatorische Grundversicherung bezahlen. Es ist nach Ansicht der Ärztekammer eher Wunschenken, dass die Zahl der Wahlfranchisen und damit der vermeintlich vernünftigerer Umgang mit Gesundheitsleistungen aufgrund der direkten Zahlung der Krankenkassenprämie steigen wird. Der fragwürdige Nutzen reicht nach Ansicht der Ärztekammer aus prozessökonomischen Gründen nicht aus, eine Systemumstellung zu rechtfertigen, welche für alle Beteiligten gleichbleibenden oder steigenden Aufwand mit sich bringt. Da die Arbeitgeber weiterhin die Taggeld-Prämie abführen müssen, kann auf Seiten der Arbeitgeber keine Entlastung bewirkt werden, Krankenkassen und Versicherte haben einen spürbaren Mehraufwand und die Krankenkassen ein erhöhtes Delkredere-Risiko. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis spricht nach Ansicht der Ärztekammer somit gegen eine Umstellung des heutigen Systems.

11. Kostenziel

Die Regierung möchte den Kostenziel-Mechanismus optimieren und die einzelnen Verbände direkt in die Erarbeitung des (verbindlichen!) Kostenziels einbeziehen, während die Argumente der Leistungserbringer bisher durch ihre Vertreter in der Kosten- und Qualitätskommission vertreten wurden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, damit wird die heutige Ausgangslage sicherlich verbessert. Die Ärztekammer schlägt jedoch vor, den Kostenziel-Mechanismus mangels Nutzen gänzlich zu eliminieren. Seit ca. zehn Jahren sehen KVG und die dazugehörige Spezialverordnung KQV vor, dass die Regierung für das Folgejahr Kostenziele festlegt, welche anschliessend kontrolliert und im Falle des ungerechtfertigten Überschreitens sanktioniert werden. Dazu sieht die Verordnung verschiedene Sanktionen vor, von Tarfkürzungen bis hin zu individuellen Rückforderungen. Die Regierung wird bei der Festlegung des Kostenziels von der KQK unterstützt, welche über Wochen anhand der aktuellen Entwicklungen, Gesetzesänderungen und andere Faktoren Hochrechnungen erstellt und der Regierung eine Empfehlung für die Kostenziele vorlegt. Die Regierung nahm diese Empfehlung in aller Regel auf

und verabschiedete das Kostenziel meist unverändert bzw. mit leichten Korrekturen. Hier wäre eine Sanktionierung der Kostenzielüberschreitung noch annähernd sinnvoll gewesen, da die Kostenziele möglichst wissenschaftlich ermittelt wurden. Die aktuelle Regierung hat die bisherige Praxis bereits gekippt und das Kostenziel 2014 ohne Einbezug der KQK nach Gutdünken festgelegt, auf einem mehr als unrealistischen Wert. Damit hat die Regierung einen Paradigmenwechsel vollzogen und das Kostenziel zum planwirtschaftlichen Steuerungsinstrument umgewidmet. Das Kostenziel dient neu dazu, dem Gesundheitswesen im Vorfeld einen verbindlichen Zielwert vorzugeben, dessen Überschreitung anschliessend zu sanktionieren versucht wird. Die Ärztekammer distanziert sich vehement von dieser Stossrichtung und sieht darin einen ersten Schritt zu staatlichen gedeckelten und kontingentierten Gesundheitswesen, wie es in Deutschland bereits Tatsache ist.

Die aktuelle Regierung hat überdies das erste Mal die Überprüfung des Kostenziels in die Wege geleitet. Die Regierung kommt damit ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach, während die beiden Vorgängerregierungen aus Pragmatismus auf den Vollzug des Kostenziels verzichtet haben. Die bisher gesetzten Schritte zeigen, dass der Kostenziel-Mechanismus als konkretes Sanktionsinstrument untauglich ist und als „Kostenprognose“ angesehen werden muss und der Regierung wohl eher als Parameter in der Gestaltung des Gesundheitswesens dient.

