

POSTULATSBEANTWORTUNG
DER REGIERUNG
AN DEN
LANDTAG DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

BETREFFEND
DIE EINFÜHRUNG DES SCHWEIZERISCHEN TARIFSYSTEMS
„TARMED“

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

Nr. 109/2014

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	4
Zuständiges Ministerium.....	4
Betroffene Amtsstelle	4
I. BERICHT DER REGIERUNG	5
1. Anlass.....	5
2. Allgemeines	10
3. Beantwortung des Postulates.....	11
3.1 Preise – Tarifvergleich	11
3.1.1 Ausgangslage.....	11
3.1.2 Vergleich mit Arzttarif der Schweiz (TARMED).....	13
3.1.3 Ergebnisse und kritische Würdigung	15
3.2 Mengen: Vergleich Regelwerk TARMED und FL-Tarif.....	19
3.3 TARMED und WZW-Verfahren.....	23
3.4 Grundsätzliche Vor- und Nachteile einer Einführung des TARMED ..	25
3.5 Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Arzttarifs	27
3.5.1 Regeln gegen missbräuchliche Anwendung	27
3.5.2 Summe der hinterlegten Zeiten.....	28
3.5.3 Unverständliche Bezeichnungen.....	31
4. Fazit.....	32
5. Exkurs: Wirtschaftlichkeitsverfahren	34
5.1 Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	35
5.1.1 Phase 1: Ermittlung statistisch auffälliger Ärzte.....	35
5.1.2 Phase 2: Informationsbrief und Einladung zur Stellungnahme	35
5.1.3 Phase 3: Beobachtung und Reaktionszeit.....	36
5.1.4 Phase 4: Gespräch.....	36
5.1.5 Phase 5: Vergleich und Paritätische Kommission	36
5.1.6 Phase 6: Rechtsweg.....	37
II. ANTRAG DER REGIERUNG	37

ZUSAMMENFASSUNG

Die Regierung hat die Einführung des schweizerischen Tarifsystems TARMED geprüft und kommt zum Schluss, dass die damit von den Postulanten erhofften Vorteile weitestgehend auch durch die geplante und von der Regierung bereits ange-stossene Weiterentwicklung des liechtensteinischen Arzttarifs erreicht werden können. Zudem bietet das Festhalten an einem eigenen Tarif die Möglichkeit, unabhängig vom teilweise sehr trägen System in der Schweiz, Fortschritte in der Gestaltung des Tarifs zu erreichen und schnell auf Entwicklungen bzw. Fehlentwicklungen in Liechtenstein reagieren zu können. Ein auf liechtensteinische Verhältnisse massgeschneiderter Tarif ist weniger komplex in Aufbau und Anwendung als der TARMED.

Die Ansicht der Regierung, dass ein dem TARMED gleichwertiges, aber weniger komplexes Tarifsysteem in Liechtenstein bestehen kann, ist an Fortschritte bei der Tarifpflege des geltenden Tarifs gebunden. Gelingt es nicht, entscheidende zusätzliche Regelungen zu finden, mit denen die korrekte Anwendung auf einfache Weise geprüft werden kann, dann wäre die Einführung des TARMED nach Ansicht der Regierung eine naheliegende Option.

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft

BETROFFENE AMTSSTELLE

Amt für Gesundheit

Vaduz, 21. Oktober 2014

LNR 2014-1370

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
Sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehende Postulatsbeantwortung an den Landtag zu unterbreiten.

I. BERICHT DER REGIERUNG

1. ANLASS

Am 1. Mai 2014 reichten die Abgeordneten Herbert Elkuch, Erich Hasler, Harry Quaderer und Pio Schurtti gestützt auf Art. 44 der Geschäftsordnung des Landtags das Postulat zur Einführung des schweizerischen Tarifsystems „TARMED“ ein. Sie stellten den Antrag, der Landtag wolle beschliessen:

Die Regierung wird eingeladen, die in der Schweiz am 1. Januar 2014 eingeführte Tarifstruktur TARMED gemäss Art. 16c Abs. 4 KVG in Liechtenstein ab 1. Januar 2015 für sämtliche ambulanten ärztlichen Leistungen vorzuschreiben.

Begründung:

Die Gesundheitskosten sind während der letzten Jahre nicht nur in Liechtenstein, sondern auch in zahlreichen anderen Ländern enorm gestiegen. Verschiedene Faktoren wie die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt, aber auch politische Entscheidungen haben zu gewissen Fehlentwicklungen und Kos-

tensteigerungen im Gesundheitssystem beigetragen. Liechtenstein befand sich in den letzten Jahren in der glücklichen Lage, die Folgen der Kostensteigerungen für den Prämienzahler mit steigenden Staatsbeiträgen auszugleichen und damit die Prämien im Vergleich zur Schweiz niedrig zu halten. Diese Zeiten sind nun vorbei, der Staat muss sparen, und die unangenehme Kostenwahrheit wird für den Prämienzahler sichtbar. Es liegt nun an der Politik, Massnahmen zu implementieren, mit denen diese Entwicklung und vor allem die Kostensteigerungen unter Kontrolle gebracht werden können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Einführung von TARMED einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung der Kostenexplosion im liechtensteinischen Gesundheitswesen leisten kann. Der TARMED wurde per 1. Januar 2004 in der Schweiz eingeführt. Der Einführung dieser Tarifstruktur ging eine fast 20-jährige Vorbereitungs- und Entwicklungszeit voraus. Natürlich stellte sich auch in der Schweiz die Frage, ob es einen TARMED überhaupt braucht und welche Vorteile seine Anwendung bringen würde?

Der TARMED ist ein kantonsübergreifender einheitlicher Tarif, in welchem die Preise für ärztliche Leistungen durch partnerschaftliche Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern festgelegt werden. Der Tarif ist schweizweit einheitlich geregelt. Für jede Leistung wird die Anzahl Taxpunkte bestimmt, die von den Leistungserbringern für erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt werden kann. Der Taxpunktwert in Schweizer Franken wird in jedem Kanton separat fixiert. So können in einer einheitlichen Struktur unterschiedliche Preise festgelegt werden.

Der TARMED ermöglicht einen direkten Vergleich der Kosten in den einzelnen Tarifpositionen über die Kantonsgrenzen hinweg. Eine vereinfachte elektronische Kostenkontrolle, Kostenvergleiche unter den Kantonen und weniger Verwaltungsaufwand sind wesentliche Vorteile des TARMED. Die Krankenkassen in der

Schweiz haben lange Erfahrung in der Anwendung des Tarifs. Dieses Wissen könnte auch in Liechtenstein nützlich sein. Ein ganz wesentlicher Punkt ist, dass durch die vereinfachte elektronische Kostenkontrolle die Mengenentwicklung der Leistungen überschaubarer wird und Kostenvergleiche angestellt werden können. Der TARMED führt zu mehr Transparenz, Kontrolle und Vergleichbarkeit. Diese drei Aspekte wurden durch die liechtensteinische Politik zwar immer wieder gefordert, konnten durch das eigene liechtensteinische Tarifsystem jedoch letztlich nicht realisiert werden.

Erklärtes Ziel der Regierung ist es, die Preise im liechtensteinischen Gesundheitswesen auf Schweizer Niveau anzupassen. Es ist unbestritten, dass diverse Leistungen pro Versicherten in Liechtenstein wesentlich über dem schweizerischen Durchschnittswert liegen:

Hierzu ein paar Beispiele gemäss dem Monitoring des Bundesamtes für Gesundheit (www.bag.admin.ch/kmt/) Jan. - Dez. 2013 wie folgt:

<i>Liechtenstein</i>	<i>Kosten OKP pro versicherte Person</i>	<i>CHF 4'408.00</i>
<i>St.Gallen</i>	<i>Kosten OKP pro versicherte Person</i>	<i>CHF 3'021.00</i>
<i>Graubünden:</i>	<i>Kosten OKP pro versicherte Person</i>	<i>CHF 3'143.00</i>
<i>Glarus:</i>	<i>Kosten OKP pro versicherte Person</i>	<i>CHF 2'966.00</i>

Gesamtschweizerisch liegen die höchsten OKP Kosten pro Person bei CHF 4'562.00 und die tiefsten bei CHF 2'486.00. (Quelle: SASIS Datenpool; Liechtensteinischer Krankenkassenverband)

Diverse weitere Vergleichstabellen auf der Homepage des Bundesamtes für Gesundheit zeigen, dass die Gesundheitskosten in Liechtenstein im Vergleich zu Schweizer Kantonen einen Spitzenplatz einnehmen.

