Liechtensteinische
Ärztekammer

Ministerium für Gesellschaft & Justiz
Herr Regierungsrat
Dr. Emanuel Schädler
Regierungsgebäude
9490 Vaduz

Eschen, 14. August 2026

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

Sehr geehrter Regierungsrat Schädler

Wir bedanken uns für die Einladung zur Stellungnahme zum Vernehmlassungsbericht in oben angeführter Angelegenheit.

Wir werden nach grundsätzlichen Ausführungen auf die einzelnen Themenblöcke eingehen und anschliessend dort konkrete Abänderungsvorschläge zu den einzelnen Artikeln machen, wo es uns angezeigt erscheint.

1. Grundsätzliche Ausführungen

Die vorliegende Gesetzesvorlage enthält eine Vielzahl unterschiedlicher Themen und Massnahmen, welche in ihrer Gesamtheit zwar zahlreiche Bereiche des Gesundheitswesens berühren, jedoch keinen klar erkennbaren übergeordneten Reformansatz verfolgen. Es handelt sich weniger um eine kohärente Weiterentwicklung des Systems als vielmehr um eine Zusammenstellung punktueller Anpassungen, die in unterschiedlichen Teilbereichen ansetzen. Ein tragender roter Faden, aus dem sich Zielrichtung, Prioritäten und Systemlogik der Vorlage ableiten liessen, ist nur eingeschränkt erkennbar.

Besonders kritisch ist dabei, dass in mehreren Bereichen wesentliche Entscheidungen auf die Verordnungsebene verlagert werden sollen. Die Ärztekammer verkennt nicht, dass Detailregelungen aus Gründen der Praktikabilität und Anpassungsfähigkeit häufig auf Verordnungsstufe getroffen werden müssen. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass zentrale Weichenstellungen dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren entzogen werden. Wo Rechte und Pflichten der Leistungserbringer, die Stellung der Versicherten oder wesentliche Elemente der Finanzierung und Kontrolle

Liechtensteinische Ärztekammer
St. Martins-Ring 1
9492 Eschen
T +423 370 20 30
F +423 370 20 31
office@aerztekammer.li
www.aerztekammer.li

betroffen sind, verlangt der Legalitätsgrundsatz eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage.

Gerade im Gesundheitswesen, in dem gesetzliche Regelungen regelmässig tief in die Berufsausübung, die Tarifautonomie, die Patientenversorgung und die Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingreifen, ist eine klare gesetzliche Normierung zentral. Der Gesetzgeber hat die wesentlichen Leitplanken selbst festzulegen. Eine zu weitgehende Delegation an die Regierung oder an nachgelagerte Akteure schwächt die demokratische Legitimation, unterminiert die parlamentarische Entscheidungskompetenz und reduziert das Prinzip der «Checks and Balances» zwischen Exekutive und Legislative.

Leider ist es ein anhaltender Trend, dass die Regierung versucht, immer mehr rechtliche Determinierung auf die Verordnungsebene zu ziehen. Längst ist dies nicht mehr auf reine Durchführungsbestimmungen beschränkt, die Gesetze werden zugunsten der Verordnungskompetenz ausgehöhlt.

2. Stellungnahme zu den einzelnen Massnahmen

2.1. Einheitliche Finanzierung EFAS

Die Einführung der einheitlichen Finanzierung (EFAS) ist aus Sicht der Ärztekammer grundsätzlich zu begrüssen. Die heute unterschiedliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen führt zu Fehlanreizen und unnötiger Komplexität. Die Vereinheitlichung der Finanzierungsströme erhöht die Transparenz des Systems und vereinfacht die mittlerweile sehr komplexe und vielschichtige Finanzierung des Gesundheitswesens insgesamt. Auch kann damit auf die jährliche Diskussion über den OKP-Staatsbeitrag verzichtet werden.

Wesentliche negative Auswirkungen auf die Ärzteschaft sind durch die Einführung von EFAS a priori nicht zu erwarten.

2.2. Verfeinerung Risikoausgleich

Die vorgesehene Verfeinerung des Risikoausgleichs wird kritisch beurteilt. Zwar ist ein gewisses Mass an Risikoausgleich sachlich gerechtfertigt, um strukturelle Unterschiede in den Versichertenbeständen auszugleichen und Risikoselektion zu verhindern. Die vorgeschlagene Ausweitung reduziert jedoch den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter und schwächt die Anreize, Versicherte durch attraktive Leistungen, guten Service und innovative Versicherungsmodelle zu gewinnen.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Aufnahmepflicht besteht. Versicherte können daher beim Wechsel der Krankenkasse nicht aufgrund ihres Gesundheitszustands oder eines hohen

Kostenrisikos abgelehnt werden. Das Risiko einer systematischen Benachteiligung kostenintensiver Versicherter ist somit bereits heute weitgehend ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine weitere Ausdehnung des Risikoausgleichs nicht erforderlich und eher wettbewerbshemmend.

2.3. Weiterentwicklung Gesundheitsberufe

Einleitend ist festzuhalten, dass die stetige Weiterentwicklung der vermittelten Kompetenzen und Fähigkeiten der einzelnen Gesundheitsberufe begrüssenswert ist. Die Weiterentwicklung der Medizin bedingt auch die ständige Weiterentwicklung der übrigen Gesundheitsberufe, um die Patientenbehandlung weiterhin in höchster Qualität zu gewährleisten.

Auch ist eine kompetenzkohärente Einbindung der Gesundheitsberufe jedenfalls zu begrüssen. Gleichzeitig darf die Verschiebung von ärztlichen Kompetenzen zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen nie auf Ressourcenüberlegungen basieren, sondern ausschliesslich auf den in der Aus- und Weiterbildung erlangten Fähigkeiten. Erschwerend kommt hinzu, dass die konkrete Zuweisung von erlaubten Tätigkeiten im Gesundheitsgesetz durch interpretationsbedürftige Begriffe wie «Assessments», «klinischen Einschätzungen», «Aufgaben zur Wiedererlangung der Gesundheit» verwässert wird. Die Zuteilung von Impfkompetenzen für klar definierte Impfungen, die Einforderung spezifischer Weiterbildungen und der Nachweis notwendiger Infrastruktur ist greifbar und klar abgrenzbar. Es ist der Ärztekammer bewusst, dass nicht alle Gesundheitsberufe im Gesundheitsgesetz mit so konkreten Tätigkeitsbereichen hinterlegt werden können, dennoch ist bei der Beschreibung der zulässigen Tätigkeiten grosse Vorsicht geboten und auf auslegungsbedürftige Begrifflichkeiten zu verzichten oder im Falle der APN sogar bestimmte Tätigkeiten explizit auszuschliessen (z.B. Diagnosestellung). Der konkrete Abänderungsvorschlag findet sich in Anhang 1.

Zu den in Art. 16g vorgesehenen Pilotversuchen für in Arztpraxen angestellte APN nehmen wir wie folgt Stellung:

Die Idee, der auch in der Schweiz ungelösten Problematik fehlender Tarifstrukturen für die Arbeit von APN mittels Pilotversuchen zu begegnen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Nach Prüfung der Ausgestaltung des dazugehörigen Gesetzesartikels halten wir jedoch fest, dass diese Bestimmung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens obsolet sein wird. Für Arztpraxen, die an einer Zusammenarbeit mit einer klinisch tätigen APN grundsätzlich interessiert wären, sind die Rahmenbedingungen deutlich zu unattraktiv:

Einerseits geht mit diesen Pilotversuchen wiederum Bürokratie einher, die ohnehin schon ein ungesundes Mass im ärztlichen Alltag angenommen hat. Neben der Aushandlung eines passenden Anstellungsvertrags (wohl auf Stundenbasis, was für

Praxen arbeitsrechtliches Neuland bildet) muss dem Amt für Gesundheit in weiterer Folge rapportiert werden.

Schwerwiegender sind die rechtlichen Zweifel, ob die Bestimmung im KVG überhaupt geeignet ist, die im Gesundheits- und Ärztegesetz normierten Unvereinbarkeiten zwischen Gesundheitsberufen zu durchbrechen. Gemäss Gesundheitsgesetz darf eine Pflegefachperson/APN nicht bei einer Arztpraxis oder Ärztegesellschaft angestellt sein, das ergibt sich direkt aus Art. 6 Abs. 2 Gesundheitsgesetz. Die Schaffung einer Regelung im KVG, die der Regierung die Befugnisse erteilt, Projekte trotz Durchbrechung der Unvereinbarkeiten der Spezialgesetze zu legitimieren, hält nach Ansicht der Ärztekammer einer rechtlichen Prüfung nicht stand. Da die kollidierenden Normen beide auf Gesetzesstufe stehen, ist die Derogationsregel «lex superior derogat legi inferiori» nicht anwendbar. Der zeitliche Vorrang («Lex posterior derogat legi priori») wird aus Sicht der Ärztekammer durch den inhaltlichen Vorrang («Lex specialis derogat legi generali») verdrängt. Der zeitliche Vorrang steht nach Ansicht der Ärztekammer hinter dem Inhaltsvorrang und wird bei gleichwertigen Kollisionsnormen (gleicher Rang, gleicher Grad der Spezifität) von diesem verdrängt. Beim Gesundheitsgesetz handelt es sich eindeutig um ein Spezialgesetz in der Frage der Berufsausübung, das KVG ist auf die Finanzierung ausgerichtet. Daher geht das Gesundheitsgesetz bei Kollision vor. Erschwerend kommt hinzu, dass Art. 16g des Entwurfs keine klare Ausnahme der Unvereinbarkeit zwischen der APN und einer Arztpraxis normiert, sondern lediglich in einem Nebensatz festhält, dass APN bei einem Arzt oder einer Ärztegesellschaft angestellt wären. Der Fokus von Art. 16g Abs. 1 liegt aber gemäss semantischer Auslegung und Satzstellung darauf, dass auf ärztliche Anordnung Leistungen der OKP erbracht werden dürfen.