12. Festbetragsregelung

Die Intention der Festbetragsregelung im originären Sinn ist durchaus sinnvoll. Analog zu Co-Marketing-Präparaten zielt die Festbetragsregelung darauf ab, den Arzneimittelmarkt durch Einschränkungen zu beeinflussen. Am Markt finden sich viele ähnliche oder gar identische Arzneimittel mit sehr unterschiedlichen Preisen. Um die Tendenz zu überteuerten Präparaten einzudämmen, gibt es verschiedene Ansätze, auch die Festbetragsregelung. Im Gegensatz zur liechtensteinischen Co-Marketing-Regelung gewährleistet die Festpreisregelung nicht den kostenfreien Zugang zu einem Originalpräparat, sondern stellt unter Umständen preismässig auf Generika ab. Es ist davon auszugehen, dass die Regierung den Festbetrag pro Wirkstoffgruppe eher unten, unter Umständen beim günstigsten Medikament der Gruppe, ansiedelt. Dabei wird es sich wohl um ein Generikum handeln, welches nicht identisch mit dem Originalpräparat ist. Der Patient muss also entweder das Generikum akzeptieren oder die Preisdifferenz selbst bezahlen. Problematisch ist auch die Tatsache, dass bei Unverträglichkeiten eines Präparats auf ein anderes derselben Gruppe umgestellt werden muss. Ist dieses teurer als der definierte Festpreis, muss der Patient die Differenz bezahlen, obwohl er nicht aus Begehrlichkeiten das teure Markenprodukt gewählt hat, sondern aus gesundheitlichen Gründen das Günstigere nicht verträgt. Die Festpreisregelung ist also, im Gegensatz zur Co-Marketing-Regelung, für den Patienten definitiv nachteilig und ist eigentlich eine Generika-Pflicht durch die Hintertüre, obwohl die Regierung gemäss Vernehmlassungsvorlage eine Generikapflicht,

wie sie in Skandinavien gilt, eben genau vermeiden will. Mit dieser Massnahme wird eine Billig-Medikation gefördert und damit die Kosten zu Lasten der Qualität gesenkt, was per se abzulehnen ist. Diese Massnahme soll nicht weiterverfolgt werden, statt dessen ist die Co-Marketing-Massnahme weiterzuverfolgen, welche ohne Qualitätsverlust Einsparungen generiert.

13. Taggeld

Die Regierung schlägt zahlreiche Änderungen bei der Ausgestaltung der Taggeldversicherung vor. Genauer gesagt stellt die Regierung zahlreiche Vorschläge zur Diskussion, von der „Solidarisierung“ des Taggeldes bis hin zur Aufhebung des Obligatoriums. Als Grund für die angestossene Diskussion führt die Regierung negative Gesamtergebnisse der Krankenkassen und damit verbundener Reservenabbau an. Der Leistungsbezug der Versicherten wachse viel stärker als die Prämienleistungen, was auch systemimmanente Ursachen habe. Die fast durchgängige Nutzung von Kollektivverträgen und die diesen zugrundeliegende Trägheit bei der Prämienanpassung sind gemäss Regierung wohl als Übeltäter für die Dysbalance zwischen Einnahmen und Ausgaben zu sehen. Die Ärztekammer hält an dieser Stelle fest, dass es auch beim heutigen Taggeld-Modell möglich sein muss, langfristig kostendeckende Prämien zu veranschlagen. Die Tatsache, dass die Kassen in den vergangenen Jahren die Versicherungsleistungen nicht mit dem ausgehandelten Prämien zu decken vermochte, muss nicht zwingend als strukturelles Problem gesehen werden, sondern kann auch als Zeichen unzureichendes Know-Hows bei den Krankenkassen gesehen werden. Die von der Regierung vorgebrachte Begründung rechtfertigt somit nach Ansicht der Ärztekammer keinen Systemwechsel, was aber die Sinnhaftigkeit eines Systemwechsels aus gesundheitspolitischen Gründen nicht ausschliesst.