Mit der Einführung des Tarifsystems TARMED in Liechtenstein würde nur die schweizerische Tarifstruktur übernommen, nicht jedoch der Taxpunktwert. Da sich die Preise für die erbrachten Leistungen aus der Anzahl der Taxpunkte multipliziert mit dem Taxpunktwert berechnen, wird sich die liechtensteinische Regierung zusammen mit den Tarifpartnern auf einen Taxpunktwert einigen müssen. Grundlage dafür könnten die durchschnittlichen Taxpunktwerte unserer unmittelbaren Nachbarkantone sein oder ein begründbarer Wert innerhalb der Spanne der Schweizer Kantone. Der liechtensteinische Taxpunktwert sollte nach Meinung der Postulanten jedoch nicht mehr als 10% über dem Niveau des Kantons St. Gallen liegen. 10% mehr Ertrag für dieselbe Leistung erzeugt nämlich eine Gewinnsteigerung von wesentlich mehr als 10%. Mit dem Verzicht auf die Anbindung des liechtensteinischen Taxpunktwertes an einen bestimmten Kanton soll auf die spezifischen liechtensteinischen Verhältnisse Rücksicht genommen und den Tarifpartnern ein gewisser Verhandlungsspielraum eingeräumt werden.

Ebenso haben die Tarifpartner (nach Genehmigung des Taxpunktwerts durch die Regierung) die Möglichkeit, durch vertragliche Regelungen nicht nur den Taxpunktwert, sondern auch weitere Massnahmen festzulegen, die speziell auf liechtensteinische Gegebenheiten zugeschnitten sind. Solchen Massnahmen steht die Einführung des TARMED bzw. der TARMED selbst nicht entgegen.

Unlängst haben der Bundesrat und auch die Tarifpartner erkannt, dass es Tarifanpassungen zu Gunsten der Allgemeinpraktiker geben muss, um den Berufsstand der Hausärzte zu stärken. Ein sich in der Schweiz klar abzeichnendes Problem – nämlich, dass die Grundversorger im Vergleich zu den Spezialisten deutlich schlechter gestellt wird – wurde erkannt; durch entsprechende Anpassungen der Tarifstruktur wird nun eine Korrektur eingeleitet. In Liechtenstein ist die gleiche Problematik wie in der Schweiz zu erkennen. Folglich könnten mit der Einführung

des TARMED parallel zur Schweiz Anpassungen vorgenommen und die Grundversorger gestärkt werden.

Die Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten der liechtensteinischen Bevölkerung lassen sich mit denjenigen in der Schweiz vergleichen. Auch deshalb würde eine Systemanpassung keine Sonderlösung bedeuten. Der liechtensteinische Versicherte würde keinen Nachteil erfahren. Der Staat müsste kein bzw. nicht mehr Geld ausgeben für die Weiterentwicklung einen eigenen Tarifsystems.

Liechtenstein sollte auf eine Insellösung verzichten. Die letzten zehn Jahre seit Einführung des TARMED in der Schweiz haben gezeigt, dass die liechtensteinische Lösung zu wesentlich teureren Leistungsverrechnungen geführt hat. Auch sind die Kosten für die Pflege und Weiterentwicklung eines eigenen Tarifs erheblich. Transparenz und Kontrolle sind heute mangelhaft. Das leidige Thema „schwarze Schafe“ unter den Leistungserbringern könnte ähnlich wie in der Schweiz angegangen werden. TARMED hat sich in der Schweiz bewährt und wird ständig weiterentwickelt und verbessert, ohne dass liechtensteinischerseits besondere Aufwendungen nötig wären. Liechtenstein kann von den in der Schweiz gemachten Erfahrungen nur profitieren.

Durch die Einführung des schweizerischen TARMED würde das liechtensteinische Gesundheitswesen und die liechtensteinische Souveränität in keinsten Weise negativ beeinflusst. TARRMED bedeutet kein Wandel im Gesundheitssystem. Eine transparente Auflistung aller medizinischen Leistungen, aktive Tarifpflege durch ein faires Geben und Nehmen der Tarifpartner und die Vergleichbarkeit mit den Gegebenheiten in der Schweiz würde allen Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen zugute kommen und mit Sicherheit den immer wiederkehrenden Schuldzuweisungen und zähen, über Jahre dauernden Tarifverhandlungen ein Ende setzen. Kostenkontrolle, Transparenz und Vergleichbarkeit würden durch TARMED endlich Realität im liechtensteinischen Gesundheitswesen.

TARMED kann auf die liechtensteinischen Eigenheiten angepasst werden – so wie es die 26 Kantone in der Schweiz auch machen. Langjährige Diskussionen über Tarifanpassungen, Teuerungsausgleich etc. können vermieden werden und zu guter Letzt darf man durchaus behaupten, dass TARMED dem Liechtensteiner Steuer- und Prämienzahler zugute kommen wird. Mit der Einführung von TARMED entfällt die Notwendigkeit, dass Liechtenstein ein eigenes Tarifsysteem aufrechterhält. Dadurch können hohe Kosten eingespart werden.

Die Vorteile einer Einführung des TARMED sind: Sofortige Einführung von Preisen, die mit denjenigen in der Schweiz vergleichbar sind; Transparenz und Effizienz.

Durch unkomplizierte, durch die Regierung per 1.1.2015 vorgeschriebene Übernahme der Tarifstruktur TARMED für sämtliche ambulante ärztliche Leistungen könnte Liechtenstein einen ganz wichtigen Schritt zur Kostenkontrolle im Gesundheitswesen vollziehen.

2. ALLGEMEINES

Wie bereits in den Ausführungen zur Begründung des Postulates ausgeführt, ist das hohe Kostenniveau und das starke Kostenwachstum im Liechtensteinischen Gesundheitswesen der wesentliche Grund dafür, sich mit verschiedenen Lösungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen. Ein seit längerem vorgebrachter Vorschlag, um die steigenden Gesundheitskosten im Fürstentum Liechtenstein in den Griff zu bekommen, ist die Einführung des Schweizer Tarifsystems TARMED. Mit dem vorliegenden Postulat wird die Regierung beauftragt, die Einführung eben dieses Tarifsystems in Liechtenstein zu prüfen. Mit der gegenständlichen Postulatsbeantwortung sollen die Vor- und Nachteile einer allfälligen Einführung des TARMED dargelegt, eine Bewertung vorgenommen und eine Empfehlung für das weitere Vorgehen gegeben werden.

Die Postulanten verfolgen das Ziel, die Kosten zu senken bzw. das Kostenwachstum zu bremsen. Die Kosten ergeben sich aus der Multiplikation von Mengen und Preisen, der TARMED setzt bei beiden Parametern an. Um zu ergründen, welche Vorteile der TARMED gegenüber dem liechtensteinischen Arzttarif hat, müssen eben diese beiden Parameter separat betrachtet und in Relation zueinander gesetzt werden. Anhand eines Tarifvergleichs, in dem die einzelnen Tarifpositionen betrachtet werden, wurde in einem ersten Schritt die Preisebene verglichen. In einem nächsten Schritt werden weitere Vor- und Nachteile einer Einführung des TARMED, insbesondere die Regeln zur korrekten Anwendung des Tarifs, beschrieben. Die Regeln eines Tarifs sind die wesentlichen Stellschrauben, mit denen die Mengen, sprich die erlaubte Anzahl Abrechnungen einer Tarifposition, gesteuert werden können.

3. BEANTWORTUNG DES POSTULATES

3.1 Preise – Tarifvergleich

3.1.1 Ausgangslage

Während der letzten Jahre wurde der gesamte ambulante Arzttarif in mehreren Schritten überarbeitet und der vorerst letzte Umsetzungsschritt per 1. Juli 2013 in Kraft gesetzt. Immer noch nicht abgeschlossen ist die Überarbeitung der OP-Gebühren¹. Da in den vergangenen Jahren die Gesundheitskosten stark angestiegen sind, wurde die Firma BDO (Liechtenstein) AG vom Ministerium für Gesellschaft beauftragt, den Liechtensteiner Arzttarif mit dem Schweizer Arzttarif TARMED zu vergleichen. Weil die beiden Tarife jedoch unterschiedlich aufgebaut sind und ein vollständiger Vergleich sämtlicher Positionen sehr aufwendig wäre, wurde der Vergleich unter folgenden Prämissen vorgenommen:

¹ Operationsgebühren

- Verglichen wurden die umsatzstärksten 100 Tarifpositionen (CHF 26.8 Mio. von CHF 34.3 Mio.² = 78% des Umsatzes).
- Verwendet wurde jeweils das vom LKV zur Verfügung gestellte Datenmaterial (insbesondere die Mengengerüste 2012 bzw. 2013/2014 rollend).
- Nicht alle Top-100-Positionen konnten 1:1 verglichen werden. Es wurden daher folgende vier Gruppen definiert:

Gruppe 1: Direkt vergleichbare Positionen, z.B. ärztliche Psychotherapie, Aktenstudium

Gruppe 2: Nur in Kombination von verschiedenen Positionen vergleichbar, z.B. Konsultation (in der Schweiz ist die reguläre Konsultation aufgeteilt auf erste 5 min, weitere 5 min, letzte 5 min.) oder Laboruntersuchungen (in der Schweiz gibt es in der sogenannten „Analyseliste“ weitere Zusatzpositionen, z.B. eine Präsenztaxe pro Auftrag oder ein Analysezuschlag pro Laboruntersuchung)

Gruppe 3: Nur anhand von „Use Cases“ vergleichbare Positionen, d.h. es ist ein Vergleich typischer Gesamtabrechnungen notwendig, z.B. Ultraschalluntersuchungen Organe, Koloskopie, Katarakt-OP

Gruppe 4: Keine direkte Vergleichbarkeit möglich, z.B. Arztberichte (unterschiedliche Definitionen: in FL nach Seiten, in CH nach Zeilen)

Verglichen wurden die Positionen der Gruppen 1 und 2 (rund 70 Positionen), welche rund 70% des Gesamtumsatzes (CHF 24.3 Mio. von CHF 34.3

² Gemäss abgerechnetem Mengengerüst der Krankenkassen FKB und CONCORDIA vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Mai 2014 (ausgenommen Labor: Mengen 2012)

Mio. = 70%) und 90% der Top-100-Positionen ausmachen (CHF 24.3 Mio. von CHF 26.8 Mio. = 90%).