Somit kommt die Ärztekammer zum Schluss, dass Art. 16g mit Art. 6 Abs. 2 Gesundheitsgesetz kollidiert und das Gesundheitsgesetz vorgeht und die Anwendung von Art. 16g verhindert.

2.4. Monitoring TARDOC

Die Massnahme selbst ist nicht Bestandteil der eigentlichen Gesetzesvorlage, ein gesetzgeberischer Anknüpfungspunkt besteht daher nicht.

Erstaunlich ist jedoch die Aussage auf Seite zwölf des Vernehmlassungsberichts, wonach der Taxpunktwert während mindestens drei Jahren nicht erhöht werden soll. Eine derartige Festlegung erscheint in einem Vernehmlassungsbericht zur KVG-Revision sachfremd. Die Festsetzung und Anpassung des Taxpunktwerts ist Gegenstand der Tarifpartnerschaft und unterliegt den hierfür vorgesehenen gesetzlichen und vertraglichen Verfahren. Zwar entfaltet die Aussage keine unmittelbare rechtliche Bindungswirkung, sie entzieht jedoch allfälligen zukünftigen, sachlich begründeten

Anträgen auf eine Anpassung des Taxpunktwerts bereits im Vorfeld den politischen Nährboden. Dies ist aus Sicht der Tarifautonomie äusserst kritisch zu beurteilen.

Weitaus schwerwiegender ist die im letzten Absatz dieses Kapitels getroffene Aussage

«Zudem wird Liechtenstein die Weiterentwicklung der geltenden gesamtschweizerischen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen auf das Jahr 2027 hin übernehmen. Dies ist auch ohne Gesetzesanpassung der Fall, da die in der Schweiz geltende Struktur von Gesetzes wegen auch in Liechtenstein anzuwenden ist. Die angedachte Höchstgrenze des pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunktvolumens sollte ebenfalls übernommen werden. Sollte diese Begleitmassnahme nicht integraler Bestandteil der gesamtschweizerischen Tarifstruktur werden, wäre die Umsetzung auf Verordnungsebene sicherzustellen.»

Die Ärztekammer geht davon aus, dass die Regierung bzw. das zuständige Ministerium zum Zeitpunkt der Verfassung des Vernehmlassungsberichts bzw. der oben unterstrichenen Passage keine Kenntnis davon hatte, wie diese Höchstgrenze konkret ausgestaltet werden soll. Das dementsprechende Dokument wurde Anfang Juni und erst nach Verabschiedung des Vernehmlassungsberichts verteilt.

Daher ist es wahrscheinlich, dass die Aussage zur Höchstgrenze nicht auf Kenntnissen der damit verbundenen Implikationen für die ärztliche Versorgung basiert.

Die Bekanntmachung der zwischen FMH, H+ und prio.swiss vereinbarten Höchstgrenze von 1‘577 Taxpunkten ärztlicher Leistung (TP AL) hat in der Schweiz ein gesundheitspolitisches Erdbeben ausgelöst: mehrere ärztliche Fachgesellschaften diskutieren öffentlich eine mögliche Abspaltung von der FMH, eine neue Ärztevereinigung («Freie Ärzte Schweiz») wurde gegründet, grosse Klinikgruppen haben die Nichtanwendung aufgrund Rechtsüberschreitung angedroht, die Verbände FMH und H+ stehen öffentlich unter massivem Beschuss, einzelne Fachgesellschaften haben beim Bundesrat direkt für eine Nichtgenehmigung der Vereinbarung plädiert, die Petition gegen die Höchstgrenze hat bereits über 40‘000 Unterzeichner etc.

Grund für die heftige Reaktion ist die Tatsache, dass Berechnungen der Branche klar aufzeigen, dass die Höchstgrenze von 1‘577 TP AL in vielen Fachbereichen nicht annähernd eingehalten werden kann. Dies beruht auf der simplen Tatsache, dass die Berechnungsmethodik (zwölf Stunden Arbeitszeit pro Tag = 1‘577 TP AL) die Grundstruktur des TARDOC ausblendet. TARDOC besteht, wie auch schon TARMED, aus Zeitleistungen und Handlungsleistungen. Diese sind in den Generellen Interpretationen des TARDOC (GI 7) wie folgt definiert:

Handlungsleistung

Bei der Handlungsleistung hinterlegten Zeit handelt es sich um eine pauschale Zeitbetrachtung. Bei dieser Systematik ist der tatsächlich benötigte Zeitaufwand zur Erbringung der Leistung für die Erfassung somit nicht relevant.

Zeitleistung

Bei der Zeitleistung wird der tatsächlich benötigte Zeitaufwand zur Erbringung der Leistung erfasst. Diese Zeittarifpositionen charakterisieren sich durch eine Angabe pro x Min. in der Bezeichnung.

Während bei Zeitleistungen die abgerechneten AL-Taxpunkte der effektiven Arbeitszeit entsprechen, ist dies bei den Handlungsleistungen nicht der Fall. Diese sind mit pauschalen Zeitwerten hinterlegt, welche bewusst unabhängig vom tatsächlich benötigten Zeitaufwand festgelegt wurden und daher von der real erforderlichen Arbeitszeit erheblich abweichen können. Die hinterlegten Zeiten orientieren sich typischerweise an normativen Annahmen und nicht an der tatsächlichen Arbeitsdauer eines erfahrenen Arztes. Durch medizinischen Fortschritt, Digitalisierung, standardisierte Abläufe und den Einsatz moderner Technologien können zahlreiche Leistungen heute wesentlich effizienter erbracht werden als zum Zeitpunkt der tariflichen Kalkulation.

Aus der beschriebenen Diskrepanz zwischen normativen Tarifzeiten und tatsächlich benötigter Arbeitszeit resultiert ein grundlegendes Plausibilitätsproblem der vorgesehenen AL-Höchstgrenze. Die Höchstgrenze knüpft nicht an die tatsächlich erbrachte ärztliche Arbeitsleistung an, sondern an tarifliche Bewertungsgrössen, welche insbesondere bei Handlungsleistungen bewusst pauschalisiert sind. Moderne und effizient arbeitende Praxen erreichen die vorgesehene Obergrenze deshalb deutlich früher, obwohl ihre tatsächliche Arbeitskapazität noch längst nicht ausgeschöpft ist.

Die Höchstgrenze begrenzt damit letztlich nicht die Arbeitszeit der Ärzte, sondern das innerhalb der obligatorischen Krankenversicherung ambulant verfügbare Leistungsangebot. Die eigentliche gesundheitspolitische Fragestellung lautet deshalb nicht, wie lange Ärzte arbeiten dürfen, sondern ob dieses Steuerungsinstrument geeignet ist, die ambulante Versorgung der Bevölkerung – insbesondere in einem kleinen Versorgungssystem wie Liechtenstein – dauerhaft sicherzustellen.

Die praktischen Auswirkungen dieser Regelung dürften erheblich sein. Ärzte wären gezwungen, die Erbringung OKP-pflichtiger Leistungen bereits vor dem Ende ihres Arbeitstages einzustellen, obwohl sie weiterhin über freie Behandlungskapazitäten verfügen. Die Folge wären längere Wartezeiten, eine geringere Verfügbarkeit ambulanter Leistungen sowie eine zusätzliche Belastung der medizinischen Versorgung.

Sollte diese Höchstgrenze in der Schweiz tatsächlich eingeführt werden, werden die Folgen für die Patienten wohl immens sein. Die Gesundheitsversorgung ohne Notwendigkeit aufs Spiel zu setzen kann nicht im Interesse Liechtensteins sein.

Es besteht, wie übrigens auch in der Schweiz, gar keine Notwendigkeit, eine zusätzliche Kostensteuerung einzuführen. Die Kostenneutralität der Tarifmigration (in der Schweiz automatisch, in Liechtenstein durch das installierte Monitoring) sorgt für eine Regulierung auf Makroebene, die Wirtschaftlichkeitsverfahren regulieren die Kosten auf einer Mikroebene. Ein zusätzlicher Steuerungsmechanismus ist unnötig, damit würde mit der AL-Höchstgrenze ein dritter Kostensteuerungsmechanismus eingeführt, obwohl sowohl auf Makro- als auch auf Mikroebene bereits Steuerungsinstrumente bestehen. Darüber hinaus enthält das liechtensteinische Recht keine analoge Bestimmung zum schweizerischen KVG zur Festlegung einer Höchstgrenze und damit keine rechtliche Pflicht zur Implementierung einer weiteren, faktisch unnötigen Kostensteuerungsmassnahme. Die Ärztekammer kann nur hoffen, dass die im Vernehmlassungsbericht getätigte Aussage, dass bei Nichtübernahme der Höchstgrenzen durch einvernehmlichen Entscheid der Tarifpartner die Regierung diese per Verordnung nachvollzieht, auf falschen Annahmen bzw. fehlenden Informationen beruht. Seit Bekanntwerden der in der Schweiz vereinbarten Höchstgrenze kann Liechtenstein nicht ernsthaft daran interessiert sein, die Patientenversorgung grundlegend zu gefährden.

2.5. Digitalisierung

Als Mitglied des Vereins eHealth (eHLI) unterstützt die Ärztekammer die Digitalisierungsbemühungen ausdrücklich. Die Umsetzung der eHealth-Strategie, welche durch das Whitepaper zur Digitalisierungsoffensive 2030 angestossen wurde, soll von der Regierung fokussiert, engagiert und mit der notwendigen Alimentierung versehen, schrittweise umgesetzt werden. Auch beim Ausbau, bei der Weiterentwicklung und bei der Evaluation der Digitalisierung ist der direkte Einbezug der Leistungserbringer notwendig.

