

VERNEHMLASSUNGSBERICHT

DER REGIERUNG

BETREFFEND

DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE

KRANKENVERSICHERUNG (KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ; KVG)

Ministerium für Gesellschaft

Vernehmlassungsfrist: 16. Juni 2017

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	4
Zuständiges Ministerium.....	4
Betroffene Amtsstelle	4
1. Ausgangslage	5
2. Begründung der Vorlage.....	8
2.1 Das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.....	8
2.2 Erweiterte OKP und freie Arztwahl	10
2.3 Die Bedarfsplanung und ihre Umsetzung	11
3. Schwerpunkte der Vorlage	13
3.1 Subsidiäre Kompetenz der Regierung bei der Besetzung von OKP- Stellen.....	13
3.2 Geltung der Tarifstruktur auch für nicht zugelassene Leistungserbringer.....	13
4. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	15
5. Verfassungsmässigkeit / Rechtliches.....	19
6. Regierungsvorlage	21

ZUSAMMENFASSUNG

Am 1. Januar 2017 ist eine umfangreiche Revision des Krankenversicherungsgesetzes in Kraft getreten. Im vergangenen Jahr und insbesondere zum Jahreswechsel 2016/2017 hat sich gezeigt, dass einige weitere gesetzliche Anpassungen notwendig sind, um das Funktionieren des Systems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sicherzustellen.

Die gegenständliche Vorlage sieht daher die Einführung einer subsidiären Kompetenz der Regierung bei der Besetzung von OKP-Stellen sowie eine Bindung an die geltende Tarifstruktur für Leistungserbringer im Rahmen der sogenannten erweiterten OKP vor.

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft

BETROFFENE AMTSSTELLE

Amt für Gesundheit

Vaduz, 16. Mai 2017

LNR 2017 -610

1. AUSGANGSLAGE

Das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; KVG), LGBL. 1971 Nr. 50, wurde in der vergangenen Legislaturperiode in zwei Etappen revidiert:

- Im Jahr 2014 modifizierte der Landtag als Sofortmassnahme auf massive Kostensteigerungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Verfahren der Tarifgestaltung und räumte der Regierung bei Vorliegen bestimmter Umstände Eingriffsmöglichkeiten ein (vgl. BuA Nr. 17/2014 und BuA Nr. 19/2014). Ausserdem erfolgte im Jahr 2014 eine Abänderung der Regelung betreffend die Ermittlung des Staatsbeitrages an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dahingehend, dass von der kurzzeitig geltenden Festlegung für drei Jahre ab dem Bemessungsjahr 2016 wieder zu einer jährlichen Festlegung des Staatsbeitrages zurückgekehrt wurde (vgl. BuA Nr. 99/2014).
- Im Jahr 2015 beschloss der Landtag eine umfangreiche Revision (im Folgenden KVG-Revision 2015 genannt), welche in einer nachfolgenden Volksabstimmung durch das Stimmvolk angenommen wurde. Inhaltlich brachte die KVG-Revision 2015 neben Änderungen am Versicherungsmodell, welche die Eigenverantwortung stärken und so zu einer bewussteren und sparsameren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen sollen, unter anderem eine Neuregelung des Verhältnisses zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, insbesondere im Bereich der vertraglichen Gestaltung der Zusammenarbeit und der Sanktionsmöglichkeiten. Ausser-

dem wurde zum Zweck der besseren Vergleichbarkeit der Kosten im Gesundheitswesen das schweizweit geltende Tarifsystem für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen (TARMED) in Liechtenstein eingeführt, so dass die aufwändige Entwicklung und Pflege eines liechtensteinischen Tarifwerks entfällt (vgl. BuA Nr. 24/2015 und BuA Nr. 91/2015). Die KVG-Revision 2015 trat am 1. Januar 2017 in Kraft.

In ihrer Medienmitteilung vom 13. Dezember 2016 erklärte die Ärztekammer als Reaktion auf die von der Regierung geplanten Ausführungsbestimmungen zur KVG-Revision 2015¹, dass die Ärzte den neuen Verträgen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht beitreten würden und dass ab 1. Januar 2017 daher keine direkte Abrechnung mit der Krankenkasse mehr erfolge, sondern in Zukunft der Patient die Rechnung erhalte.² Da sich die Ärzte nun ausserhalb des Systems der OKP bewegten, entfalle auch die in der KVG-Revision 2015 verlangte Anwendung des TARMED und es werde weiterhin im liechtensteinischen Tarif abgerechnet.