- Hinsichtlich TARMED wurde der Taxpunktwert von St. Gallen (0.82) verwendet³.
- Um die Positionen vergleichen zu können, mussten vielfach Annahmen getroffen werden. Diese wurden möglichst nach „fair view“ vorgenommen.
- Aus medizinischer Sicht wurden die Analysen von einer Fachperson aus der Schweiz mit fundiertem TARMED-Know-how begleitet. Die nachfolgenden Analysen wurden im Zeitraum März bis Juli 2014 durchgeführt und am 3. Oktober dem Krankenkassenverband und der Ärztekammer vorgestellt. Von den Verbänden kamen keine Einwände gegen das generelle Vorgehen. Der LKV betonte jedoch, dass ein Tarifsystem nicht nur anhand der Preise, sondern auch anhand der Regeln zur korrekten Anwendung beurteilt werden muss. Auf dieses Thema wird weiter unten eingegangen.

3.1.2 Vergleich mit Arzttarif der Schweiz (TARMED)

Die Analysen wurden in vier Schritte unterteilt. Diese schrittweise Simulation kam wie folgt zu Stande:

Schritt 1: Zu Beginn der Analysen standen nur die Mengengerüste des Jahres 2012 zur Verfügung. Dennoch wurden die Simulationen bereits mit den Taxpunkten des neuen Tarifs vorgenommen, um dadurch möglichst die heutige Situation abbilden zu können. Des Weiteren konnten bereits während der Tarifrevision Unstimmigkeiten in den Zahlen

³ Per 1. Januar 2014 wurde der Taxpunktwert im Kanton St.Gallen auf 0.83 erhöht. Der Kanton St.Gallen hat im schweizerischen Vergleich einen eher tiefen Taxpunktwert. Der Taxpunktwert gilt aber nicht nur für die ländliche Gegend in liechtensteinischer Nachbarschaft, sondern auch für die Stadt St.Gallen. Für das ärztliche Nettoeinkommen ist zudem nicht nur der Taxpunktwert von Bedeutung, sondern auch die Steuerbelastung und die Höhe der Sozialabgaben. Die Steuerbelastung ist in Liechtenstein wesentlich geringer als in St.Gallen.

von 2012 aufgedeckt werden, wodurch diese nicht als optimale Grundlage angesehen werden können.

Schritt 2: Da die Anpassungen im Arzttarif erst ab Mitte 2013 ihre Wirkung zeigen konnten, war eine Analyse mit aktuelleren Zahlen unumgänglich. Ende des 2. Quartals 2014 konnten die beiden Krankenkassen Concordia und FKB die Mengengerüste von 1. Juni 2013 – 31. Mai 2014 liefern. Damit ist auch eine Zeitspanne erfasst, während der der revidierte Arzttarif zum überwiegenden Teil gültig war. Beim Praxislabor hat sich bei der Anzahl der Taxpunkte pro Position nichts verändert, das Praxislabor war nicht Gegenstand der letzten Revision des Arzttarifs. Daher wurden für das Kapitel Labor die Zahlen des Kalenderjahres 2012 verwendet. Die neuen Mengengerüste hatten gegenüber Schritt 1 ausserdem eine Anpassung der Top-100-Positionen zur Folge (Verschiebung von gut 10 Positionen).

Schritt 3: Bis Anfang August wurden bereits zwei kostenrelevante Anpassungen vorgenommen. Zum einen wurde auf den 1. April 2014 der Taxpunktwert bei Laboruntersuchungen im Praxislabor per Verordnung der Regierung von CHF 1.50 auf CHF 1.00 gesenkt⁴ (Kosteneffekt: rund CHF 1 Mio.). Zum anderen wurde per 1. August 2014 als Ergebnis der vom Ministerium angestossenen Verhandlungen zwischen LKV und LAeK („Quick Win“) bei 17 der Top-20-Positionen eine Senkung der Taxpunkte vorgenommen (Kosteneffekt: rund CHF 2 Mio.). Die Positionen werden im Anhang in Tabelle 1 nochmals aufgeführt. Zusammen haben diese Anpassungen eine Kosteneinsparung von CHF 3 Mio. zur Folge.

⁴ Gemäss Berechnungen des Ministeriums liegen die Kosten für die Leistungen des Praxislabors auch nach dieser Anpassung insgesamt immer noch etwas über dem Schweizer Niveau. Einzelne Analysen sind jedoch in Liechtenstein günstiger, andere teurer als in der Schweiz.

Schritt 4: Parallel plante die Schweiz, per 1. Oktober 2014 die Schweizer Hausärzte besser zu stellen und einen Zuschlag bei den Konsultationen der Hausärzte von 10 Taxpunkten einzuführen (in Form einer ärztlichen Leistung). Um die Kostenneutralität zu wahren, sollen gleichzeitig zahlreiche Positionen der Facharztkapitel um einen fixen Prozentsatz gesenkt werden (8.5% bei den technischen Leistungen). Da von zahlreichen Organisationen Beschwerde eingereicht wurde, war zum Zeitpunkt der Analysen (Juli 2014) nicht sicher, ob die neue Verordnung tatsächlich so eingeführt wird oder nicht. Der neue Tarif trat jedoch wie geplant am 1. Oktober 2014 in Kraft⁵.

Durch diese schrittweise Darstellung der Simulationsergebnisse sollen die einzelnen Änderungen bzw. Anpassungen transparent und nachvollziehbar werden.

3.1.3 Ergebnisse und kritische Würdigung

Durch diese schrittweise Simulation kann einerseits dargelegt werden, welche Implikationen die einzelnen Anpassungen bewirken. Andererseits zeigt sie, wie sich der Liechtensteinische Arzttarif Schritt für Schritt im Vergleich zum TARMED verhält. Die zusammengefassten Ergebnisse sind in Tabelle 2 weiter unten zu finden.

Zu Beginn der Analysen (Schritt 1) war Liechtenstein unter Berücksichtigung der in der Ausgangslage dargelegten Prämissen um ca. CHF 1.7 Mio. höher als die Schweiz. Ein Vergleich mit den Mengengerüsten 2013/2014 (Schritt 2) ergibt gar eine Differenz von ca. CHF 2.3 Mio.

Die Anpassungen bei den Laborpositionen sowie die Senkung der Top-17-Positionen („Quick Win“) hat insgesamt eine Einsparung von ca. CHF 3 Mio. (pro

⁵ Quelle: santésuisse

Jahr) zur Folge. Da aber bei dieser Analyse der Vergleich zwischen dem Liechtensteiner Arzttarif und dem TARMED im Zentrum stand, wurden nicht die Kosteneffekte der einzelnen Positionen simuliert, sondern ein Vergleich der jeweils 100 umsatzstärksten Positionen zur Schweiz vorgenommen. Weil es zum Teil Vergleiche von kombinierten Positionen waren (Gruppe 2), zu welcher auch die reguläre Konsultation als eine der gewichtigsten Positionen gehört, ist hier nicht der gleiche Effekt zu sehen, sondern „nur“ eine Einsparung von ca. CHF 2.5 Mio. (Labor: CHF 0.8 Mio., Quick Win: CHF 1.7 Mio.). Durch die nötigen Annahmen und da z.B. nicht alle Positionen des Praxislabors zu den Top-100 gehören, fällt bei diesem Vergleich der Effekt geringer aus. Die angekündigte Einsparung von CHF 3 Mio. wurde parallel ebenfalls geprüft und konnte bestätigt werden.