2.6. Förderung Generika / Biosimilars

Einleitend ist festzuhalten, dass diese Massnahme zwar im Vernehmlassungsbericht thematisiert wird, jedoch nicht Teil der Gesetzesvorlage ist, sondern auf dem Verordnungsweg umgesetzt werden würde. Die geplante Erhöhung des Selbstbehalts auf 40% basiert zwar auf einer gesetzlichen Grundlage, wonach die Regierung gemäss Art. 23b Abs. 2 Bst. a KVG mit Verordnung die Kostenbeteiligung bis zum doppelten Betrag erhöhen kann, eine konkrete Debatte wird im Landtag jedoch mangels gesetzlicher Anpassungen nicht stattfinden, die Regierung kann diese Massnahme somit autonom umsetzen, unabhängig von den Ergebnissen der Vernehmlassung. Die

Ärztekammer geht jedoch davon aus, dass die Regierung eine Verordnungsanpassung trotz fehlender, direkter Verknüpfung mit der KVG-Revision erst auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Reformpakets auf 1. Januar 2028 umsetzen wird, um entsprechende Vorlaufzeit zu gewähren.

Zum Inhalt der geplanten Änderung nehmen wir wie folgt Stellung:

Zahlreiche Präparate, welche in der Schweiz mit 40% Selbstbehalt hinterlegt sind, finden sich bereits auf der Liste der Co-Marketing-Präparate gemäss Anhang 2a^{bis} der KVV und sind somit bereits durch die in der Schweiz nicht existente Co-Marketing-Regelung reguliert. Bei diesen Präparaten stellt sich die Frage, welche Regelung vorgehen würde. So ist z. B. das Präparat «Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 98 Stk.» auf der Co-Marketing-Liste, so dass die Krankenkassen nur den Publikumspreis des zugehörigen Co-Marketing-Präparats «Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 98 Stk.» vergüten, die Preisdifferenz trägt der Versicherte.

Dieses Präparat ist jedoch in der Schweiz mit 40 % Selbstbehalt gelistet. Würde nun diese Regelung auch in Liechtenstein eingeführt, müsste geklärt werden, was in solchen Fällen von Doppelnormierung vorgeht:

Nexium Mups 20, Tabl 20 mg, 98 Stk.	CHF 75.45
Esomep MUPS, Tabl 20 mg, 98 Stk.	CHF 51.90
Kosten Patient bei Vorzug 40 %-Regelung	CHF 30.18
Kosten Patient bei Vorzug Co-Marketing-Regelung	CHF 23.55

Diese Rechnung basiert auf der Annahme, dass die Franchise bereits aufgebraucht ist.

Die Ärztekammer steht grundsätzlich hinter den Bestrebungen, keine unnötigen Kosten für Medikamente zu produzieren. Oberste Maxime in der Patientenversorgung muss jedoch jederzeit der Patient sein. Sparmassnahmen dürfen qualitativ nicht zum Nachteil von Patienten sein, sondern nur da ansetzen, wo Mehrkosten ohne ersichtlichen Mehrwert für den Patienten entstehen. Hierfür ist die von Liechtenstein eingeführte Co-Marketing-Regelung ein leuchtendes Beispiel.

Somit kann die Ärztekammer mit einer analogen Regelung wie in der Schweiz leben, jedoch ist es unabdingbar, dass die therapeutischen Ausnahmen von den Kassen als solche akzeptiert werden. Wenn triftige Gründe dagegensprechen, dass der Patient auf ein wirkstoffgleiches (aber nicht identisches!) Präparat umsteigt und der Arzt dies auch klar begründen kann und dokumentiert, ist diese therapeutische Entscheidung von den Kassen zu respektieren. Ein vertrauensärztlicher Review ist bei deutlich erkennbarem Missbrauch der Ausnahmeregelung selbstverständlich sinnvoll, eine

pedantische Hinterfragung jeder einzelnen Ausnahmeentscheidung ist jedoch unverhältnismässig.

Die Ärztekammer regt an, die Umsetzung dieser Massnahme vorab am «Runden Tisch Kostendämpfung» zu besprechen und die Fachexpertise der Ärzteschaft und der Apotheker einzuholen.

Die Regierung führt im Vernehmlassungsbericht aus, dass der einheitliche Vertriebsanteil bei wirkstoffgleichen Medikamenten von Liechtenstein übernommen werden soll (vgl. Vernehmlassungsbericht 2.2.1. sowie 3.4.).

Diese Aussage überrascht sehr, da diese Regelung in Liechtenstein bereits analog gilt. Die Regelung zum einheitlichen Vertriebsanteil wurde direkt in der Spezialitätenliste abgebildet, indem die Preise angepasst wurden. Da die Spezialitätenliste in Liechtenstein anwendbar ist, wurde die Massnahme automatisch und zeitgleich auch in Liechtenstein umgesetzt. Eine aktive Übernahme ist somit obsolet.

2.7. Abschaffung Befreiung Kostenbeteiligung chron. Kranke

Die Ärztekammer unterstützt die vorgeschlagene Abschaffung der generellen Befreiung chronisch kranker Personen von der Kostenbeteiligung. Die bisherige Regelung hat sich in der praktischen Anwendung als nicht sachgerecht umsetzbar erwiesen.

Es ist bis heute nicht gelungen, objektive, nachvollziehbare und dauerhaft tragfähige Kriterien für die Abgrenzung der anspruchsberechtigten Personengruppen zu entwickeln. Die bestehende Diagnoseliste wirkt in weiten Teilen zufällig und kann der medizinischen Realität nicht gerecht werden. Angesichts der Vielzahl chronischer Erkrankungen mit unterschiedlichsten Schweregraden, Verläufen und Behandlungskosten ist eine vollständige und gleichzeitig gerechte Regelung kaum möglich. Die Leistungskommission steht damit vor der Quadratur des Kreises.

Die heutige Regelung führt zwangsläufig zu Ungleichbehandlungen. Während einzelne Diagnosen unabhängig von der tatsächlichen finanziellen Belastung zu einer umfassenden Befreiung von der Kostenbeteiligung führen, bleiben andere, medizinisch oder finanziell vergleichbare Krankheitsbilder unberücksichtigt. Die finanzielle Leistungsfähigkeit der betroffenen Personen spielt dabei keine Rolle. Das bestehende System folgt damit einem Giesskannenprinzip, welches weder sozialpolitisch noch medizinisch überzeugt.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Abschaffung der generellen Befreiungsregelung sachgerechter als deren laufende Ausweitung oder punktuelle Anpassung. Für einkommensschwache Versicherte bestehen zwar mit der Prämienverbilligung und den Ergänzungsleistungen bereits zielgerichtete sozialpolitische Instrumente, die Abschaffung wird aber einige Personen, die heute durch die chronische Erkrankung

von der Kostenbeteiligung befreit sind und am Existenzminimum sind, stark treffen. Daher ist es notwendig, die Abschaffung der Kostenbeteiligung mit flankierenden Massnahmen zu begleiten, indem z. B. die Obergrenzen der Ergänzungsleistungen angemessen erhöht und die anfallenden Krankheitskosten, insbesondere für Medikamente und ärztliche Behandlungen, bei deren Berechnung berücksichtigt werden. Andernfalls droht eine erhebliche Belastung insbesondere jener IV-Bezüger an der Armutsgrenze, die sich notwendige Medikamente oder ärztliche Behandlungen nicht mehr leisten könnten.

2.8. Anpassung Leistungskatalog

Es ist grundsätzlich sinnvoll, sich bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs an der Schweiz zu orientieren, da der Aufnahme oder Streichung von Leistungen aus dem Leistungskatalog in der Schweiz in der Regel eine Evaluation vorausgeht. Diese Erfahrungswerte kann Liechtenstein übernehmen und von den Überlegungen aus der Schweiz profitieren.

Es ist nach Ansicht der Ärztekammer jedoch nicht notwendig, sich sklavisch an der Schweiz zu orientieren. Teilweise basieren die Entscheidungen in der Schweiz weniger auf wissenschaftlichen Fakten, sondern sind gesundheitspolitisch geprägt. Diese Entscheidungen dürfen und sollen in Liechtenstein selbstständig reflektiert und gefällt werden. Kleine Divergenzen zwischen den Leistungskatalogen haben keine negativen Implikationen auf die Anwendung. So sieht die Ärztekammer auch keinen Grund, die bisherige Praxis betreffend Akupunkturleistungen von nicht-ärztlichen Fachpersonen aufzugeben. Die Begründung, dass dies in der Schweiz nicht gelistet ist und die Leistungen systematisch «eher in den Zusatzversicherungsbereich» gehören, ist keine Tatsache, sondern eine Wertung. Eine bisherige Praxis sollte jedoch nicht rein auf Basis von Ansichten geändert werden. Sollte die Regierung auf Empfehlung der Leistungskommission an der Streichung festhalten, wäre eine Übergangsregelung für bestehende Leistungserbringer notwendig. Die Verschiebung einer kassenpflichtigen Leistung in den Zusatzversicherungsbereich reduziert den Kreis der potentiellen Klientel deutlich. Die bereits tätigen Leistungserbringer, die von dieser Massnahme betroffen wären, sind durch den Grundsatz von Treu und Glauben vor unquantifizierbaren und eventuell existenzbedrohenden Implikationen zu schützen. Die Regierung kommt selbst zum Schluss, dass die abgerechneten Leistungen der Naturheilpraktiker quantitativ nicht bedeutend sind, somit stünden weder einer Beibehaltung der heutigen Regelung noch eventualiter einer Übergangsregelung für bereits tätige Leistungserbringer sachliche Gründe entgegen.