Dieses Vorgehen stellte nach Ansicht des Liechtensteinischen Krankenkassenverbandes (LKV) und des Ministeriums für Gesellschaft einen Vertragsbruch dar, da damit sämtliche OKP-Ärzte unter Missachtung der mit dem LKV jeweils vereinbarten Kündigungsfristen ihre Tätigkeit als OKP-Ärzte einzustellen drohten. Zudem ergaben sich grosse Unsicherheiten für die betroffenen Patienten, die nun mit ihren Arztrechnungen direkt konfrontiert wurden und nicht wussten, ob sie

¹ Die vom Ministerium für Gesellschaft ausgearbeiteten und der Ärztekammer sowie dem LKV im Herbst 2016 zur Stellungnahme übermittelten Ausführungsbestimmungen betreffend die Bedarfsplanung und die vertragliche Leistungspflicht deckten sich mit den Begründungen bzw. Erläuterungen, welche in den Gesetzesmaterialien zur KVG-Revision 2015 ausgeführt sind. Diese wurden im Landtag intensiv diskutiert und haben schliesslich zu einer Annahme der Vorlage durch das Parlament und das Volk geführt.

² http://www.aerztekammer.li/fileadmin/user_upload/Presseaussendung_Medienorientierung_vom_13.12.2016_zum_KVG.pdf

diese selbst bezahlen oder bei der Krankenkasse einreichen sollten bzw. ob es eine Rückerstattung der Kosten für versicherte Leistungen geben würde.

Die fortgesetzte Anwendung des liechtensteinischen Arzttarifs, der seit dem 1. Januar 2017 nicht mehr in der OKP gültig ist, verursachte eine weitere Schwierigkeit für die Kassen. Konsequenterweise hätte für alle Rechnungen ermittelt werden müssen, was die erbrachte Leistung im TARMED gekostet hätte. Es wäre für die Krankenkassen praktisch unmöglich gewesen, die Übersetzung aller Rechnungen vom alten Tarif in den TARMED vorzunehmen. Selbst eine näherungsweise Umrechnung wäre mit grossem Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden gewesen. Auch hätte der Patient bei einer entsprechenden Differenz einen Teil der Kosten selbst tragen müssen.

Obwohl die beschriebene Konfliktsituation mittlerweile behoben werden konnte und die per Ende 2016 „ausgetretenen“ Ärzte nun wieder im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, erachtet es die Regierung, welcher die Oberaufsicht über das gesamte Krankenversicherungswesen obliegt (Art. 4a Abs. 1 KVG), als erforderlich, Massnahmen zu treffen, um das Eintreten einer Situation, wie sie über den Jahreswechsel 2016/2017 gegeben war, im Interesse der Versicherten künftig zu vermeiden.

Zudem hat sich im vergangenen Jahr wiederholt gezeigt, dass die (Nach)Besetzung von freien OKP-Stellen, die gemäss Krankenversicherungsgesetz von der Ärztekammer und vom LKV gemeinsam vorzunehmen ist, trotz dem offenkundigen und von beiden Verbänden aufgezeigten Bedarf nicht zeitgerecht erfolgte. Daher kam es zu Engpässen in der gynäkologischen sowie in der urologischen Versorgung, was aus der Sicht der Regierung nicht hingenommen werden kann.

Aus diesen Gründen hat nun im Anschluss an die KVG-Revision 2015 eine weitere Anpassung bzw. ein „Nachbessern“ einzelner Bestimmungen zu erfolgen, damit ein funktionierendes OKP-System sichergestellt werden kann.

2. BEGRÜNDUNG DER VORLAGE

2.1 Das System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Es liegt im Rahmen der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers, auf vielfältige Weise im Bereich des Gesundheitswesens tätig zu werden und insbesondere gesundheitspolitische und versorgungspolitische Ziele zu verfolgen.

Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geht es um die Regelung der Zulassung zu einer privatwirtschaftlichen Tätigkeit innerhalb des "öffentlichen Gesundheitswesens", das der Handels- und Gewerbebefreiheit weitgehend entzogen ist. Wörtlich hat der Staatsgerichtshof diesbezüglich festgehalten: „Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind Massnahmen zur Verhinderung einer uferlosen Mengenausweitung auf der Seite des Angebots aufgrund der spezifischen ‚Marktverhältnisse‘ auch dann zulässig, wenn sie die Handels- und Gewerbebefreiheit weitgehend einschränken“.³ Gleichzeitig ist eine ausreichende Versorgung für die prämienzahlende Bevölkerung sicher zu stellen.

Die aufgrund der KVG-Revision 2015 bzw. der diesbezüglichen Ausführungsbestimmungen in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) seit Anfang 2017 in Kraft stehenden neuen Regelungen berühren nicht die „freie Berufsausübung“, sondern ausschliesslich das Recht, im Rahmen der obligatorischen Krankenpfle-

³ Vgl. StGH 2004/14 unter Verweis auf BGE 130 I 26 E. 4.3 und 4.5. In diesem Urteil führt der StGH weiter Folgendes aus: „Im Bereich des Versicherungsobligatoriums besteht ein auf Art. 18 LV abstützbares, insbesondere in Art. 7 ff. und 12 ff. KVG gesetzlich umschriebenes, gesundheits- und sozialpolitisch motiviertes Versicherungsobligatorium auf der einen Seite, dem das Leistungsobligatorium auf der anderen Seite entspricht. Die Privatautonomie ist mit diesen Institutionen schon weitgehend eingeschränkt, der Handels- und Gewerbebefreiheit damit der Boden schon weitgehend entzogen.“

geversicherung mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Jeder Arzt kann seine Tätigkeit im Rahmen der berufsrechtlichen Vorgaben, welche im Ärztegesetz normiert sind, frei ausüben. Für die Möglichkeit, mit der Krankenkasse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen und im Rahmen der Bedarfsplanung stets über eine hohe Auslastung bei garantierten Tarifen und Preisen zu verfügen, muss er jedoch gewisse Pflichten auf sich nehmen.

Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass sich alle Leistungserbringer (also Ärzte und Vertreter der anderen Gesundheitsberufe) durch Vertragsabschluss mit dem LKV dem System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterwerfen, das heisst unter anderem dem geltenden Tarif. Sie sind damit berechtigt, Einkommen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, in welche neben den Prämienzahlern auch (indirekt) die Arbeitgeber und der Staat einzahlen, zu generieren.

Da Ärzte einer Bedarfsplanung unterliegen, dürfen nur jene Ärzte einen OKP-Vertrag abschliessen, welche über eine Stelle in der Bedarfsplanung verfügen. Bisher war dieser OKP-Vertrag nur ein Beitrittsvertrag zum Tarifvertrag, er sah also keine bzw. wenige Vereinbarungen in Bezug auf die konkrete Leistungspflicht des Arztes vor. Aufgrund der KVG-Revision 2015 muss künftig jeder Vertrag - aufbauend auf die Inhalte der Bedarfsplanung - Bestimmungen betreffend die konkrete Stelle und den Aufgabenbereich des jeweiligen Arztes beinhalten. Alle bisherigen Verträge sind von Gesetzes wegen bis zum 31. Dezember 2017 an das neue Recht anzupassen.

Ein Arzt, der entweder keine Bedarfsplanungsstelle erhält oder der sich den Pflichten im Rahmen des OKP-Systems nicht unterwerfen will, hat nur eine vertragliche Beziehung zum Patienten; der Patient schuldet ihm die Bezahlung. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt keine Kosten, sofern ambulante Leistungserbringer ohne OKP-Vertrag konsultiert werden, es sei denn,

der Versicherte verfügt über den Versicherungsschutz der erweiterten OKP oder es liegt ein Notfall vor.

2.2 Erweiterte OKP und freie Arztwahl

Das Konstrukt der sogenannten erweiterten obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurde im Rahmen der KVG-Revision 2012 eingeführt (vgl. BuA Nr. 20/2012 und BuA Nr. 148/2012). Es handelt sich bei der erweiterten OKP nicht um eine Zusatzversicherung, sondern um eine Variante der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, im Wesentlichen mit freier Wahl des Leistungserbringers.⁴ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Grunddeckung und die erweiterte OKP haben den identischen Leistungskatalog (OKP-Leistungen) und dieselbe Kostenbeteiligungsregelung gemäss Art. 23 KVG. Sie werden in einer gemeinsamen Rechnung geführt und sind staatlich mitfinanziert. Die Kassen sind verpflichtet, allen Versicherten – unabhängig von Alter und Gesundheitszustand – eine erweiterte OKP anzubieten.