Anpassungen Quick Win (Top-17-Positionen, „TPZ“ = Anzahl Taxpunkte)

Kurzbezeichnung	Pos.Nr.	TPZ	
		TPZ alt	TPZ neu
Reguläre Konsultation zwischen 8 und 20 Uhr	9.011.1	22.6	20.3
Mittler klinischer Status	9.102.1	31	28.5
Kleiner klinischer Status	9.101.1	15.2	14
Für ärztliche Psychotherapie	9.622.1	33.04	31
Grosser klinischer Status	9.103.1	55.2	53
Reguläre telefonische Konsultation zwischen 8 und 20 Uhr	9.021.1	10.6	5
Mittlere Berichte	9.093.1	12.4	12
Dermatologische Untersuchung des Integumentes	9.871.1	33.49	29
Nadel-Akupunktur	9.171.1	22.6	19
Ausführliche Berichte	9.094.1	23.6	22
Aktenstudium	9.095.1	33.5	32
Vermehrter Zeitaufwand bei reg. Kons.	9.011.2	8.4	5
Für ärztliche Beratung durch den Nichtfacharzt	9.622.2	28.95	24
OP-Grundgebühr	9.492.1	190.5	165
Vorsorge-Untersuchung Erwachsene alle 5 Jahre	9.551.1	96.7	75
US-Untersuchung gesamtes Abdomen	9.351.3	44.93	42
Grosser umfassender Neurostatus	9.611.2	76.51	65

Tabelle 1: Anpassungen am Arzttarif gemäss Vorgaben MG

In einem weiteren Schritt wurde noch die Auswirkung der Anpassungen im TARMED zur Besserstellung der Hausärzte geprüft. Unter den gegebenen Einschränkungen der Analyse ergab sich eine Erhöhung der Differenz zur Schweiz um eine weitere Million, d.h. Liechtenstein läge damit CHF 1.2 Mio. tiefer als die Schweiz. Diese Zahl ist jedoch mit einem grossen Vorbehalt zu versehen. Dies vor allem aus dem Grund, da in der Schweiz eine Kostenneutralität in Bezug auf die per 1. Oktober 2014 eingeführten Massnahmen prognostiziert wurde. Unter der Annahme, dass in Liechtenstein vergleichbare relative Mengenverhältnisse vorliegen, sollte die Anpassung folglich auch im Vergleich zu Liechtenstein unter dem Strich keinen Kosteneffekt mit sich bringen. Die Differenz erklärt sich dadurch, dass in der Simulation viele betroffene Positionen aus den Fachkapiteln nicht abgebildet wurden (entweder weil sie nicht zu den Top-100 gehören oder weil sie der Gruppe 3 oder 4 zugeordnet wurden und sich die Top-100 grösstenteils aus den Grundleistungen sowie ADT-Leistungen zusammensetzen). Weil diese Anpassung auf Schweizer Seite in der Summe als neutral angesehen werden kann, wurde dieser Schritt in der Tabelle 2 im Anhang nicht mehr aufgeführt.

Mit den Anpassungen bis zu Schritt 3 müsste Liechtenstein in etwa auf Schweizer Niveau sein. Es ist zudem zu beachten, dass hier ein Vergleich über die Summe der Positionen vorgenommen wurde. Ein Vergleich einzelner Positionen oder über die Fachkapitel würde aufzeigen, dass der Liechtensteiner Tarif in einigen Fachkapiteln tiefer, dafür aber in anderen Kapiteln (z.B. den Grundpositionen aus Kapitel 0, insbesondere der Konsultation) höher liegt. Diese „Ungleichverteilung“ war jedoch eine bewusste Entscheidung, welche auch in die Tarifrevision einfluss und womit vor allem die Grundversorger gestärkt werden sollten. Die Besserstellung der Hausärzte, welche in der Schweiz zu den beschriebenen Anpassungen im TARMED führte, wurde in Liechtenstein also schon ein Jahr davor, und zudem auch noch etwas stärker, umgesetzt.

Die Analysen ergaben, dass die Kosten für das betrachtete Mengengerüst an Leistungen in der Schweiz nicht höher sind als in Liechtenstein. Die getroffenen Massnahmen zur Senkung einiger Preise haben Wirkung gezeigt. Jedoch konnte in diesem Rahmen nicht analysiert werden, inwiefern sich (falsche) Abrechnungsschemen, hervorgerufen durch zu vage oder nicht vorhandene Regeln und deren Durchsetzung, in den Kosten niederschlagen. Durch eine Erweiterung und Präzisierung von Regeln im liechtensteinischen Tarif könnte beispielsweise der ungerechtfertigten Kumulation von einzelnen Positionen vorgebeugt werden, ein entsprechender Kosteneffekt ist jedoch nur schwer abschätzbar.

Übersicht Kosteneffekte

Anpassungsschritte	1				2				3			
	Mengen 2012				Mengen 13/14				Mengen 13/14 + Labor/Quickwin +			
Angaben in MCHF	FL	CH	Diff.	%	FL	CH	Diff.	%	FL	CH	Diff.	%
Total Gruppe 1	5.8	6.9	-1.1	-19%	6.0	6.6	-0.6	-10%	5.8	6.6	-0.8	-14%
Top 100	5.8	6.9	-1.1		6.0	6.6	-0.6		5.8	6.6	-0.8	
Total Gruppe 2	19.2	16.4	2.8	14%	18.3	15.4	3.0	16%	16.0	15.4	0.6	4%
a Top 100 (exkl. b-e)	0.5	0.5	0.0		1.1	1.1	0.1		1.1	1.1	0.0	
b Kons (Mo-Fr reg. & dringl.)	3.7	3.2	0.5		2.8	2.0	0.9		2.6	2.0	0.6	
c restliche Kons (Sa, So, Fe ; tel.) und HB	1.7	1.5	0.2		1.3	1.3	0.0		1.0	1.3	-0.2	
d Stati	10.7	9.8	0.9		10.6	9.7	0.9		9.6	9.7	0.0	
e Labor	2.5	1.4	1.2		2.5	1.4	1.1		1.6	1.4	0.3	
Total	25.0	23.3	1.7	7%	24.3	22.0	2.3	10%	21.8	22.0	-0.2	-1%
Effekt							0.7	3%			-2.5	-12%

Tabelle 2: Kosteneffekte der einzelnen Massnahmen

3.2 Mengen: Vergleich Regelwerk TARMED und FL-Tarif

Der TARMED kennt ein umfassendes Regelwerk⁶, welches eine unsachgemässe Anwendung des Tarifs verhindern soll. So werden am Anfang des Tarifs generelle Regeln zur Tarifierung ausgeführt, so genannte „Generelle Interpretationen (GI) für den gesamten Tarif“. Da die generellen Regeln im TARMED sehr umfassend sind, soll in diesem Rahmen nur ein beispielhafter Auszug dargestellt werden. Es werden im besagten Einführungskapitel generelle Aussagen zu den Grundsätzen der Tarifierung gemacht, wie zum Beispiel, dass die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) erbracht werden müssen. Dies ist im Übrigen auch im Liechtensteinischen Tarifvertrag so vereinbart. Weiter werden generelle Abgrenzungen beschrieben sowie die in den Tarifpositionen enthaltenen Leistungen. Entscheidend für eine sachgemässe Anwendung sind dann aber die Regeln zu den möglichen sowie nicht möglichen Kumulationen von Positionen, zu Dignitäten⁷, Leistungsgruppen und Leistungsblöcken sowie weitreichende Definitionen wie beispielsweise Zeiteinheiten, Masseinheiten, Arten und Vorgaben der Dokumentation, Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen.

In den einzelnen Leistungskapiteln werden dann für jede Position diejenigen Positionen aufgeführt, welche nicht mit dieser kumuliert werden dürfen. Weiter werden die Zeiten für die jeweilige Position und die Dignität sowie die Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den Leistungsblöcken bzw. Leistungsgruppen festgelegt. Damit sind weitere Ausschlusskriterien für die Abrechnung bestimmt.

⁶ Siehe hierzu <http://www.tarmedsuisse.ch/153.html>

⁷ Dignität = fachlicher Qualifikationsnachweis. Leistungen können nur durch diejenigen Fachärzte abgerechnet werden, welche die in den einzelnen Leistungen festgehaltenen qualitativen und soweit relevanten quantitativen Dignitätsanforderungen erfüllen (Weiterbildungsanforderungen und Fortbildungsanforderungen, bzw. Facharzttitle, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise, Fertigkeitenausweise).

Ein weiterer wesentlicher Vorteil beim TARMED ist, dass der Tarif mit den Regeln elektronisch hinterlegt sowie codiert ist. Dies bedeutet, dass bei der (elektronischen) Rechnungsstellung die Rechnungen maschinell auf die Einhaltung dieser Regeln kontrolliert werden können. So können sehr weitreichende Plausibilitäts-, Kombinations-, Dignitäts-, Zeitwert- und Leistungsgruppenüberprüfungen vorgenommen werden, welche eine unsachgemässe Abrechnungspraxis zumindest stark eindämmen können. Diese computergestützte Plausibilitätsprüfung und Kontrolle kann jedoch nicht die menschliche (vertrauensärztliche) Plausibilitätsprüfung ersetzen, welche notwendig ist, um unnötige und unsachgemässe Behandlungen zu finden. Bei der Anwendung des TARMED ist es also nicht ausgeschlossen, dass zu viele Leistungen an einem Patienten erbracht werden, es wird lediglich die korrekte Anwendung des Tarifs bei einer bestimmten Untersuchung oder Behandlung durchgesetzt.