Die Ärztekammer nimmt vorweg, dass die Aufhebung des Versicherungsobligatoriums für in Liechtenstein tätige Arbeitnehmer dezidiert abgelehnt wird. Das Obligatorium schützt die Arbeitnehmer vor Übervorteilung durch den Arbeitgeber und ist eine sozialversicherungstechnische Errungenschaft, welche es unbedingt beizubehalten gilt. Das Argument, dass die Schweiz keine Pflichtversicherung vorsieht, ist nicht weiter zu würdigen, da die schweizerische Sozialversicherungspolitik nicht per se als Referenz dienen muss. Es liegen keine stichhaltigen Gründe vor, welche die Aufhebung des Obligatoriums rechtfertigen würden.

Die Regierung stellt in der Vernehmlassungsvorlage zahlreiche, grob skizzierte Alternativen zur Diskussion. Es fällt schwer, aus den aneinandergereihten Vorschlägen eine Präferenz zu benennen, zumal die Ausführungen teilweise spärlich und die Konsequenzen nicht absehbar sind. Die Ärztekammer kann sich jedoch gut vorstellen, dass das Taggeld-Obligatorium hinsichtlich Prämiengestaltung der OKP angeglichen wird und die Kassen eine landesweit gültige Prämie errechnen und somit das Kollektiv die Kosten gemeinsam stemmt, unabhängig von

Grösse und Struktur des Unternehmens. Die Einheitsprämie federt darüber hinaus über das grosse Kollektiv das zu versichernde Risiko der Mutterschaft ab und solidarisiert die Kosten der Mutterschaft, was aus Sicht der Ärztekammer ausdrücklich zu begrüssen ist.

14. Vertrauensarzt

Die Regierung plant, die Bestimmungen zum Vertrauensarzt denjenigen der Schweiz anzugleichen. Die Ärztekammer kann nicht nachvollziehen, weshalb die administrativen Mitarbeiter der Kassen von den Vertrauensärzten zusätzliche Informationen benötigen, um den Staatsbeitrag zu berechnen (Art. 20 Abs. 5). Diese Präzisierung ist neu und in der Schweiz mangels Staatsbeitrag nicht vorhanden. Der Ärztekammer erschliesst sich jedoch der Konnex zwischen Staatsbeitrag und medizinischen, besonders schützenswerten Daten nicht.

Die Ärztekammer kommt jedoch nicht umhin, an dieser Stelle ihre Enttäuschung darüber auszudrücken, dass die Regierung die amtsbekannte Vertrauensarztproblematik offensichtlich ignoriert. Der Ärztekammer ist bekannt, dass der zuständige Minister von der Landesgesundheitskommission frühzeitig über die Problematik der bei den Kassen angestellten Vertrauensärzte informiert wurde und ihm mittels Grundsatzpapier Lösungsansätze aufgezeigt wurden. Nachdem der zuständige Minister in den vergangenen zwölf Monaten nicht müde geworden ist, eine umfassende KVG-Revision anzukündigen, welche weithin die Erwartung einer Totalrevision inklusive Strukturreform geweckt hat, ist es nach Ansicht der Ärztekammer inakzeptabel, dass das Problem der Vertrauensärzte nicht aufgegriffen wird. Jedem im Gesundheitswesen tätigen Player ist bewusst, dass der Passus: *„{...} Vertrauensärzte sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Kassen noch Leistungserbringer noch der Kassenverband können ihnen Weisungen erteilen. {...}“* reine Makulatur darstellt. Hier gilt der Grundsatz: „Wer zahlt, befiehlt“. Die Vertrauensärzte werden dazu benutzt, den Leistungsbezug möglichst zu minimieren, indem entsprechende Expertisen erstellt werden. Unrühmlicher Höhepunkt findet die Problematik im Taggeld sowie in der IV, wo 55-jährigen ausländischen Bauarbeitern ohne Ausbildung mit erheblichen körperlichen Schäden kein Taggeld gezahlt wird, weil sie ja für in einer „leidensangepassten Tätigkeit“ zu 100% belastbar wären. Diese Problematik ist in einer „grossen KVG-Revision“ zwingend zu lösen bzw. zur Diskussion zu stellen. Auch an dieser Stelle zeigt sich, dass die KVG-Revision zu kurzfristig ist und elementare Probleme nicht löst, sondern rein auf Kostenmassnahmen fokussiert ist.