Der Abschluss einer erweiterten OKP garantiert dem Versicherten die freie Arztwahl. Der Versicherte muss zwar zusätzliche monatliche Kosten auf sich nehmen⁵, hat aber gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Rückerstattung (nach Abzug der Kostenbeteiligungen) in Bezug auf Arztrechnungen, die von Ärzten ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bzw. von Ärzten im Ausland⁶ ausgestellt wurden. Die Rückerstattung erfolgt dann bis maximal zur Höhe des geltenden OKP-Tarifs (Art. 18 Abs. 2a KVG).

⁴ Durch die erweiterte OKP wurde die gleichzeitig mit der Bedarfsplanung im Jahr 2004 eingeführte Zusatzversicherung „freie Arztwahl“ (ehemals Art. 16 Abs. 2 KVG) abgelöst.

⁵ Der pauschale Zuschlag für die erweiterte OKP beträgt derzeit bei Kindern CHF 10 Franken, bei Jugendlichen CHF 20 und bei Erwachsenen CHF 40 monatlich.

⁶ Davon zu unterscheiden sind einzelne Ärzte im Ausland, die über eine Stelle im Rahmen der liechtensteinschen Bedarfsplanung und über einen Vertrag mit dem LKV verfügen. Diese Ärzte können auch von Versicherten ohne erweiterte OKP zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung konsultiert werden.

Zum Stichtag 31. Dezember 2016 verfügten rund 25% der Versicherten über eine erweiterte OKP. Wenn Ärzte diesen erweitert Versicherten Rechnungen ausstellen, die nicht nach TARMED, sondern nach einem anderen Tarif (z.B. dem vormals geltenden liechtensteinischen Arzttarif) erstellt worden sind, bedeutet das, die Krankenkassen müssen zur Feststellung des zu leistenden Kostenersatzes die tatsächlich erbrachten Leistungen und die Anwendung des gültigen OKP-Tarifs ermitteln. Dies ist höchstens annähernd möglich und verursacht in Anbetracht der grossen Anzahl von Versicherten mit erweiterter OKP jedenfalls einen erheblichen administrativen Aufwand, der sich letztlich auf die Prämien und die Kosten der Krankenversicherung insgesamt niederschlägt. Gleichzeitig sind die Versicherten damit gewissen Unsicherheiten und Verzögerungen in der Kostenerstattung ausgesetzt.

2.3 Die Bedarfsplanung und ihre Umsetzung

Die Bedarfsplanung dient dazu, eine ausreichende Anzahl an Grundversorgern und Spezialärzten für die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Eine Überversorgung soll gleichzeitig ausgeschlossen werden.

Zu erstellen ist die Bedarfsplanung von der Ärztekammer und vom LKV gemeinsam. Sie bedarf der Genehmigung durch die Regierung. Einigen sich die Ärztekammer und der LKV nicht auf eine gemeinsame Bedarfsplanung, so hat die Regierung diese ersatzweise mit Verordnung zu erstellen.

Die Bedarfsplanung wurde vor 13 Jahren eingeführt, wobei bis heute nicht von einer rechnerisch ermittelten Bedarfsplanung auszugehen ist, da einerseits aufgrund der bei Einführung der Bedarfsplanung gewährten Besitzstandswahrung für die damals schon tätigen Ärzte und andererseits aufgrund des seit der Einführung zum Teil reduzierten Arbeitspensums einzelner Stelleninhaber die Abde-

ckung eines wie auch immer ermittelten Bedarfs nicht angenommen werden kann.

Die Bestimmungen zur Bedarfsplanung wurden im Rahmen der KVG-Revision 2015 überarbeitet und es muss nun, nach Inkrafttreten dieser Revision, eine erneuerte Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der geänderten Vorgaben erlassen werden. Diese erneuerte Bedarfsplanung hat neben der Zahl an zugelassenen Leistungserbringern auch die Art und den Umfang der Leistungserbringung sowie Kriterien für die Reihung von mehreren Bewerbern auf eine freie Stelle zu beinhalten. Die Reihungskriterien berücksichtigen insbesondere die persönliche und fachliche Eignung sowie die Reihenfolge des Eingangs der Bewerbungen. Die Festlegung von Reihungskriterien war bereits bisher gesetzlich vorgegeben, sie war aber nicht Bestandteil der Bedarfsplanung selbst.