00.0110		Telefonische Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min.				00.0110	
quant. Dignität FMH 5	qual. Dignität Alle		Sparte Sprechzimmer		Anästhesie-Risikoklasse		
AL (inkl. Assistenz) 9.57 TP	Assistenz	Dotation Assistenz	Leistung i.e. Sinne 5 min.	Vor- und Nachbearbeitung	Bericht	Leistungsbezogene ärztliche Zusatzzeit	
TL 8.19 TP	Raumbelegung 5 min.				Wechsel		
Geschlecht	Leistungstyp Hauptleistung	Behandlungsart	Zuschlag- / Reduktionsfaktor AL 1.00		Zuschlag- / Reduktionsfaktor TL 1.00		
Medizinische Interpretation							
Gilt auch für die telefonische Beratung von Angehörigen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten.							
Technische Interpretation							
-							
Alter: -							
Menge: max. 1 mal pro Sitzung -							
Seite: -							
Gesetz: -							
Nicht kumulierbar mit: (00.0010) , (00.0060) , (00.1880) , (02.0060) , [LG-12]							
Mögliche Zuschlagsleistungen: (00.0120) , (00.0130) .							
Leistungsgruppen: [LG-18] , [LG-20] , [LG-58] .							

Abbildung 1: Beispiel einer TARMED Position

Auch der Liechtensteinische Arzttarif kennt gewisse Regeln, welche wie bereits ausgeführt jedoch nicht so umfassend und systematisch sind wie diejenigen des

TARMED. Anbei ein Auszug der Regeln und Grundsätze des Liechtensteinischen Arzttarifs mit einigen Beispielen:

- Jede Position ist deklarativ mit einer eingerechneten Zeit hinterlegt.
- Ein vermehrter Zeitaufwand darf nur dann verrechnet werden, wenn die hinterlegte Zeit aller verrechneten Positionen kumulativ überschritten ist.
- Beschreibung der Leistungspositionen, Beispiele:
 - Dringliche Konsultation: aus medizinischen Gründen oder aufgrund Patientenverhalten sofort angezeigt oder ausserhalb der regulären Sprechstundenzeit;
 - Stand-by 15min.: Anästhesist mit nachweisbarer Dignität muss in unmittelbarer Nähe sein;
 - OP-Standard muss eingehalten werden (P-OP, OP I, OP II).
- Maximalverhältnisse: Deckelung der dringlichen Konsultation (< 1.7% der regulären Konsultation) und des vermehrten Zeitaufwands (< 7% der regulären Konsultation); grundsätzlich muss jeder vermehrte Zeitaufwand sowie die dringliche Konsultation begründet werden können; bei Überschreitung der Maximalverhältnisse können die Krankenkassen die Erstattung verweigern.
- Maximale Anzahl an verrechenbaren Positionen pro Patient, Beispiele:
 - Umtriebsentschädigung Arzt für auswärtiges Labor: pro Patient und Auftrag nur eine Umtriebsentschädigung
 - Röntgenleistungen: weitere Aufnahmen mit Maximalanzahlen hinterlegt (z.B. max. 2x)
 - Endoskopische Biopsie aus Ösophagus/Magen/Duodenum: kann pro Endoskopie nur 1x verrechnet werden
- Einschränkungen, Beispiele:

- Nadel-Akupunktur pro weitere 15min.: nur bei aktiver Überwachung

Im Gegensatz zum TARMED gibt es beim Liechtensteinischen Arzttarif⁸ bisher jedoch nur vereinzelte so genannten Kumulationsverbote und Leistungsgruppen bzw. Leistungsblöcke. Ein weiteres Problem ist, dass die erwähnten Deckelungen nur vereinzelt und befristet eingeführt wurden.

Ein für die Mengenthematik wesentlicher Unterschied des Liechtensteinischen Tarifs zum TARMED ist jedoch, dass in Liechtenstein die Regeln zum Teil qualitativ ausformuliert sowie nicht technisch hinterlegt sind. Dies erschwert eine automatisierte und somit einfache Kontrolle und die Regeln müssen von Sachbearbeitern in den Krankenkassen verstanden und kontrolliert werden. Zudem sind die derzeit wirksamsten Regeln, nämlich die erwähnten Deckelungen gewisser Positionen, nur im Nachhinein berechenbar und wie gesagt nicht technisch hinterlegt. Da allfällige Rückforderungen immer mit einem administrativen Aufwand und auch Unsicherheiten verbunden sind, ist es zweckmässiger Regeln einzuführen, die eine Abrechnung von unsachgemässen Kombinationen bzw. Positionen gar nicht erst zulassen.

Die Regierung sieht bei den Regeln einen wesentlichen Punkt, der beim Liechtensteinischen Arzttarif umfassend ausgebaut werden muss, damit die Mengenproblematik, welche sich nach dem Vergleich der Tarife umso drastischer darstellt⁹, in den Griff zu bekommen ist.

⁸ siehe hierzu www.lkv.li unter Service - Tarifverträge

⁹ Wenn die Preise nun gemäss der erwähnten Vergleichsstudie von der Höhe her vergleichbar sind und die Kosten pro Kopf in Liechtenstein wesentlich höher, dann muss das Problem vor allem bei der Menge der abgerechneten Leistungen liegen.

3.3 TARMED und WZW-Verfahren

Die Befürworter einer Einführung des TARMED in Liechtenstein erwarten sich dadurch eine „vergleichbare Transparenz“ und sind überzeugt, dass durch Übernahme des schweizerischen Tarifsystems die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Art. 19 KVG („WZW-Verfahren“) leichter durchzuführen sind. Mit diesen Verfahren werden Leistungserbringer mit vergleichsweise signifikant höheren Kosten pro Patient gegebenenfalls mit Rückforderungen konfrontiert. Dies ist in der Schweiz seit Jahren üblich.

Infolge der Einführung des TARMED in Liechtenstein könnte der Vergleich eines Leistungserbringers mit derselben Gruppe von Leistungserbringern in der Schweiz tatsächlich leichter durchgeführt werden. Bei Einführung des TARMED ohne jegliche „Liechtenstein-Spezifika“ wäre bezüglich des Preises der Leistungen einzig der verschiedene Taxpunktwert zwischen den Kantonen bzw. unserem Land zu berücksichtigen. Die restlichen Aufgaben des Vergleichsprozesses könnten analog zu den Vergleichen in der Schweiz wahrgenommen werden.

Das Wirtschaftlichkeitsverfahren ist mit einem solchen Vergleich aber noch lange nicht beendet, im Streitfall folgt in Liechtenstein ein langer Instanzenzug. Zunächst wird ein aussergerichtliches Schiedsverfahren durchgeführt (Art. 19 Abs. 4 KVG), dann folgt ein Schiedsgericht (Art. 28 KVG), danach können die ordentlichen Gerichte beim Obergericht beginnend über alle Instanzen angerufen werden. Es sei bemerkt, dass mit der laufenden KVG-Revision der Instanzenzug abgekürzt werden soll. In der Vernehmlassungsvorlage ist vorgesehen, das aussergerichtliche Schiedsverfahren abzuschaffen. Ausserdem soll eine Überprüfung auf Basis von Rechnungen und von Patientendossiers entfallen und der Vergleich – wie auch in der Schweiz – nach der statistischen Methode vorgenommen werden.

Bisher wurde noch kein einziges Wirtschaftlichkeitsverfahren in Liechtenstein rechtskräftig entschieden. Damit besteht immer noch Rechtsunsicherheit, ob unter den in Liechtenstein gegebenen gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Grundlagen die Rückforderung von „zu Unrecht bezogenen Leistungen“ möglich ist.

Es ist also derzeit nicht sicher, ob die Einführung des TARMED dieses Problem lösen würde. Der Tarif, also der Preis für die Leistung und die Regeln seiner Anwendung, ist vor Gericht nur einer von vielen Streitpunkten. Ebenso kann über die korrekte Einordnung eines Arztes in eine Vergleichsgruppe, juristische Fehler im Verfahren oder Fehler bei der Kostenberechnung gestritten werden. Es können Gutachten verlangt werden, dann kann die Qualität der Gutachter in Frage gestellt werden. Der Tarif ist also nur einer von vielen möglichen Streitpunkten in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren.

Wenn die Absicht besteht, einen Streit über alle Instanzen auszutragen, dann wird dies auch mit TARMED so geschehen. Wenn andererseits eines oder mehrere Leiturteile zur Rückerstattung von zu Unrecht bezogenen Leistungen unter Zugrundelegung des liechtensteinischen Tarifs und begründeter Vergleichsrechnungen gefällt werden, können Wirtschaftlichkeitsverfahren auch mit dem liechtensteinischen Tarif erfolgreich durchgeführt werden. In aller Regel weichen auffällige Leistungserbringer zudem nicht nur um ein paar Prozentpunkte vom Durchschnitt ab, sondern sie liegen weit über jeder Toleranzmarge, welche in derartigen Verfahren angebracht ist.