2.9. Gesetzliche Verankerung Leistungskommission

Keine Einwände.

2.10. Stärkung Wirtschaftlichkeitsverfahren

Diese Massnahme ist in der geplanten Form höchst bedenklich. Es ist nachvollziehbar und aus Gründen der Rechtssicherheit zwar durchaus unterstützenswert, dass das Wirtschaftlichkeitsverfahren eine stärkere gesetzliche Basis erhält und zukünftig nicht mehr allein vom LKV nach Belieben (oder nach Belieben der schweizerischen Pendants) definiert wird. Jedoch ist die Ausgestaltung der Gesetzesvorlage mit rechtsstaatlichen Prinzipien in keiner Weise vereinbar. Der Sündenfall findet sich in der Neufassung von Art. 19 Abs. 2b.

Dieser sieht vor, dass im Falle einer vom LKV im Rahmen des statistischen Vergleichs („Screening") festgestellten Überschreitung des Kostendurchschnitts inkl. Toleranzmarge der Beweis für die Unwirtschaftlichkeit als erbracht gilt, falls der Leistungserbringer die Kostenüberschreitung nicht durch anerkannte Praxisbesonderheiten begründen kann. Konkret lautet die Bestimmung wie folgt:

„{...} und kann der Leistungserbringer die Kostenüberschreitung nicht durch anerkannte Praxisbesonderheiten begründen, so gilt für das Ausmass der Kostenüberschreitung der Beweis der unwirtschaftlichen Behandlung als erbracht {...}"

Diese Formulierung enthält gleich drei sehr kritische Punkte: Die durch Abs. 2c dem LKV zur Definition überlassenen Praxisbesonderheiten, die (bewusste) Streichung des Hinweises auf den Rechtsschutz sowie die Statuierung einer absoluten Beweismacht des LKV.

Praxisbesonderheiten

Die Abstellung auf «anerkannte Praxisbesonderheiten» ist bereits deshalb kritisch, weil Abs. 2c vorsieht, dass diese nicht per Verordnung normiert werden, sondern dem LKV zur Ausgestaltung überlassen werden. Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bildet den zentralen Streitpunkt in Wirtschaftlichkeitsverfahren. Sie war bereits wiederholt Gegenstand der schweizerischen Rechtsprechung und stellt zugleich die wichtigste Möglichkeit dar, mit der sich Leistungserbringer gegen den Vorwurf unwirtschaftlichen Handelns entlasten können.

Gerade aufgrund der zentralen Rolle in Streitigkeiten über die Unwirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers ist es im Zuge der Normierung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens unabdingbar, dass die Praxisbesonderheiten oder zumindest deren Grundsätze möglichst konkret von einer „neutralen" Stelle definiert werden. Aus Gründen der Transparenz und des rechtlichen Gehalts sollten diese bestenfalls direkt vom Gesetzgeber, alternativ zumindest von der Regierung auf dem Verordnungsweg definieret werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die entscheidende Entlastungs-möglichkeit des Leistungserbringers weiterhin in der Hand derjenigen Institution sein soll, die an der Ablehnung von Praxisbesonderheiten ein ureigenes Interesse hat.

Rechtsschutz

Die Gesetzesvorlage enthält eine kleine, aber sehr entscheidende Streichung im Vergleich zum geltenden Recht. Das geltende Recht normiert in Art. 19 Abs. 2c:

2c) Stellt der Kassenverband im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass der Leistungserbringer den Grundsatz nach Abs. 1 nicht beachtet hat, so werden die zu Unrecht bezogenen Leistungen nach Abs. 2 zurückgefordert. ***Bei Streitigkeiten über die Rückforderung findet Art. 28 Anwendung.***

In der Gesetzesvorlage ist der fett markierte Satz nicht mehr enthalten. Der Grund für diese Streichung lässt sich nur mutmassen, in Kombination mit dem neuen Beweismassstab der Unwirtschaftlichkeit im Absatz 2b (siehe dazu weiter unten) lässt sich jedoch vermuten, dass dieser Satz bewusst nicht übernommen wurde, um zu verstärken, dass der Beweismassstab in Abs. 2b absolut sein soll.

Zwar ist im neu geregelten Art. 28 vorgesehen, dass das Landgericht über Streitigkeiten zwischen Kassenverband und einem Leistungserbringer entscheidet, dennoch ist heute explizit erwähnt, dass über Streitigkeiten über die Rückforderung Art. 28 Anwendung findet. Die Streichung dieses Satzes wird in den Materialien nicht thematisiert, die Gründe hierfür bleiben daher ungewiss.

Letztlich weiss nur das zuständige Ministerium, warum dieser explizite Hinweis auf die Streitigkeiten über die Rückforderung gestrichen wurde. Im Gesamtkontext der Anpassungen von Art. 19 wirkt die Streichung jedoch nicht zufällig, sondern beabsichtigt.

Beweismacht

Die mit Abstand kritischste Änderung des Art. 19 ist die Statuierung einer absoluten Beweismacht zugunsten des LKV. Die Gesetzesvorlage sieht vor, dass der Beweis der unwirtschaftlichen Behandlung als erbracht gilt, wenn der LKV die vom Leistungserbringer vorgebrachten Praxisbesonderheiten negiert. Diese Machtzentrierung bei einer der beiden Streitparteien ist aus rechtsstaatlicher Sicht geradezu unerträglich. Und genau hier knüpft die wohl bewusste Streichung der Anwendung des Art. 28 an.

Es ist mit rechtsstaatlichen Prinzipien unvereinbar, dass eine von zwei Streitparteien die gesetzliche Legitimation erhält, seine Streitposition durch eine absolute Beweismacht durchzusetzen. Ob ein Leistungserbringer unwirtschaftlich ist, kann auch bei Wirtschaftlichkeitsverfahren nur die höchstrichterliche Instanz entscheiden. Die gewählte Formulierung ist also nicht nur falsch, sondern schüfe auch eine inakzeptable Dysbalance zwischen den Streitparteien.

Zusätzliche Brisanz erhält Art. 19 Abs. 2b dadurch, dass die vorgeschlagene Regelung zentrale Aussagen der jüngeren Rechtsprechung des Bundesgerichts zur

Beweislast und zur Bedeutung der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung geradezu konterkariert. Das Bundesgericht hat in jüngerer Zeit klargestellt, dass ein statistisches Screening lediglich einen Anfangsverdacht begründen kann und weder eine abschliessende Feststellung der Unwirtschaftlichkeit noch eine Umkehr der Beweislast zulasten des Leistungserbringers bewirkt. Indem dem LKV zugestanden wird, dass er lediglich einen statistischen Vergleich erstellen muss und bei Überschreitung der Toleranzmarge der Leistungserbringer in der Beweispflicht ist, dass Praxisbesonderheiten für die Überschreitung verantwortlich sind und daher kein unwirtschaftliches Leistungsverhalten vorliegt, wird die Judikatur des Bundesgerichts durch die Schaffung einer diametralen Rechtsnorm ausgehebelt. Das Bundesgericht urteilt regelmässig über Streitigkeiten im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsverfahren, ist jedoch für Liechtenstein nicht zuständig. Da die Wirtschaftlichkeitsverfahren in Liechtenstein jedoch identisch durchgeführt werden, wie in der Schweiz, ist die Judikatur des Bundesgerichts in Bezug auf das Wirtschaftlichkeitsverfahren zweifelsohne einschlägig für Liechtenstein.

Das Bundesgericht hat erst vor gut zwei Jahren in seiner Entscheidung 9C_135/2022 unter anderem folgendes festgehalten:

«{…} Umso wichtiger ist es, das provisorische Ergebnis des Screenings, d.h. den betreffenden Indexwert, ***anschliessend aufgrund einer vollständigen Einzelfallbetrachtung zu validieren****. {…}» (5.2.2.)*

«{…} Aus dem gleichen Grund führt eine im Screening angezeigte Auffälligkeit nicht zu einer Beweislastumkehr. Der allgemeinen Regel nach Art. 8 ZGB entsprechend ***bleiben nach Feststellung einer auffälligen Kostenstruktur grundsätzlich die Krankenversicherer beweisbelastet*** *{…}» (5.3.2.)*

Überdies ist im «*Vertrag vom 1. Februar 2023 betreffend die Screening-Methode im Rahmen der Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 56 Abs. 6 KVG»,* abgeschlossen zwischen FMH, santésuisse und curafutura, folgendes vereinbart:

«{…} Um näher abzuklären, ob ein im Sinne der angewandten Methode auffälliger Leistungserbringer unwirtschaftlich arbeitet oder nicht, ***wird bei Leistungserbringern mit erhöhten Indexwerten*** *unter anderem auf der Basis des Regressionsberichts* ***eine erste interne Einzelfallanalyse durch santésuisse oder durch den einzelnen Versicherer*** *oder durch santésuisse und einen einzelnen Versicherer* ***durchgeführt****. {…}»*

Diese Vereinbarung ist im oben zitierten Bundesgerichtsurteil mehrfach erwähnt und ist in die Entscheidungsfindung eingeflossen.