15. Einheitskasse

Die Ärztekammer ist sehr überrascht, dass die Einheitskasse nicht geprüft wurde. Während die Schweiz am 28. September bereits über die Einführung einer Einheitskasse abgestimmt hat, scheint sich die Exekutive hierzulande mit der Frage nicht zu beschäftigen, obwohl nur noch drei Krankenkassen (de facto eher zwei) in Liechtenstein tätig sind und die Zukunft der

Concordia-Niederlassung im Land wohl ungewiss ist. Gerade in Liechtenstein ist die seriöse und frühzeitige Auseinandersetzung mit einer Einheitskasse notwendig und angezeigt. Es überrascht doch sehr, dass die Regierung diese Agenda auf die lange Bank schiebt. Die Ärztekammer fordert die Regierung auf, die ursprünglich angekündigte, detaillierte Prüfung der Einheitskasse in die Wege zu leiten und mit den Akteuren breit zu diskutieren.

16. Conclusio

Die Ärztekammer hält abschliessend dezidiert fest, dass die Enttäuschung über den substantiellen Gehalt der KVG-Vorlage gross ist. Die Regierung hat seit Beginn der Legislaturperiode eine grosse KVG-Revision angekündigt, wovon sich die Ärztekammer Ansätze einer mutigen Totalrevision versprochen hat, deren Ansätze bottom up mit der Bevölkerung und den Systempartnern erarbeitet werden. Die Ernüchterung über die vorgeschlagenen Massnahmen ist gross, die Vorlage besticht weder durch ein Gesamtkonzept noch durch nachhaltige Massnahmen zur Vermeidung unnötiger Kosten bei gleichbleibender Qualität. Die Vorlage ist gekennzeichnet von einer Umverteilungsmassnahme von leistungsunabhängigen Prämien zur leistungsabhängigen Kostenbeteiligung, die Kranken halten also mit mehr Eigenleistung die Prämie tief. Zusätzlich werden die Kompetenzen der Krankenkassen und dessen Dachverbands massiv aufgewertet, die Leistungserbringer kaltgestellt und die Patienten an allen Ecken und Enden zusätzlich belastet. Der Ärztekammer erschliesst sich nicht, worin die Regierung Verbesserungen zum heutigen System sieht, die Revision kann keinen echten benefit leisten, um das System auf eine neue Ebene zu stellen. Die KVG-Revision 2012 beabsichtigte, die zusätzliche Belastung durch höhere Kostenbeteiligungen mittels spürbaren Ausbaus des Prämienverbilligungssystems abzufedern. Die gegenständliche KVG-Revision führt jedoch zu einer Mehrbelastung bei Leistungsbezug, ohne gleichzeitige Entlastung über die Prämienverbilligung. Die Ärztekammer gesteht ein, dass eine Kompensation der höheren Kostenbeteiligung über die Prämienverbilligung nicht 100% systemkonform ist, die Kostenbeteiligung aber wohl nicht rückwirkend festgelegt werden somit und analog zum Prämienverbilligungssystem ausgestaltet werden kann. Daher konnte den Massnahmen 2012 zugestimmt werden, während die heutige Stossrichtung keine Zustimmung findet. Wir möchten auch darauf hinweisen, dass die Belastung von chronisch Kranken bereits 2012 abgelehnt wurde und der Mehrbelastung von Rentnern nur zugestimmt wurde, weil die Prämienverbilligung gleichzeitig die finanziell schwächer gestellten Rentner entlastet hätte.

Die Ärztekammer spricht sich daher gegen die gegenständliche Vorlage aus und empfiehlt der Regierung, diese zur Gänze zurückzuziehen und in einem breit abgestützten Prozess eine nachhaltige und enkeltaugliche Totalrevision zu erarbeiten, in engem Dialog mit der Bevölkerung und den inländischen Fachkräften. Die Ärztekammer wird jederzeit Ressourcen für diesen Prozess zur Verfügung stellen.

Freundliche Grüsse



Dr. Ruth Kranz-Candrian

Präsidentin



Dr. Ulrike C. Garber

Vize-Präsidentin

Dr. Christoph Ackermann

Vorstandsmitglied

Prof. Dr. Alexander Reis

Vorstandsmitglied