Die Einführung des TARMED ist also keine Garantie für erfolgreiche Wirtschaftlichkeitsverfahren, lediglich eine gewisse Erleichterung für die Berechnungen.

3.4 Grundsätzliche Vor- und Nachteile einer Einführung des TARMED

Neben den bisher ausgeführten Unterschieden zwischen dem Liechtensteinischen Arzttarif und dem Schweizer Tarifsytsem TARMED gibt es weitere Vor- bzw. Nachteile des jeweiligen Systems. Der TARMED ist ein in der Schweiz bewährtes und umfassendes Tarifsytsem. Es hat wie bereits beschrieben im Vergleich zum Liechtensteinischen Tarif umfassende und wirkungsvolle Regeln. Weiter ist ein Quervergleich der verschiedenen Leistungserbringer aufgrund der in der Schweiz vorhandenen grossen Grundgesamtheit viel einfacher möglich. Dies erleichtert, wie bereits ausgeführt, die WZW-Verfahren zumindest bis zu einem gewissen Punkt. Zudem ist der Aufwand für die Tarifpflege gering. Auch stimmt es nicht, dass mit der Einführung des TARMED hohe Anschaffungs- und Implementierungskosten verbunden wären. Es wird immer wieder kolportiert, dass der TARMED „Anschaffungskosten in Millionenhöhe“¹⁰ auslösen würde. Die einmaligen Lizenzkosten für die Übernahme des schweizerischen Tarifsytsems TARMED hätten im Jahr 2006 gut CHF 70'000.- betragen und wären auch heute nicht wesentlich höher. Ausserdem müssen diejenigen Ärzte, welche Patienten aus der Schweiz behandeln den TARMED in ihrem Abrechnungssystem implementiert haben.

Nichtsdestotrotz hätte eine Einführung des TARMED auch wesentliche Nachteile im Gegensatz zu der Beibehaltung des Liechtensteinischen Arzttarifs. Die einfache Tarifpflege und die gute Vergleichbarkeit sind natürlich nur dann gewährleistet, wenn in Liechtenstein keine oder nur sehr beschränkt autonome Anpassungen am Tarif vorgenommen werden. Die Übernahme von TARMED bedeutet einen gewissen Autonomieverlust für das Land, da allenfalls nötige Anpassungen aufgrund der Eigenheiten des Landes nur sehr beschränkt möglich sind. Wird der

¹⁰ siehe bspw. Volksblatt vom 30. Mai 2014

TARMED ohne jede Änderung übernommen, dann beschränkt sich die Aufgabe der Tarifpartner bei Verhandlungen darauf, der Regierung einen Vorschlag für den Taxpunktwert zu machen. Werden hingegen aus irgendwelchen Gründen liechtensteinische Eigenheiten in den TARMED eingebaut bzw. angebaut, dann müssen diese auch weiter gepflegt und beispielsweise bei Preisvergleichen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsverfahren mit berücksichtigt werden. Aufgrund der Eigenstaatlichkeit und den Eigenheiten des Landes kann es gut sein, dass in Zukunft Liechtenstein-Spezifika in den „FL-TARMED“ aufgenommen werden. Dann wird die Tarifpflege noch komplizierter, denn sie muss auf Basis eines Flickwerks aus einem ausländischen Tarif, der nicht sehr gut beeinflusst werden kann und einigen lokalen Anpassungen geschehen.

Es ist weiter darauf hinzuweisen, dass der TARMED ein sehr komplexes System mit einem sehr umfassenden Regelwerk ist. Es wurden in der Schweiz schon etliche Anpassungen vorgenommen, mit denen partielle Korrekturen am System erfolgt sind. Beispielsweise führte die Stärkung der Hausarztmedizin dazu, dass das Tarifsystem noch komplizierter und somit auch weniger transparent wird. Das Tarifsystem TARMED kennt etwa sehr viele Möglichkeiten von so genannten „Zuschlägen“. Diese werden jedoch nach Ansicht der Regierung teilweise auf nicht nachvollziehbarer Basis gewährt oder eben nicht gewährt. Es ist eine Illusion davon auszugehen, dass nicht auch im TARMED gewisse Positionen aufgrund der erfolgreichen Arbeit von Lobbygruppen höher sind und andere niedriger bewertet wurden. Schliesslich ist auch der TARMED das Ergebnis von jahrelangen harten Verhandlungen und nicht ein am Reissbrett widerspruchsfrei konstruiertes System.

So bleibt festzuhalten, dass der TARMED sicherlich einige Vorteile mit sich bringen würde. Es muss jedoch zur Kenntnis genommen werden, dass eine allfällige Übernahme des schweizerischen Tarifsystems auch eine gewisse Schwächung

der Autonomie des Landes bedeuten würde. Ein Einbau von „Liechtenstein-Spezifika“ würde die Tarifsituation in Liechtenstein über die Zeit wohl eher noch komplizierter machen.

3.5 Weiterentwicklung des Liechtensteinischen Arzttarifs

3.5.1 Regeln gegen missbräuchliche Anwendung

Bei dem in Punkt 3.1. ausgeführten Vergleich zwischen TARMED und dem liechtensteinischen Tarif wurde geprüft, wieviel das in Liechtenstein abgerechnete Mengengerüst eines Jahres in der Schweiz gekostet hätte. Mit dieser Betrachtungsweise kann das Preisgefüge wohl verglichen werden, es kann aber die Frage, wie hoch die Kosten nach der Einführung des TARMED wären, nicht beantwortet werden, denn der TARMED ist mehr als nur eine „Preisliste“. Es besteht wie in Punkt 3.2 ausgeführt zudem eine ganze Reihe von Unvereinbarkeitsregeln und Kumulationsverboten, welche derart detailliert festgelegt sind, dass sie bei den Krankenkassen automatisiert überprüft werden können. Im Gegensatz dazu bestehen in unserem Tarif nur wenige Regeln, anhand derer eine missbräuchliche Anwendung festgestellt werden könnte. Zudem sind sie oft in einer Art formuliert, welche eine aufwendige Überprüfung im Nachhinein bedingt. Es müssen also wie bereits ausgeführt für den liechtensteinischen Tarif bessere und durchsetzbare Regeln gefunden werden, welche eine missbräuchliche Anwendung verhindern. Es ist dabei nicht nötig, das ganze komplexe Regelwerk des TARMED zu übernehmen. Da viele Positionen aber recht ähnlich sind, können beispielsweise die wichtigsten Kumulationsverbote sinngemäss übernommen werden. Die Tarifpartner wurden von der Regierung aufgefordert, Regeln zu finden und zu implementieren, entweder durch Analyse der wichtigsten Regeln im Tarmed oder durch Ableitung aus der eigenen Erfahrung.

3.5.2 Summe der hinterlegten Zeiten

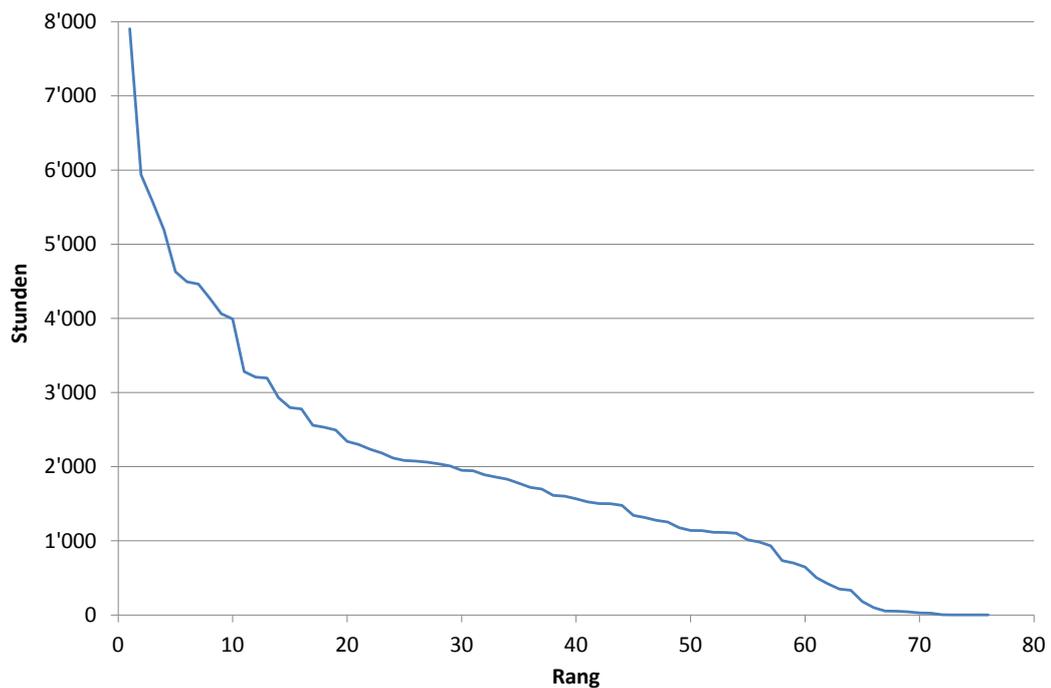
Ein Merkmal unseres Tarifs sind die für viele Tarifpositionen hinterlegten indikativen Zeiten. Sie dienen bei der Erarbeitung des Tarifs, neben anderen Parametern, grundsätzlich zur Festlegung der Anzahl Taxpunkte und damit implizit zur Festlegung des Preises einer Leistung. Aufwendigere Tätigkeiten nehmen mehr Zeit des Arztes in Anspruch und müssen daher höher entschädigt werden als Tätigkeiten, welche schnell erledigt werden können. Die hinterlegten Zeiten waren aber auch als Indikator für den Patienten für eine korrekte Abrechnung gedacht. So ist in Anhang 1, Abschnitt VI des Tarifvertrags vom 24. Januar 2013 vermerkt:

Mittelfristig (...) werden die eingerechneten Zeiten pro Position auf den Patientenrechnungen ersichtlich gemacht. Diese zeitliche Transparenz ist für die Arbeit der ambulanten Leistungserbringer und für die Krankenkassen eine sehr wichtige Hilfestellung und ein entscheidendes Kontrollinstrument.

Bisher wurde dieses Kontrollinstrument aber nicht wirksam eingesetzt. Wohl ist es dem Patienten möglich, durch Bekundung der Absicht beim jeweiligen Arzt eine detaillierte Rechnung nach Hause geschickt zu erhalten. Dies wird aber nur von sehr wenigen Patienten in Anspruch genommen. Der Grund dafür liegt sehr wahrscheinlich darin, dass ein Patient befürchtet, damit ein Misstrauen gegenüber seinem Arzt auszudrücken.

Um die Brauchbarkeit der im aktuellen Tarif hinterlegten Zeiten als Kontrollinstrument zu plausibilisieren, wurden die hinterlegten Zeiten der abgerechneten Tarifpositionen für rund 80 den einzelnen Ärzten zugeordnete Abrechnungsnummern (ZSR-Nummern) für den Zeitraum vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Mai 2014 vom Ministerium für Gesundheit aufsummiert. Es wurden Daten der beiden grössten Krankenkassen (Concordia und FKB) verwendet, deren Marktanteil mehr als 95% beträgt. In der folgenden Grafik sind die Gesamtzeiten absteigend

geordnet dargestellt. Es ergibt sich beispielsweise, dass 10 Ärzte mit ihren ZSR-Nummern Leistungen abgerechnet haben, für die in Summe mehr als 4'000 Stunden im Tarif hinterlegt sind, das Maximum liegt bei fast 8'000 Stunden in einem Jahr.



Zieht man von den 365 Tagen des Jahres die Wochenenden und 10 Feiertage ab, dazu noch 2 Wochen bzw. 10 Arbeitstage Ferien, dann bleiben rund 240 Arbeitstage. Bei 10 Netto-Arbeitsstunden pro Tag (ohne Pausen oder unproduktive Tätigkeiten) wäre also mit höchstens 2'400 „abgerechneten“ Stunden zu rechnen. Die Tatsache, dass einige Ärzte weit darüber liegen, kann viele Gründe haben. Es muss aber bei der Tarifpflege darauf geachtet werden, diese Probleme zu überwinden, um zu einem transparenten und gut nachprüfbareren Abrechnungsverhalten zu kommen.

Im Einzelnen können beispielsweise folgende Faktoren zu den beobachteten sehr hohen Summen der abgerechneten Zeit führen, wobei nicht nur tarifliche Schwä-

chen, sondern zum Teil auch eine mangelhafte Bedarfsplanung oder Fehlverhalten der Leistungserbringer eine Rolle spielen:

- Grundsätzlich darf nur eine einzige Person Leistungen erbringen, welche über die einem Arzt zugeteilte Abrechnungsnummer (ZSR-Nummer) erfasst werden. Für kurzfristige Vertretungen oder Ausbildungszwecke sind gewisse Ausnahmen geregelt. Es gibt jedoch Ausnahmeregelungen, welche seit Jahren bestehen und kaum mehr gerechtfertigt werden können. Diese müssen bereinigt werden. Unabhängig von der Organisationsform der Arztpraxis (Gemeinschaftspraxis, Ärzte-AG mit mehreren Partnern etc.) muss sichergestellt werden, dass jedem Arzt eine ZSR-Nummer zugeteilt ist, über die nur er selbst abrechnet.
- Die hinterlegten Zeiten für gewisse Tarifpositionen, die von einigen Ärzten besonders häufig abgerechnet werden, könnten zu hoch sein. In diesem Fall sind die Zeitangaben zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Mit der Korrektur der Zeit muss aber auch eine Korrektur der Taxpunktanzahl erfolgen, sonst ergibt sich für diese Tätigkeit ein im Quervergleich zu hoher „Stundensatz“.
- Erfahrung und Spezialisierung lassen es zu, dass häufige Leistungen überdurchschnittlich schnell erbracht werden können. In diesem Fall besteht ein berechtigter Gewinn des Arztes aus höherer Produktivität. Allerdings muss bei der Tarifgestaltung darauf geachtet werden, dass die hinterlegten Zeiten ungefähr der tatsächlich benötigten Zeit eines durchschnittlich erfahrenen Berufsmanns entsprechen und nicht den Maximalzeiten eines Anfängers.
- Es könnten für jeden Arztbesuch möglichst viele Tarifpositionen abgerechnet worden sein, die Anwendung des Tarifs wird also maximiert. Diesem Problem kann durch griffige Regeln gegen die missbräuchliche Anwendung des Tarifs begegnet werden.

- Der Arzt rechnet sehr viele Tarifpositionen ab, die Leistungen werden aber sehr viel schneller erbracht als für eine korrekte und qualitativ einwandfreie Erbringung der spezifizierten Leistung nötig wäre. In diesem Fall wurde die Leistung nicht mit der nötigen Sorgfalt erbracht.
- Es werden mehr Leistungen abgerechnet als tatsächlich erbracht werden oder es werden Tätigkeiten von der Assistentin erbracht und als ärztliche Leistungen abgerechnet.

Für die korrekte Festlegung der Zeiten ist es nicht nötig, alle Tarifpositionen neu zu bewerten. Es gibt einige Dutzend häufige und auffällige Positionen, welche in einem ersten Schritt überprüft werden sollen. Danach sollten innerhalb der im Tarifvertrag vereinbarten regelmässigen Tarifpflege die Positionen mit geringerer Bedeutung überprüft werden.

3.5.3 Unverständliche Bezeichnungen

Es ist das erklärte Ziel des Ministeriums für Gesundheit, den Patienten detaillierte und verständliche Rechnungen zeitnah nach der Behandlung zukommen zu lassen, um die Transparenz im Gesundheitswesen zu erhöhen. Neben den erwähnten hinterlegten Zeiten, die noch einiger Korrekturen bedürfen, besteht eine Schwäche des Tarifs darin, dass die offiziellen Bezeichnungen von vielen Tarifpositionen für den Laien absolut unverständlich sind, aber sehr leicht verständlich gemacht werden könnten. Beispielsweise könnte „Coloskopie“ durch „Darmspiegelung“ ersetzt werden oder es könnte durch Zusätze eine Leistung verständlicher beschrieben werden. „CRP“ könnte beispielsweise ersetzt werden durch „Praxislabor CRP (Entzündungswert)“. Damit wüsste der Patient, dass es sich um eine Laboranalyse handelte und welchem Zweck sie diene. Die Regierung hat die Tarifpartner aufgefordert, die Bezeichnungen des Tarifs dahingehend zu überarbeiten, dass die Bezeichnungen zwar medizinisch korrekt, aber verständlich sind.

4. FAZIT

Der liechtensteinische Tarif hat gegenüber dem TARMED noch einige Schwächen, welche aber durch konsequente Tarifpflege behoben werden können. Die Regierung hat den Tarifpartnern entsprechende Aufträge erteilt. Die grösste Schwäche liegt sehr wahrscheinlich im Bereich der gegenüber dem TARMED sehr viel weniger klar strukturierten Regeln, mit denen eine missbräuchliche Anwendung festgestellt werden kann. Nach Ansicht der Regierung ist dieser Mangel aber behebbar.

Andererseits bieten sich durch die Unabhängigkeit von der Schweiz in Tariffragen auch Chancen. So zum Beispiel dadurch, dass die hinterlegten Zeiten autonom eingestellt und der Realität angepasst werden können oder dass die Möglichkeit besteht, durch Abänderung der Bezeichnungen den Tarif für den Patienten verständlich zu gestalten. Veränderungen am TARMED sind in der Schweiz sehr träge und der Einfluss Liechtensteins wird sehr beschränkt sein.