Der Gesetzestext von Art. 19 Abs. 2 lässt diese Kernpunkte, die einerseits von den (damaligen) schweizerischen Krankenkassenverbänden vereinbart worden sind,

andererseits höchstrichterlich abgeurteilt wurden, völlig ausser Betracht. In der Gesetzesvorlage fehlen massgebliche Punkte:

- Die Kassen / der Kassenverband müssen in der Schweiz selbst eine erste interne Einzelfallanalyse vornehmen
- Die Kassen sind beweispflichtig, dass sich die im Screening im Anfangsverdachtsstadium festgestellte Unwirtschaftlichkeit («red flags») in der Einzelfallbetrachtung erhärtet hat
- Über Streitfragen bzgl. einer Rückforderung entscheidet das Zivilgericht gemäss Art. 28 KVG-Entwurf, falls dieses von einer Partei angerufen wird.

Fazit

Die gesetzliche Verankerung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens ist dem Grundsatz nach zu begrüssen, da sie zu mehr Rechtssicherheit und Transparenz beiträgt. Die konkrete Ausgestaltung der vorgeschlagenen Bestimmungen weist jedoch erhebliche rechtsstaatliche Mängel auf.

Besonders problematisch ist die vorgesehene gesetzliche Vermutung der Unwirtschaftlichkeit. Der LKV erhält faktisch die Möglichkeit, durch einen statistischen Vergleich und die Ablehnung von Praxisbesonderheiten den Beweis der Unwirtschaftlichkeit selbst herbeizuführen. Damit wird die Beweislast zulasten der Leistungserbringer verschoben und dem LKV eine Stellung eingeräumt, die mit der prozessualen Gleichstellung der Verfahrensparteien nicht vereinbar ist.

Besonders problematisch ist zudem, dass die anerkannten Praxisbesonderheiten weiterhin vom LKV definiert werden sollen, obwohl die Praxisbesonderheiten im Wirtschaftlichkeitsverfahren das zentrale Entlastungsargument der betroffenen Leistungserbringer bilden.

Gleichzeitig fehlen wesentliche Korrektive, welche sowohl die schweizerische Rechtsprechung als auch die zwischen den Krankenkassen und der FMH vereinbarten Grundsätze vorsehen. Insbesondere wird weder eine vorgängige Einzelfallanalyse durch den Kassenverband verlangt noch verbleibt die Beweislast bei diesem.

Insgesamt besteht der Eindruck, dass mit der vorgeschlagenen Regelung die jüngere bundesgerichtliche Rechtsprechung wissentlich, eventuell sogar willentlich, ausgehebelt werden soll. Aus Sicht der Ärztekammer stellt die Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens den mit Abstand kritischsten Teil der gesamten Gesetzesvorlage dar und bedarf einer grundlegenden Überarbeitung.

Art. 19 Abs. 2b könnte wie folgt angepasst werden:

2b) Der Kassenverband überprüft gestützt auf die Einzelfallstatistik nach Abs. 2a und anhand eines statistischen Vergleichs mit einem geeigneten Vergleichskollektiv, ob die Leistungserbringer den Grundsatz nach Abs. 1 beachten oder ob beim geprüften Leistungserbringer Anhaltspunkte für eine Kostenüberschreitung vorliegen. Ergibt der statistische Vergleich eine Überschreitung der festgelegten Toleranzmarge, hat der Kassenverband den Sachverhalt anhand einer Einzelfallprüfung unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Umstände, insbesondere allfälliger Praxisbesonderheiten, näher abzuklären. Der Leistungserbringer ist während dieser Prüfung anzuhören. Erst wenn aufgrund der Einzelfallprüfung nachgewiesen ist, dass die festgestellte Kostenüberschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten oder andere sachliche Gründe gerechtfertigt ist, kann der Kassenverband die Vergütung der unwirtschaftlichen Leistungen nach dem Ergebnis der Rückforderungsberechnung zurückfordern. Bei Streitigkeiten über Rückforderungen findet Art. 28 Anwendung.

2.11. Erweiterung Kündigungsgründe OKP-Verträge

Zu Art. 19c Abs. 2 Bst. f und g

Die Regierung plant, die Gründe, bei welchen der LKV einen OKP-Vertrag mit einem Leistungserbringer kündigen kann (Art. 19c), um zwei Tatbestände zu erweitern.

Einerseits sollen Leistungserbringer gekündigt werden können, wenn sie die Mitwirkungspflicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung verletzen und dadurch die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblich erschwert oder verhindert wird. Die Mitwirkungspflicht wird in Art. 19 Abs. 2e zeitgleich gesetzlich normiert.

Andererseits sollen Leistungserbringer gekündigt werden können, wenn sie in drei aufeinanderfolgenden Jahren oder drei Jahre binnen eines Zeitraums von fünf Jahren die festgelegte Toleranzmarge überschreiten und dies nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden kann.

Der Kündigungsgrund bei Verletzung der Mitwirkungspflicht ist grundsätzlich nachvollziehbar. Der Zusatz, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblich erschweren oder verhindern muss, sichert rechtlich ab, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht eine konkrete Implikation auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung haben muss.

Der Kündigungsgrund aufgrund gehäufter Überschreitung der Toleranzmarge ist in dieser Form jedoch aus folgenden Gründen inakzeptabel:

Einerseits ist der materielle Grund für die Kündigung systemisch nicht statthaft, wie bereits in Ziff. 2.11. ausführlich dargelegt. Auch hier hat der Kassenverband die Entscheidungsmaxime, ob die Überschreitung der Toleranzmarge durch Praxis-besonderheiten begründet werden kann. An dieser Stelle fehlt ebenfalls die Einschränkung,

dass der Leistungserbringer die Einschätzung des Kassenverbands rechtlich überprüfen lassen kann. Im geltenden Recht ist in Art. 19c Abs. 5 folgendes normiert:

5) Ein Leistungserbringer kann gegen die Kündigung innerhalb von zwei Wochen ab ihrer Zustellung beim Kassenverband schriftlich einen begründeten Einspruch erheben. Der Einspruch hat aufschiebende Wirkung und leitet ein Schiedsverfahren nach Art. 28 ein.

Diese Bestimmung wird gemäss Gesetzesvorlage ersatzlos aufgehoben. Es ist zwar richtig, dass die Bestimmung in der heutigen Form nicht mehr systemkonform wäre, da das Schiedsverfahren gänzlich abgeschafft werden soll. Dies erfordert jedoch eine Anpassung des Abs. 5 statt einer gänzlichen Streichung. Die an mehreren Stellen vorgenommene Streichung von Verweisen auf den Rechtsweg mutet seltsam an. Eine Nachlässigkeit kann wohl ausgeschlossen werden. Somit bliebe noch die Theorie, dass das zuständige Ministerium keine Notwendigkeit in diesen Erwähnungen sieht, weil die Streitigkeiten ohnehin in Art. 28 geregelt sind. Dies wirft im Gegenzug die Frage auf, weshalb im geltenden Recht an zahlreichen Stellen auf Art. 28 verwiesen wird, wenn dies nicht notwendig wäre. Die Änderung vom schiedsgerichtlichen auf das zivilrechtliche Verfahren macht dabei keinen Unterschied. Es ist daher nicht allzu wahrscheinlich, dass das geltende Recht unnötige Verweise enthält, diese wären von der Legistik mit allergrösster Wahrscheinlichkeit mangels Relevanz gestrichen worden.

Die Verweise sollten analog zum geltenden Recht bzw. mutatis mutandis in der Gesetzesvorlage übernommen werden.

Auch materiell-rechtlich ist der Kündigungsgrund aufgrund einer bloss gehäuften Überschreitung der Toleranzmarge nicht sachgerecht. Die Überschreitung der Toleranzmarge stellt zunächst lediglich eine statistische Auffälligkeit dar, die Anlass für eine vertiefte Wirtschaftlichkeitsprüfung geben kann. Sie ist für sich allein jedoch noch kein Nachweis dafür, dass ein Leistungserbringer tatsächlich unwirtschaftlich tätig geworden ist oder Leistungen zu Unrecht bezogen hat.

Dies gilt umso mehr, als die Toleranzmarge nicht lediglich ein Korrektiv mathematischer oder statistischer Unschärfen darstellt, sondern unter anderem auch der Behandlungs- und Therapiefreiheit Rechnung trägt (vgl. BGE 103 V 145). Eine Überschreitung der Toleranzmarge darf deshalb nicht ohne Weiteres mit einem nachgewiesenen Verstoss gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot gleichgesetzt werden.

Für einen derart einschneidenden Schritt wie die Kündigung eines OKP-Vertrags sollte daher nicht die statistische Auffälligkeit, sondern das Ergebnis der darauf gestützten Wirtschaftlichkeitsprüfung massgeblich sein. Erst wenn im konkreten Einzelfall festgestellt wurde, dass Leistungen tatsächlich zu Unrecht bezogen wurden

und deshalb eine Rückzahlung geschuldet ist, liegt ein hinreichend belastbarer Anknüpfungspunkt für eine Sanktion vor.

Auch eine einmalige Rückzahlung rechtfertigt angesichts der erheblichen Bedeutung der Kündigung eines OKP-Vertrags für den betroffenen Leistungserbringer noch keinen eigenständigen Kündigungsgrund. Einzelne Beanstandungen können sich aus besonderen Umständen eines Abrechnungszeitraums, unterschiedlichen Rechtsauffassungen oder der konkreten Zusammensetzung des Patientenkollektivs ergeben. Erst eine wiederholte, über mehrere Jahre auftretende und jeweils abschliessend festgestellte Unwirtschaftlichkeit lässt auf ein strukturelles bzw. dauerhaftes unwirtschaftliches Leistungsverhalten schliessen.

Mit dem vorgeschlagenen Tatbestand wird deshalb auf drei Fälle innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren abgestellt, in denen der Leistungserbringer im Zuge einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen musste. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass nicht bereits eine einseitige Beurteilung des LKV oder eine noch strittige Rückforderung den Kündigungsgrund erfüllt. Die Rückzahlung muss vielmehr entweder gerichtlich abschliessend bestätigt oder vom Leistungserbringer im Rahmen eines Vergleichs akzeptiert worden sein.