Der Entscheid über die Besetzung einer aufgrund der Bedarfsplanung freien Stelle hat ebenfalls durch die Ärztekammer und den LKV gemeinsam zu erfolgen. Dafür wird in der Regel eine Ausschreibung vorgenommen, und die einzelnen Bewerber werden von den beiden Verbänden anhand der Reihungskriterien gemeinsam bewertet. In der Vergangenheit entstanden wiederholt Situationen, in denen sich die Verbände nicht binnen angemessener Frist auf ein gemeinsames Vorgehen bzw. auf eine Stellenbesetzung einigen konnten. Im Vorjahr kam es im Zusammenhang mit Stellenbesetzungen zu Versorgungsengpässen in einzelnen Fachbereichen, weshalb von den Verbänden Not- bzw. Übergangslösungen betreffend die Versorgung der Versicherten getroffen werden mussten.

3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE

3.1 Subsidiäre Kompetenz der Regierung bei der Besetzung von OKP-Stellen

Bereits heute ist die Regierung subsidiär zur Entscheidungsfindung berufen, wenn im Tariffindungs- oder Bedarfsplanungsprozess eine Einigung zwischen den zuständigen Verbänden ausbleibt (vgl. Art. 16b Abs. 4 sowie Art. 16c Abs. 6 und 6a KVG).

Um Situationen einer Unterversorgung mit zugelassenen Leistungserbringern im Rahmen der Bedarfsplanung künftig zu vermeiden, soll die Regierung nun auch ermächtigt werden, ersatzweise im Falle einer Nichteinigung von Ärztekammer und LKV die Stellenbesetzung vorzunehmen.

3.2 Geltung der Tarifstruktur auch für nicht zugelassene Leistungserbringer

Leistungserbringer ohne individuellen OKP-Vertrag mit dem LKV, welche Personen behandeln, die über eine erweiterte OKP verfügen, beziehen nicht direkt Gelder aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sie stellen ihren erweitert versicherten Patienten eine Rechnung aus, die diese nach Bezahlung bei der Krankenkasse einreichen. Die kassenpflichtigen Leistungen werden nach Abzug der Kostenbeteiligung rückerstattet (Tiers garant⁷). Die Rechnung wird also faktisch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt, weshalb die Leistungserbringer verpflichtet werden sollen, die von ihnen erbrachten Leistun-

⁷ In der Krankenversicherung gibt es zwei unterschiedliche Systeme der Leistungsvergütung, den Tiers garant („der Dritte garantiert“) und den Tiers payant („der Dritte bezahlt“). Neben dem Arzt und dem Patienten ist hier die Krankenkasse als dritte Partei bezeichnet. In Liechtenstein gilt heute in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Tiers payant. In diesem Abrechnungsmodell schickt der Leistungserbringer die Rechnung an die Krankenkasse des Patienten. Die Kasse begleicht die Rechnung direkt an den Leistungserbringer. Im Alternativmodell, dem Tiers garant, zahlt der Versicherte selbst die Rechnung an den Leistungserbringer, wobei seine Krankenkasse die Deckung garantiert; in der Schweiz gilt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übrigens der Grundsatz des Tiers garant, vertraglich kann jedoch zwischen Kassen und Leistungserbringern der Tiers payant vereinbart werden.

gen für Versicherte mit erweiterter OKP nach der geltenden OKP-Tarifstruktur zu berechnen.

Im Übrigen wurde anlässlich der Einführung der erweiterten OKP von der damaligen Regierung ausgeführt, es würden im Rahmen der erweiterten OKP die Vorschriften im Krankenversicherungsgesetz bezüglich Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten. Umso mehr muss der Leistungserbringer zur Rechnungslegung nach der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifstruktur verpflichtet sein, damit sein Leistungsverhalten entsprechend überprüft werden kann.