Generell tendiert ein System mit vielen und hartnäckigen Verhandlungspartnern dazu, von selbst immer komplizierter zu werden, auch im Glauben, dadurch „faire und gerechte“ Lösungen bei der Preisfindung zu entwickeln¹¹. Es wird mit Zuschlägen und Ausnahmen gearbeitet, um den verschiedensten Anspruchsgruppen im Rahmen der Suche nach einem Kompromiss gerecht zu werden. Ein Beispiel hierfür sind die Tarife für das Praxislabor. Während in Liechtenstein für jeden Messwert ein bestimmter Preis per Verordnung bestimmt ist, werden in der Schweiz neben dem Grundpreis auch noch mehrere Zuschläge in Rechnung gestellt, die von verschiedensten Parametern abhängen. Die einzelnen Zuschläge

¹¹ Analoge Aussagen lassen sich auch zu den Steuersystemen machen. Gewisse Länder besitzen einfache und verständliche Steuersysteme, in anderen Ländern wird versucht, durch eine möglichst detaillierte Berücksichtigung jeder möglichen Lebenssituation eine im Quervergleich faire Besteuerung aller Einwohner zu erreichen. Erreicht wird aber meist das Gegenteil: Das System wird unverständlich und es wird als ungerecht empfunden, weil nur wenige Experten daraus Vorteile schöpfen können.

sind wohl gut begründbar, sie erschweren aber einen Preisvergleich und machen ein Tarifsysteem intransparent. Die jüngste Entwicklung im Rahmen der Besserstellung der Hausärzte in der Schweiz greift diese Tendenz ebenfalls auf. Ein bestimmter Kreis von Ärzten bekommt das Recht, für die Konsultation einen Zuschlag in Rechnung zu stellen. In Liechtenstein wurde der Preis für eine Konsultation zu Lasten von apparativen Leistungen generell angehoben. Dadurch wird zwar auch das Gespräch beim Spezialisten ebenfalls aufgewertet, dieser rechnet aber in der Regel auch weniger Konsultationen ab und es ist auch kein Fehler, wenn die Konsultation, also das Gespräch, auch beim Urologen oder beim Dermatologen einen höheren Stellenwert genießt. Jedenfalls aber bleibt der Tarif einfacher und transparenter.

Die Komplexität eines Tarifs ist ein grosses Hindernis, besonders im Bereich der im Gesundheitswesen dringend benötigten Transparenz sowohl gegenüber der Öffentlichkeit als auch gegenüber dem Patienten. Auch bei der Simulation von möglichen Veränderungen im Rahmen von Neustrukturierungen eines Tarifs ist ein einfaches System besser zu beherrschen. In einem Tarif für das Gesundheitswesen sollte daher eine Reduktion der Komplexität angestrebt werden, beziehungsweise es sollte ein Tarif gewählt werden, der eine möglichst geringe Komplexität aufweist. Eine begrenzte Anzahl Tarifpositionen, griffige Regeln gegen die missbräuchliche Abrechnung und realistisch hinterlegte Zeiten müssen genügen. Zudem werden griffige Sanktionsmechanismen bei missbräuchlicher Anwendung des Tarifs benötigt. Die Regierung ist zuversichtlich, dass dies in Liechtenstein gelingen kann. Sollte sich in den kommenden Monaten herausstellen, dass diese Aufgabe aufgrund der Verhandlungsführung der Tarifpartner, dem mangelnden Willen oder der mangelnden Durchsetzungskraft der Aufsichtsorgane und der Kräfteverhältnisse im Land nicht zu bewältigen ist, muss als letzte Konsequenz der TARMED eingeführt werden.

5. EXKURS: WIRTSCHAFTLICHKEITSVERFAHREN

In der Diskussion um die Einführung des TARMED wird immer wieder von den Wirtschaftlichkeitsverfahren gesprochen (oft nicht ganz korrekt „WZW-Verfahren“ genannt¹²). Daher soll an dieser Stelle kurz dargelegt werden, wie solche Verfahren grundsätzlich durchgeführt werden. Aufgrund einer Gesetzesänderung im Jahr 2012 wurden die Verfahren in Liechtenstein gegenüber der Schweiz wesentlich ineffizienter gemacht. In der laufenden KVG-Revision soll daher der Stand vor 2012 wieder hergestellt werden. Im Folgenden ist deshalb das Verfahren beschrieben, wie es in der Schweiz durchgeführt wird. Die Ausführungen sind der Broschüre „Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von santésuisse“ entnommen.¹³ Direkte und sinngemässe Zitate aus dieser Broschüre werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht als solche gekennzeichnet.

¹² Die Kassen bzw. der Kassenverband führen kein Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) durch. In Art. 19 KVG ist ausschliesslich von „Wirtschaftlichkeit“ die Rede. Das Verfahren ist also auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung beschränkt. Die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit werden vorausgesetzt. Wenn diese zwei Bedingungen nicht erfüllt sind, kann eine Behandlung nicht wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit muss auf andere Weise geprüft werden, beispielsweise über die eine Kontrolle der Rechnungen oder durch Vertrauensärzte.

¹³ http://www.santesuisse.ch/user_content/editor/files/Broschuere_Wirtschaftlich/swp_broschuere_d.pdf

ABLAUFSHEMA WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG



5.1 Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

5.1.1 Phase 1: Ermittlung statistisch auffälliger Ärzte

Mittels statistischer Methoden werden die «auffälligen» Ärzte identifiziert. Die Experten beurteilen die einzelnen Fälle unter Einbezug von Erkenntnissen aus früheren Abklärungen oder weiteren zugänglichen Informationen. Verfügbare Daten über die Alters- und Geschlechterverteilung der Patienten sowie zur Ausbildung des Arztes und seinen Schwerpunkten fließen in die Beurteilung mit ein. Sind die höheren Kosten nachvollziehbar, erfolgen keine weiteren Schritte.

5.1.2 Phase 2: Informationsbrief und Einladung zur Stellungnahme

Lassen sich die erhöhten Durchschnittskosten pro Patient in der Beurteilung nicht erklären, wird der Arzt schriftlich über die statistische Auffälligkeit informiert. Der Arzt wird aufgefordert, das Kostenbild zu erklären. Sind die Begründungen des Arztes für seine Kosten im Sinne anerkannter Praxisbesonderheiten nachvollziehbar, erfolgen keine weiteren Schritte.

5.1.3 Phase 3: Beobachtung und Reaktionszeit

Im darauffolgenden Statistikjahr wird die Kostenentwicklung der noch auffälligen Ärzte beobachtet. Damit sollen die Ärzte zu einer möglichst wirtschaftlichen Behandlungsweise motiviert werden. Die dem Kostenvergleich zugrunde liegenden Durchschnittskosten setzen sich aus den Kosten sämtlicher durch die Vergleichsgruppe behandelten Patienten zusammen. So auch chronisch Kranke, HIV-Patienten oder andere sehr teure Fälle.

5.1.4 Phase 4: Gespräch

Kann ein Arzt seine überhöhten Kosten nicht hinreichend begründen oder senken, wird das Gespräch gesucht. Gemeinsam wird nach Ursachen gesucht, welche die Kostenüberschreitung erklären können und es werden Lösungen gesucht, die Kosten pro Patient zu senken, beziehungsweise die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen zu verbessern. Sind die Durchschnittskosten pro Patient auf einem überdurchschnittlichen Niveau, ohne dass plausible Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden können, wird die Rückforderung zu viel erbrachter und bezahlter Leistungen geprüft. Wenn immer möglich wird ein aussergerichtlicher Vergleich angestrebt, um für beide Seiten hohe Verfahrenskosten zu vermeiden und möglichst rasch Klarheit zu schaffen. Im Rahmen einer Zielvereinbarung kann ausgehandelt werden, bis wann und mit welchen Massnahmen der Arzt die Durchschnittskosten pro Patient auf das Niveau der Vergleichsgruppe anpassen wird.

5.1.5 Phase 5: Vergleich und Paritätische Kommission

Kann keine Einigung erzielt werden, wird dort, wo dies vertraglich so geregelt ist, die Paritätische Kommission zwecks Durchführung einer Schlichtung angerufen. Ärzte- und Versicherervertreter beurteilen die Fälle dann gemeinsam. In den

Kantonen ohne vertraglich vereinbarte Schlichtung erfolgt ein Schlichtungsversuch vor Gericht.

5.1.6 Phase 6: Rechtsweg

Kann auch im Rahmen des Schlichtungsverfahrens keine Einigung erzielt werden, wird als letzte Massnahme die Fortführung des Verfahrens auf dem Rechtsweg geprüft.

II. ANTRAG DER REGIERUNG

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

A n t r a g ,

der Hohe Landtag wolle diese Postulatsbeantwortung zur Kenntnis nehmen und das Postulat vom 1. Mai 2014 abschreiben.

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

**REGIERUNG DES
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**