Damit wird ein sachgerechtes Stufenverhältnis geschaffen: Die Überschreitung der Toleranzmarge kann Anlass für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung sein, eine daraus resultierende und abschliessend bestätigte Rückzahlung dokumentiert eine tatsächlich festgestellte Unwirtschaftlichkeit, erst deren wiederholtes Auftreten innerhalb eines definierten Zeitraums begründet schliesslich die Möglichkeit zur Kündigung des OKP-Vertrags.

Diese Regelung trägt dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz wesentlich besser Rechnung. Sie verhindert einerseits, dass statistische Auffälligkeiten oder geringfügige Überschreitungen unmittelbar zu einem Kündigungsgrund werden, ermöglicht andererseits aber eine wirksame Sanktion gegenüber Leistungserbringern, bei denen wiederholt tatsächlich unwirtschaftliches Verhalten festgestellt wurde. Der Kündigungsgrund knüpft damit nicht an eine Vermutung, sondern an mehrfach konkret nachgewiesenes Fehlverhalten an.

Fazit

Aus Sicht der Ärztekammer ist vor allem der Kündigungsgrund aufgrund wiederkehrender Überschreitung der Toleranzmarge in der vorgeschlagenen Form nicht statthaft. Es wird vorgeschlagen, den Kündigungsgrund wie folgt abzuändern:

g) ein Leistungserbringer bei der Zusammenfassung der Kosten nach Art. 19 Abs. 2a und Abs. 2b dreimal innert fünf Jahren zu Unrecht bezogene Leistungen im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 19 Abs. 2b zurückzahlen

musste. Die Rückzahlung muss jeweils entweder gerichtlich abschliessend bestätigt oder durch Vergleich akzeptiert worden sein.

Darüber hinaus soll Art. 19c Abs. 5 nicht wie in der Vernehmlassungsvorlage ersatzlos gestrichen werden, sondern wie folgt abgeändert werden:

5) Ein Leistungserbringer kann eine Kündigung gemäss Art. 19c Abs. 2 und Abs. 3 binnen zwei Wochen nach Zustellung gemäss Art. 28 beim Landgericht anfechten.

Zu Art. 19c Abs. 2a

Die Vernehmlassungsvorlage sieht im neuen Abs. 2a einen neuen Kündigungsgrund vor, welcher sich am Alter des Leistungserbringers ausrichtet. Im Vergleich zum bereits bestehenden Art. 19c Abs. 2 Bst. c, welcher dem LKV die Kündigung bei Erreichen des ordentlichen Rentenalters eröffnet, ist Abs. 2a als Muss-Bestimmung formuliert. Neu würde Art. 19c somit vorsehen, dass der LKV ab Erreichen des Rentenalters (aktuell 65 Jahre) den OKP-Vertrag kündigen kann, ab dem 70. Lebensjahr diesen jedoch kündigen muss.

Die Ärztekammer sieht diese Muss-Bestimmung sehr kritisch. Die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung wird zunehmend herausfordernd: Eine der Bevölkerungsentwicklung geschuldete Zunahme der Nachfrage gepaart mit einem veränderten Lebensmodell der jüngeren Generation führt zu einer immer stärker werdenden Lücke zwischen Nachfrage und Angebot. Gerade in Anbetracht dieser Entwicklung wäre es waghalsig, eine starre Altersgrenze ohne Ausnahmemöglichkeiten einzuziehen. Die zwischen LKV und Ärztekammer im Jahr 2023 vereinbarte Alterskündigungsregelung sieht genau solche Ausnahmen vor, wenn die Versorgung ansonsten nicht mehr gesichert ist. Einen analogen Inhalt will die Regierung nun im KVG verankern, jedoch ohne notwendigen Ermessensspielraum. Die Veränderung der Versorgungslandschaft verlangt mehr Systemflexibilität, also genau das Gegenteil einer absolut gültigen, starren Regelung.

Darüber hinaus ist die physische und psychische Leistungsfähigkeit der Menschen ansteigend, die Leistungsfähigkeit im Alter nimmt zu. Andere Staaten begegnen dem Fachkräftemangel deshalb genau in gegenteiliger Weise, indem sie Anreize für Personen im Pensionsalter schaffen, um weiter im Beruf zu bleiben (z. B. durch steuerliche Begünstigungen). Abs. 2a konterkariert diesen Trend ohne Notwendigkeit. Die damit wohl verbundene Intention, eine Überalterung der Versorgungslandschaft zu verhindern, entspricht nicht mehr der Realität, wie sie sich noch vor zehn Jahren dargestellt hat. Die Ärztekammer empfiehlt daher eindringlich, von einer starren Altersgrenze ohne Abweichungsmöglichkeiten abzusehen und die Regelung den Tarifpartnern zu überlassen.

2.12. Informationsmöglichkeiten Krankenkassen

Grundsätzlich spricht nichts dagegen, dass Versicherte über sinnvolle Angebote informiert werden. Diese Informationen sollen jedoch ausschliesslich die OKP betreffen, nicht allfällige Zusatzversicherungen. Da die Formulierung des Art. 25a Abs. 1 die präventiven Massnahmen betreffend zumindest einen Anknüpfungspunkt zu bestimmten Zusatzversicherungsmodellen bildet, spricht sich die Ärztekammer dafür aus, in Art. 25a klarzustellen, dass diese Informationen sich ausschliesslich auf OKP-pflichtige Leistungen der OKP beziehen dürfen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Kassen diese Norm dazu missbrauchen, für ihre Zusatzversicherungsprodukte zu werben.

2.13. Anpassung Labortarif

Die Regierung legt nicht schlüssig dar, weshalb die bisherige, langjährige Regelung einer prozentualen Auftragstaxe aufgegeben werden soll. Die Aussage, der Wechsel auf das schweizerische System der Pauschaltaxe «dürfte insgesamt zu einer Senkung der Laborkosten» führen, ist keine seriöse Grundlage für einen Systemwechsel. Da die Regierung keinerlei Berechnungen dazu angestellt hat, wäre es sogar möglich, dass der Wechsel zu Mehrkosten im Laborbereich führt. Ein Bauchgefühl ist nach Ansicht der Ärztekammer keine belastbare Grundlage für die geplante Anpassung. Die Folgen eines Systemwechsels müssen zunächst eruiert und quantifiziert werden, erst darauf basierend sollte eine Entscheidung getroffen werden.

2.14. Analyse Laborkosten

Kostenanalysen sind grundsätzlich sinnvoll, solange sie korrekt durchgeführt und objektiv interpretiert werden. Kostenanalysen dürfen jedoch keiner hidden agenda zugrunde liegen, bei welcher das gewünschte Ergebnis der Analyse bereits vorab feststeht und die Analyse und Interpretation dann auf das Wunschergebnis zugeschnitten wird.

2.15. Institutionalisierung „Runder Tisch Kostendämpfung“

Es ist per se nie falsch, wenn sich politische Entscheidungsträger mit den betroffenen Stakeholdergruppen austauschen und auch deren Expertise einholen und in die weiteren Überlegungen einbeziehen. Daher ist die Institutionalisierung Runder Tische prima vista zu befürworten. Sie bergen jedoch immer eine gewisse Gefahr, als politisches Feigenblatt herhalten zu müssen. Der Outcome eines Runden Tisches hängt massgeblich davon ab, ob die beigezogenen Fachexperten der Interessengruppen spüren, dass ihre Expertise angenommen wird. Das bedeutet nicht, dass die politischen Entscheidungsträger den Inputs der Experten blind und unreflektiert folgen müssen, die Anregungen sollen jedoch als Fachmeinung respektiert und in die

weiteren Überlegungen einbezogen werden, statt sie aus politischen Gründen wegzudiskutieren.

3. Stellungnahme zu einzelnen Artikeln

Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Art. 3a

Die vorgeschlagene Änderung von Art. 3a soll gestrichen werden, Art. 3a soll unverändert bleiben.

Art. 4 Abs. 1 Bst. f

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 12 Abs. 3a

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 13a (neu)

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 14 Abs. 1 Bst. b

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 16g

Diese Norm wäre nach Ansicht der Ärztekammer (vgl. Ausführungen in Ziffer 2.3.) nicht anwendbar, da Art. 6 Abs. 2 Gesundheitsgesetz Anwendungsvorrang hat.

Art. 19 Abs. 1, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e und 2f

Abänderungsvorschlag siehe Anhang 1.

Art. 19b Abs. 1, 1a und 4

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 19c Abs. 2 Bst. f und g

Abänderungsvorschlag siehe Anhang 1.

Art. 19c Abs. 2a

Abs. 2a soll ersatzlos aus der Gesetzesvorlage gestrichen werden.

Art. 19c Abs. 5

Abänderungsvorschlag siehe Anhang 1.

Art. 20 Abs. 4

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 21 Abs. 2

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 23b, Abs. 2 Bst. a und b

Variante 2: keine Änderungsvorschläge.

Art. 24 Abs. 1 Bst. c

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 24a Abs. 2, 2a, 2b, 2c und 4

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 24b Abs. 3 und Abs. 6

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 25a (neu)

Abänderungsvorschlag siehe Anhang 1.

Art. 26a Bst. i

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 26c Abs. 1

Keine Änderungsvorschläge.

Art. 28 Abs. 1, 2 und 3.

Abänderungsvorschlag siehe Anhang 1

Gesundheitsgesetz (GesG)

Art. 6 Abs. 1 Bst. a Ziff. 4 und Bst. o

Abänderungsvorschlag siehe Anhang 1.