Unabhängig von der geplanten Neuregelung ist die Regierung gemäss Art. 18 Abs. 4 KVG bereits heute zuständig, Bestimmungen über die Vergütung von Leistungen, die aus medizinischen Gründen durch einen nicht zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden müssen, zu erlassen. Die Verordnungskompetenz der Regierung bezieht sich auf Notfälle sowie auf Situationen, in denen die erforderlichen Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern nicht erbracht werden können. So sind bei einer Notfallbehandlung durch einen Nicht-Vertragsarzt im Inland die Leistungen nach dem OKP-Tarif - also nach der geltenden Tarifstruktur TARMED und dem geltenden Taxpunktwert - zu vergüten; Leistungen im Ausland werden nach der am Ort der Behandlung anwendbaren Regelung vergütet, wobei der doppelte Betrag der nach dem inländischen OKP-Tarif übernommenen Kosten die Obergrenze bildet (Art. 18 Abs. 4 KVG iVm Art. 74 Abs. 1 KVV).

Künftig könnte die Situation eintreten, dass innerhalb einer Berufsgruppe mit Bedarfsplanung zu wenige zugelassene Leistungserbringer zur Verfügung stehen, weil etwa aufgrund unversöhnlicher Differenzen zwischen dem LKV und den Leistungserbringern OKP-Verträge entweder nicht zustande kommen oder von den Leistungserbringern nicht eingehalten werden. Ein dadurch verursachter medizi-

nischer Notstand würde es rechtfertigen, gestützt auf Art. 18 Abs. 4 KVG mit Verordnung Tarife und Preise für alle Tätigen einer Berufsgruppe festzulegen, die gegenüber allen Patienten unabhängig von der Art der obligatorischen Krankenpflegeversicherung solange gelten, bis eine geordnete Versorgung wiederhergestellt ist.

4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN

Zu Art. 16b Abs. 6a

Der Art. 16b erhält einen neuen Absatz 6a, der die subsidiäre Kompetenz der Regierung bei der Besetzung von aufgrund der Bedarfsplanung freien Stellen vorsieht. Primär ist natürlich weiterhin eine Einigung der zuständigen Verbände anzustreben. Wenn sich allerdings abzeichnet, dass eine Einigung innert nützlicher Frist nicht zustande kommt, hat die Regierung tätig zu werden.

Vorgesehen ist, dass die Regierung der Ärztekammer und dem LKV im Bedarfsfall eine kurze, aber angemessene Frist für die Einigung auf einen Bewerber setzt. Bei der Bemessung dieser Frist wird insbesondere auch zu berücksichtigen sein, ob aufgrund der fehlenden Besetzung bereits ein akuter Versorgungsengpass für die Patienten besteht bzw. sich unmittelbar abzeichnet. Die Frist soll jedoch nicht mehr als einen Monat betragen.

Die Regierung hat im Zusammenhang mit der Stellenbesetzung alle Schritte zu setzen, die im Regelfall von den Verbänden nach Art. 16b Abs. 6 zu tätigen sind. So hat sie - nach allfälliger Vornahme einer Stellenausschreibung bzw. einem Anschreiben der bekannten Interessenten - eine Bewertung der eingelangten Bewerbungen anhand der geltenden Reihungskriterien und, sofern erforderlich, eine Anhörung von Bewerbern vorzunehmen. Natürlich muss die Regierung Verfahrensschritte, welche von den Verbänden bereits gesetzt worden sind, nicht wiederholen. So kann sie bereits vorliegende Bewerbungsunterlagen und Bewer-

tungsergebnisse übernehmen und wird dies aus Gründen der Zweckmässigkeit und Verfahrensbeschleunigung in der Regel auch tun. Die Verbände haben der Regierung daher sämtliche im Zusammenhang mit der Stellenbesetzung vorhandenen Unterlagen auf Aufforderung unverzüglich zu übermitteln.

Die Regierung hat vor ihrem Entscheid die Verbände in Bezug auf die vorgesehene Besetzung anzuhören. Nach dem Entscheid über die Stellen(nach)besetzung muss sie alle Bewerber und die Verbände schriftlich davon in Kenntnis setzen.