4. Zusammenfassung / Fazit

Die Ärztekammer anerkennt das Bestreben der Regierung, das liechtensteinische Gesundheitswesen gezielt weiterzuentwickeln und auf die zukünftigen Herausforderungen auszurichten. Zahlreiche der vorgeschlagenen Massnahmen – insbesondere die Einführung der einheitlichen Finanzierung (EFAS), die gesetzliche Verankerung der Leistungskommission sowie die Digitalisierung des Gesundheitswesens – werden dem Grundsatz nach unterstützt oder positiv beurteilt.

Gleichzeitig zeigt die Vernehmlassungsvorlage aus Sicht der Ärztekammer in mehreren Bereichen erheblichen Überarbeitungsbedarf. Besonders kritisch beurteilt werden die vorgeschlagenen Bestimmungen zum Wirtschaftlichkeitsverfahren. Diese verschieben das Gleichgewicht zwischen Leistungserbringern und Kassenverband in einer Weise, welche fundamentale rechtsstaatliche Grundsätze wie Waffengleichheit, Beweislastverteilung und effektiven Rechtsschutz gefährdet. Die Ärztekammer erachtet diesen Themenbereich als den mit Abstand kritischsten Bestandteil der gesamten Gesetzesvorlage.

Auch bei weiteren Massnahmen – namentlich bei den Pilotversuchen für Advanced Practice Nurses, den Kündigungsgründen von OKP-Verträgen, der vorgesehenen Altersgrenze für Leistungserbringer, der Förderung von Generika und Biosimilars sowie einzelnen Anpassungen des Leistungskatalogs – besteht aus Sicht der Ärztekammer Anpassungsbedarf. Die vorgeschlagenen Änderungen sollten rechtlich präziser ausgestaltet, systematisch konsistenter eingeordnet und stärker an den praktischen Gegebenheiten der medizinischen Versorgung ausgerichtet werden.

Die Ärztekammer ist überzeugt, dass eine nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nur im partnerschaftlichen Dialog zwischen Politik, Behörden und den betroffenen Akteuren gelingen kann. Sie bringt sich deshalb mit den vorliegenden Ausführungen und den konkreten Gesetzesvorschlägen konstruktiv in den Gesetzgebungsprozess ein und hofft, dass ihre Anregungen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüssen

DDr. Johannes Jehle
Präsident

Mag.iur. Stefan Rüdisser
Geschäftsführer

Liechtensteinische Ärztekammer

Anhang 1

Gesetzesvorlage VLB mit Änderungsvorschlägen

Gesetz

vom ...

über die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung

I.
Abänderung bisherigen Rechts

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

~~Art. 3a~~

~~*Risikoausgleich*~~

~~1) Kassen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Kassen, müssen der mit der Durchführung des Risikoausgleichs betrauten Stelle zugunsten von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko Risikoabgaben entrichten. Kassen mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten Ausgleichsbeiträge. Die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge sind so festzulegen, dass Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Kassen ausgeglichen werden.~~

~~2) Das erhöhte Krankheitsrisiko wird durch das Alter, das Geschlecht~~

~~und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität abgebildet. Die Regierung legt die Indikatoren fest.~~

~~3) Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr (Kinder) sind vom massgebenden Versichertenbestand ausgenommen.~~

~~4) Die Regierung regelt die Einzelheiten durch Verordnung.~~

~~5) Der Risikoausgleich wird durch das Amt für Gesundheit durchgeführt.~~

Art. 4 Abs. 1 Bst. f

f) Aufgehoben.

Art. 12 Abs. 3a

3a) Aufgehoben.

Art. 13a (neu)

Leistungskommission

1) Eine von der Regierung eingesetzte Kommission mit Vertretungen der Behörden, der Ärzteschaft und des Krankenkassenverbandes beurteilt nach Massgabe von Art. 13 die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Leistungskommission). Die Kommission wird vom Amt für Gesundheit geleitet. Der Amtsarzt nimmt mit beratender Stimme Einsitz.

2) Sind Leistungen von Personen, die einen in Abs. 1 nicht genannten Gesundheitsberuf ausüben, von Laboratorien, von Krankentransport-unternehmungen oder von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu beurteilen, nehmen die von der Regierung gewählten Vertreter dieser Berufsgruppe mit Stimmrecht Einsitz in die Kommission. Die Kommission kann Fachexperten mit beratender Stimme beiziehen.

3) Die Kommission empfiehlt der Regierung, dass bestimmte Leistungen

in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind oder nicht zu übernehmen sind. Die Regierung ist an die Empfehlungen der Leistungskommission nicht gebunden und sie kann ihre Verordnungskompetenz auch ohne eine Empfehlung der Leistungskommission wahrnehmen.

Art. 14 Abs. 1 Bst. b

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich oder chiropraktorisch bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld zu gewähren. Der Anspruch auf Ausrichtung eines Krankengeldes endet, wenn: (...)

b) das Krankengeld für eine oder mehrere Krankheiten unter Berücksichtigung einer vereinbarten Wartefrist gemäss Abs. 2 während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt;

~~Art. 16g~~

~~*Pilotversuche für Vergütung der Leistungen von Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses)*~~

~~1) Die Regierung kann befristete Pilotprojekte bewilligen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses, APN), die bei einem zugelassenen Arzt oder einer zugelassenen Ärztegesellschaft angestellt sind, in Arztpraxen auf ärztliche Anordnung hin Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.~~

~~2) Im Verhältnis zu den Kassen erfolgt die Abrechnung über den zugelassenen Arzt oder die zugelassene Ärztegesellschaft. Die Vergütung erfolgt abweichend von Art. 16c durch Pauschalen oder Stundensätze und ist gegenüber der entsprechenden ärztlichen Vergütung angemessen reduziert festzulegen. Sie bedarf der Genehmigung der Regierung.~~

~~3) Die am Pilotprojekt beteiligten zugelassenen Ärzte oder Ärztegesellschaften erheben die für die Evaluation und für eine künftige Tarifierung erforderlichen Leistungs- und Kostendaten und übermitteln diese dem Amt für Gesundheit. Das Amt für Gesundheit erstattet der Regierung nach Abschluss der Pilotprojekte Bericht und unterbreitet gegebenenfalls Anträge für eine dauerhafte Regelung.~~

~~4) Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung, insbesondere die fachlichen Anforderungen an die Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis, den Umfang der zulässigen delegierten Leistungen, die Vergütung, die Datenerhebung sowie die Qualitätssicherung.~~

Art. 19 Abs. 1, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e und 2f

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Die Leistungen der Leistungserbringer müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Kassen haben die Rechnungen sowie das Leistungsverhalten der Leistungserbringer entsprechend zu prüfen und ihr Prüfungshandeln zu dokumentieren. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

2a) Die Kassen melden dem Kassenverband nach dessen Vorgaben für jedes Kalenderjahr die an die einzelnen Leistungserbringer erbrachten Kostenvergütungen in der obligatorischen und den freiwilligen Versicherungen für Krankenpflege. Der Kassenverband fasst diese Angaben zu einer Statistik der Behandlungskosten zusammen. Der Kassenverband fasst zusätzlich in einer Einzelfallstatistik die Angaben der Kassen für jeden Leistungserbringer zusammen und ermittelt das Gesamtkostentotal sowie die Kostentotale der relevanten Kostenarten.

2b) Der Kassenverband überprüft gestützt auf die Einzelfallstatistik nach Abs. 2a und anhand eines statistischen Vergleichs mit einem geeigneten Vergleichskollektiv, ob die Leistungserbringer den Grundsatz von Abs. 1 beachten oder ob beim geprüften Leistungserbringer Anhaltspunkte für eine Kostenüberschreitung vorliegen. Ergibt der statistische Vergleich eine Überschreitung der festgelegten Toleranzmarge, hat der Kassenverband den Sachverhalt anhand einer Einzelfallprüfung unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Umstände, insbesondere allfälliger Praxisbesonderheiten, näher abzuklären. Der Leistungserbringer ist während dieser Prüfung anzuhören. Erst wenn aufgrund der Einzelfallprüfung nachgewiesen ist, dass die festgestellte Kostenüberschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten oder andere sachliche Gründe gerechtfertigt ist, kann der Kassenverband die Vergütung der unwirtschaftlichen Leistungen nach dem Ergebnis der Rückforderungsberechnung zurückfordern. Bei Streitigkeiten über Rückforderungen findet Art. 28 Anwendung. ~~Stellt der Kassenverband eine Kostenüberschreitung des Leistungserbringers im Vergleich zum Vergleichskollektiv fest, die die Toleranzmarge überschreitet, und kann der Leistungserbringer die Kostenüberschreitung nicht durch anerkannte Praxisbesonderheiten begründen, so gilt für das Ausmass der Kostenüberschreitung der Beweis der unwirtschaftlichen Behandlung als erbracht. Der Kassenverband fordert vom Leistungserbringer die Vergütung der unwirtschaftlichen Leistungen nach dem Ergebnis der Rückforderungsberechnung zurück.~~

2c) Die Regierung regelt mit Verordnung die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsverfahrens und der Rückforderung zu Unrecht bezogener Vergütungen sowie die Vorgaben zu den Praxisbesonderheiten. Nach Massgabe dieser Verordnung regelt der Kassenverband das Nähere zur Durchführung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens, insbesondere zur Rückforderungsberechnung, zur Festlegung von Toleranzmargen~~, zu anerkannten Praxisbesonderheiten~~ und zur Mitwirkungspflicht der

Leistungserbringer.

2d) Die Rückforderung verjährt mit Ablauf von fünf Jahren nach der durch den Kassenverband gesetzten Zahlungsfrist. Wird die Rückforderung aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, ist diese Frist massgebend. Die Verjährung wird durch die Einleitung des Verfahrens nach Art. 28 unterbrochen.

2e) Der Leistungserbringer ist zur Mitwirkung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung und im Wirtschaftlichkeitsverfahren verpflichtet und hat dem Kassenverband alle dazu nötigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen sowie seine Mehrkosten zu begründen.

2f) Der Kassenverband stellt jährlich das Gesamtergebnis und eine Zusammenfassung für jeden Leistungserbringer der Regierung zur Festlegung und Überprüfung der Kostenziele im Sinne von Art. 19b zur Verfügung. Er informiert die Regierung zudem halbjährlich schriftlich umfassend über den Stand aller laufenden und sich in Vorbereitung befindlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Art. 19b Abs. 1, 1a und 4

1) Die Regierung legt nach Anhören des Kassenverbandes und der Verbände der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre die Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fest. Sie weist den Kassenverband und die Verbände der Leistungserbringer an, wie diese Kostenziele unter Beachtung der Massnahmen zur Sicherung der Qualität umzusetzen und zu überprüfen sind.

1a) Die Regierung legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die sie gelten sollen, fest

4) Die Regierung bestellt eine unabhängige fachliche Kosten- und Qualitätskommission. Die Kommission berät die Regierung bei den

Entscheiden über die Festlegung und die Überprüfung der Kostenziele. Das Nähere regelt die Regierung durch Verordnung.

Art. 19c Abs. 2 Bst. f und g

2) Der Kassenverband kann Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 nur nach vorgängiger Anhörung des entsprechenden Berufsverbandes der Leistungserbringer schriftlich unter Angabe der Gründe kündigen, wenn:

f) ein Leistungserbringer die Mitwirkungspflicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung verletzt und dadurch die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblich erschwert oder verhindert;

~~g)~~ ein Leistungserbringer bei der Zusammenfassung der Kosten nach Art. 19 Abs. 2a und Abs. 2b dreimal innert fünf Jahren zu Unrecht bezogene Leistungen im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 19 Abs. 2b zurückzahlen musste. Die Rückzahlung muss jeweils entweder gerichtlich abschliessend bestätigt oder durch Vergleich akzeptiert worden sein. ~~ein Leistungserbringer bei der Zusammenfassung der Kosten nach Art. 19 Abs. 2a und Abs. 2b drei aufeinanderfolgende Jahre oder drei Jahre binnen eines Zeitraums von fünf Jahren die festgelegte Toleranzmarge überschreitet, soweit diese Überschreitung nicht durch vom Kassenverband anerkannte Praxisbesonderheiten begründet werden kann.~~

~~Art. 19c Abs. 2a~~

~~Der Kassenverband kündigt Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 unter Einhaltung der vorgesehenen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, in welchem der Leistungserbringer das 70. Altersjahr vollendet.~~

Art. 19c Abs. 5

5) ~~Aufgehoben~~.

5) Der Leistungserbringer kann eine Kündigung gemäss Art. 19c Abs. 2 und Abs. 3 binnen zwei Wochen nach Zustellung gemäss Art. 28 beim Landgericht anfechten.

Art. 20 Abs. 4

4) Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 2 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt verlangen.

Art. 21 Abs. 2

2) Für die Berechnung der Beiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung unterteilt in:

a) eine Grundversicherung bei jährlichen Kosten eines Versicherten von weniger als 5 000 Franken; und

b) eine Hochkostenversicherung bei jährlichen Kosten eines Versicherten ab 5 000 Franken.

Art. 23b, Abs. 2 Bst. a und b

2) Die Regierung kann mit Verordnung die Kostenbeteiligung nach Art. 23:

a) für bestimmte Leistungen bis zum doppelten Prozentsatz erhöhen, insbesondere zur Förderung der Verwendung von Generika und Biosimilars.

b) für bestimmte Leistungen herabsetzen oder aufheben;

Art. 24 Abs. 1 Bst. c

1) Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch Beiträge an:

...

c) Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen.

Art. 24a Abs. 2, 2a, 2b, 2c und 4

2) Für die übrigen Versicherten beteiligt sich der Staat an der Finanzierung der Kosten der Leistungen nach Art. 13 und 15. Der Staat entrichtet dazu einen Beitrag.

2a) Die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Art. 23 und 23a und der Kostenersatz durch den Staat gemäss Art. 23 Abs. 2b werden für die Berechnung des Staatsbeitrags von den Kosten nach Abs. 2 abgezogen.

2b) Der Prozentsatz des Staatsbeitrages nach Abs. 2 liegt bei 31 Prozent.

2c) Die Regierung überprüft den Prozentsatz des Staatsbeitrags nach Abs. 2b erstmals nach drei Jahren und anschliessend alle drei Jahre und erstattet dem Landtag Bericht.

4) Die Kassen ermöglichen dem Amt für Gesundheit unverzüglich den kostenlosen Zugang zu Daten von Rechnungen, die eine stationäre Behandlung im Sinne von Art 13 Abs. 1 Bst. b betreffen. Die Regierung erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 24b Abs. 3 und Abs. 6

3) Der massgebende Erwerb setzt sich zusammen aus dem steuerbaren Gesamterwerb (ohne Sollertrag des Vermögens) gemäss Art. 14 in Verbindung mit Art. 16 des Steuergesetzes sowie einem Zwanzigstel des Gesamtvermögens.

5) Personen, die in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen, sind den Ehegatten gleichgestellt. Eine faktische Lebensgemeinschaft gilt im Sinne dieses Gesetzes ab dem Zeitpunkt als begründet, in dem beide Partner ihren Wohnsitz in derselben Wohnung haben. Massgeblich sind diesbezüglich die Eintragungen im Zentralen Personenregister.

Art. 25a (neu)

1) Die Kassen können die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, über nach diesem Gesetz vorgesehene geeignete Versicherungsmodelle und über präventive Massnahmen informieren. Sämtliche Informationen sind auf den Anwendungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beschränken.

2) Die Kassen informieren die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme über den Zweck der gezielten Information nach Abs. 1 und weisen die Versicherten darauf hin, dass der Erhalt der Informationen freiwillig ist und die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs besteht.

Art. 26a Bst. i

Die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe dürfen personenbezogene Daten, einschliesslich besonderer Kategorien personenbezogener Daten, verarbeiten oder verarbeiten lassen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich ist, namentlich um:

...

i) die Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, geeignete Versicherungsmodelle und präventive Massnahmen zu informieren.

Art. 26c Abs. 1

1) Die Steuerbehörden sind verpflichtet, dem Amt für Soziale Dienste auf Verlangen den steuerpflichtigen Gesamterwerb sowie das Reineinkommen mitzuteilen, die der Ermittlung des massgebenden Erwerbs nach Art. 24b zugrunde liegen, soweit diese Informationen im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach diesem Gesetz notwendig sind. Die Auskunftspflicht der Steuerbehörden umfasst auch die für die Bemessung des massgebenden Erwerbs nach Art. 24b erforderlichen Daten von Ehegatten, eingetragenen Partnerinnen und Partnern, die mit der antragstellenden Person eine faktische Lebensgemeinschaft führen, unabhängig davon, ob diese selbst einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen.

Art. 28 Abs. 1, 2 und 3

1) Das Landgericht entscheidet über Streitigkeiten zwischen:

a) Kassen oder Kassenverband und einem Leistungserbringer;
b) Kassen und dem Kassenverband;
c) Kassenverband und Berufsvereinigung und einem Leistungserbringer über die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

1a) Aufgehoben.

1b) Aufgehoben.

1c) Aufgehoben.

2) Die Streitanhängigkeit bei Streitigkeiten gemäss Abs. 1 Bst. a entfaltet aufschiebende Wirkung.

3) Für das Verfahren vor dem Fürstlichen Landgericht sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung anwendbar. Für die Berufung an das Obergericht und die Revision durch den Obersten Gerichtshof sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung und sinngemäss die Art. 86 bis 95, mit

Ausnahme des Art. 90, des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung anwendbar.

4) Die Bemessungsgrundlage im Verfahren nach Art. 19 beträgt maximal 100 000 Franken.

II.
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am 1. Januar 2028, andernfalls am Tag nach der Kundmachung in Kraft.

1.1 Gesundheitsgesetz (GesG)

Gesetz
vom ...
über die Abänderung des Gesundheitsgesetzes (GesG)

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung

I.
Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007, LGBl. 2008 Nr. 30, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert

Art. 6 Abs. 1 Bst. a Ziff. 4 und Bst. o

Bewilligungspflicht

1) Die eigenverantwortliche Ausübung der folgenden, die Patientensicherheit berührenden Gesundheitsberufe bedarf vorbehaltlich Art. 31 bis 35 einer Bewilligung des Amtes für Gesundheit:

a) Apotheker; der Tätigkeitsbereich umfasst:

...

4. die Übernahme von Aufgaben zur Förderung, Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten, insbesondere bei Impfungen;

...

o) Pflegefachperson; der Tätigkeitsbereich umfasst:

1. Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen im Rahmen der ambulanten und stationären Gesundheits- und Krankenpflege;

2. bei Vorliegen eines einschlägigen Studiums der Pflegewissenschaften zusätzlich ~~mit erweiterter klinischer Praxis~~ ~~insbesondere~~ die

Durchführung von Untersuchungen zur Erfassung des Gesundheitszustands des Patienten («Assessments»), darauf basierende ~~Konsultationen und~~ klinischen~~n~~ Einschätzungen sowie ~~,~~ ~~prädiagnostischen Untersuchungen, Assessments und~~ Massnahmenplanungen.

II.
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am 1. Januar 2028, andernfalls am Tag nach der Kundmachung in Kraft.