Es gab anlässlich der Einführung der Bedarfsplanung im Jahr 2004 den Vorschlag, die Auswahl der Leistungserbringer respektive die Stellenbesetzung von vornherein einer paritätisch zusammengesetzten Zulassungskommission zu übertragen. Die Regierung erachtet die Einsetzung einer eigenen Kommission für den Entscheid über die Besetzung von OKP-Stellen damals wie heute nicht als notwendig. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass die Reihungskriterien, nach welchen die Auswahl der Bewerber zu treffen ist, Bestandteil der Bedarfsplanung sind und daher im Vorfeld einer konkreten Stellen(nach)besetzung verbindlich feststehen. Im Normalfall wird sich bereits aufgrund der Kriterien eindeutig ergeben, welchem Bewerber die Stelle zuzuteilen ist; die Regierung hat hinsichtlich der Anwendung dieser (von ihr genehmigten) Kriterien keinen Spielraum. Sollte tatsächlich der seltene Fall auftreten, dass zwei Bewerber aufgrund der Bewertung die gleiche Punkteanzahl erzielen, darf davon ausgegangen werden, dass die Regierung in der Lage sein wird, eine korrekte und diskriminierungsfreie Entscheidung herbeizuführen. Sie hat ohnehin die Verbände dazu zu hören und kann auch Sachverständige zur Beurteilung hinzuziehen. Im Übrigen gibt es innerhalb der Bedarfsplanung jährlich kaum bzw. nur vereinzelt personelle Veränderungen.

Zu Art. 18 Abs. 2a

Die freie Arztwahl des Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezieht sich nur auf zugelassene Leistungserbringer, also auf solche, die

einen Vertrag mit dem LKV abgeschlossen haben. Der Versicherte kann die freie Arztwahl durch Abschluss der erweiterten OKP auf alle geeigneten Leistungserbringer im In- und Ausland erstrecken.

Die Regierung ging in der Vergangenheit davon aus, dass alle Ärzte – auch solche ohne Bindung an einen Tarifvertrag – im Interesse ihrer Patienten die Rechnung auf der Grundlage des örtlichen Krankenversicherungstarifes ausstellen würden (vgl. BuA Nr. 44/2003, S. 51). Diese Annahme der Regierung hat sich nicht bewahrheitet, wie anlässlich der TARMED-Einführung auf den 1. Januar 2017 festgestellt werden musste. Durch die Neuformulierung des Abs. 2a sollen daher künftig sämtliche inländischen Ärzte verpflichtet werden, bei der Behandlung eines Patienten im Rahmen der erweiterten OKP den TARMED als geltende Tarifstruktur anzuwenden. Das ist nicht nur im Interesse der versicherten Personen, die einen Zuschlag für den erweiterten Versicherungsschutz zahlen, sowie aus Gründen der Entlastung der Krankenkassen angezeigt, sondern steht auch im Einklang mit den Überlegungen, die seinerzeit zur Einführung der erweiterten OKP geführt haben.

Festzuhalten ist, dass nach dem Kenntnisstand der Regierung praktisch alle Ärzte in Liechtenstein heute über die Möglichkeit verfügen, elektronisch mit TARMED abzurechnen. Die Abrechnung mit TARMED ist schon deshalb auch den Ärzten ohne OKP-Zulassung zumutbar.

An den geltenden Taxpunktwert sollen die Nicht-Vertragsärzte jedoch nicht gebunden sein, das heisst sie müssen zwar die TARMED-Tarifstruktur (Nomenklatur, Taxpunkte, Verhältnis der Taxpunkte zueinander) anwenden, sind aber in Bezug auf den Taxpunktwert frei. Sie können also auch einen höheren als den in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Taxpunktwert in

Rechnung stellen.⁸ Für die Kassen, welche den Versicherten mit erweiterter OKP Rückerstattungen leisten, ist dies kein Problem, denn sie haben für die Abrechnung mit dem Versicherten (höchstens) den geltenden OKP-Taxpunkt看wert einzusetzen. Wendet der Arzt einen höheren Taxpunkt看wert an, so hat der Versicherte die Differenz selbst zu tragen. Allerdings ist der Arzt in diesem Fall verpflichtet, den Patienten vor Aufnahme der Behandlung darauf hinzuweisen.⁹ Dabei hat er dem Patienten die Leistung, die von der Sozialversicherung nicht übernommen wird, also die Differenz zwischen seiner Rechnung und der Vergütung der Krankenkasse, betragsmässig zu nennen.

Ein Arzt ohne OKP-Vertrag ist also in der Anwendung des Taxpunktwertes frei und der Patient kann sich an einen anderen Arzt wenden, wenn er den verlangten Taxpunkt看wert nicht bezahlen möchte. Die Pflicht zur Anwendung des Tariffsystems der OKP verschafft dem Patienten die nötige Transparenz.

Leistungserbringer im Ausland, welche keinen OKP-Vertrag abgeschlossen haben, können nicht zur Anwendung der liechtensteinischen Tarifstruktur gezwungen werden, da die liechtensteinische Gesetzgebung sich nicht auf sie erstreckt. Daher gilt weiterhin, dass im Ausland erbrachte Leistungen den Versicherten mit erweiterter OKP bis maximal zur Höhe der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife zu vergüten sind. Anzumerken ist, dass in der Schweiz ohnehin der TARMED zur Anwendung kommt (derzeit gilt in allen Ostschweizer Kantonen sowie in Liechtenstein ein Taxpunkt看wert von CHF 0.83).

⁸ Ein tieferer als der geltende Taxpunkt看wert ist von Gesetzes wegen bereits heute zulässig (vgl. Art. 16c Abs. 7b KVG).

⁹ Siehe hierzu Art. 12 Abs. 2 iVm Art. 24 Abs. 2 Ärztegesetz. Aus Gründen der Vollständigkeit ist an dieser Stelle festzuhalten, dass es auch Situationen geben kann, in denen ein Versicherter ausdrücklich als Privatpatient behandelt werden und vermeiden möchte, dass eine Rechnung respektive die Informationen zu einer Behandlung an die Krankenkasse weitergegeben werden. In einem solchen Ausnahmefall entfällt sowohl eine Tarifbindung für den Arzt als auch jegliche Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Patient muss ein solches Vorgehen unmissverständlich mit dem Arzt im konkreten Fall vereinbaren.

5. VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT / RECHTLICHES

Es wurde bereits bei der Begründung der Vorlage darauf hingewiesen, dass Massnahmen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Handels- und Gewerbebefreiheit weitgehend entzogen sind (Kapitel 2.1).

In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass staatliche Preisvorschriften in Bereichen zulässig sind, in denen von vornherein nicht privatrechtlicher Wettbewerb herrscht, so z.B. bei der Festlegung von Tarifen für Leistungen, die durch die staatlich mitfinanzierte Sozialversicherung bezahlt werden, denn die Wirtschaftsfreiheit gibt kein Recht darauf, zu Lasten der staatlich mitfinanzierten Sozialversicherungen Einkommen zu generieren.¹⁰

Im Übrigen wirft die gegenständliche Vorlage keine verfassungsrechtlichen Fragen auf.

¹⁰ Vgl. BGE 2C_940/2010 E. 4.4 und BGE 130 I 26 E. 4.5 S. 42 f.

6. **REGIERUNGSVORLAGE**

Gesetz

vom

**betreffend die Abänderung des Gesetzes über die
Krankenversicherung**

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine
Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG),
LGBI. 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 16b Abs. 6a

6a) Können sich die Ärztekammer und der Kassenverband nicht auf die Besetzung einer aufgrund der Bedarfsplanung freien Stelle einigen, so entscheidet die Regierung nach Anhören der Verbände über die Besetzung der Stelle und eröffnet den Bewerbern sowie den Verbänden den Entscheid schriftlich; die Regierung setzt den Verbänden vorgängig eine Frist von höchstens einem Monat für den Entscheid über die Besetzung der Stelle. Die Ärztekammer und der Kassenverband sind im Falle einer Nichteinigung verpflichtet, der Regierung die im

Zusammenhang mit der Besetzung der Stelle relevanten Unterlagen, insbesondere vorhandene Bewerbungen, auf Aufforderung umgehend vorzulegen.

Art. 18 Abs. 2a

2a) Die Kassen müssen den Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung anbieten, welche die Kosten sowohl bei zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern als auch die nach Abs. 2 nicht übernommenen Leistungen übernimmt. Hinsichtlich der Vergütung von Leistungen eines nicht zugelassenen Leistungserbringers gilt Folgendes:

- a) im Inland erbrachte Leistungen sind nach den für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifen zu vergüten. Der nicht zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, die für einen Versicherten mit erweiterter obligatorischer Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen nach der geltenden Tarifstruktur zu berechnen;
- b) im Ausland erbrachte Leistungen sind bis maximal zur Höhe der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife zu vergüten.

Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am ... (1./Monat/Jahr) in Kraft, andernfalls am Tag nach der Kundmachung.

