

# Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 1989

Nr. 28

ausgegeben am 15. April 1989

---

## Gesetz

vom 16. November 1988

### betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich  
Meine Zustimmung:

#### I.

Das Gesetz vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung,  
LGBl. 1971 Nr. 50, in der Fassung des Gesetzes vom 18. Dezember 1974,  
LGBl. 1975 Nr. 16, wird wie folgt abgeändert:

#### Art. 3 Abs. 2

2) Die Aufgaben des Verbandes werden in den Statuten umschrieben.  
Dem Verband obliegt insbesondere der Abschluss von Tarifverträgen mit  
Ärzten und Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege, Apo-  
thekern, Heilanstalten und Krankentransportunternehmungen.

#### Art. 3bis

Für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für  
technisch-apparative Leistungen sowie für Laborleistungen im Praxisla-  
bor des Arztes legen die Tarifpartner (Art. 3 Abs. 2) vertraglich Kosten-  
sätze fest, die namentlich dem Zeitaufwand für die Leistungen sowie  
einer angemessenen Investition, Amortisation und Auslastung bei tech-

nisch-apparativen Einrichtungen Rechnung tragen. Die entsprechenden Tarifverträge sind von der Regierung zu genehmigen.

Art. 7 Abs. 1 Bst. b

- b) für Krankengeld: über 15jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind, bis zum Zeitpunkt des Bezuges einer Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Art. 13 Abs. 1 Bst. a und e

1) Die Leistungen für Krankenpflege haben zu umfassen:

- a) die Deckung der tarifmässigen Kosten (Art. 3 bzw. Art. 3 bis) für ambulante Behandlung durch den Arzt, durch Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege oder Personen der Hauskrankenpflege auf ärztliche Verordnung ohne zeitliche Beschränkung mit Einschluss der von einem Arzt verordneten Arzneimittel und Analysen. Die Regierung regelt das Nähere durch Verordnung;
- e) die Deckung der über die normalen Lebenshaltungskosten hinausgehenden Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der häuslichen Pflege anfallen, ohne zeitliche Beschränkung, soweit diese ärztlich befürwortet werden und ohne häusliche Pflege Aufenthalt und Pflege in einer Heil- oder Pflegeanstalt nötig wären.

Art. 14 Abs. 1, 2, 4, 8 und 9

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit, ab dem 2. Tage nach dem Tage der Erkrankung ein Krankengeld zu gewähren. Das Krankengeld fällt dahin, wenn die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ist oder wenn es für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt, jedenfalls aber vom Zeitpunkt des Bezuges einer Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung an.

2) Der Leistungsbeginn für das Krankengeld kann für die zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbarte oder durch Gesetz festgelegte Dauer der Lohnfortzahlung aufgeschoben werden, sofern der Arbeitgeber Gewähr für die Lohnfortzahlung bietet, jedoch für längstens 360

Tage. Kann der Arbeitgeber infolge Insolvenz dieser Lohnfortzahlung nicht nachkommen, so haften die Kassen bei Krankheit im Ausmass der Leistungen gemäss diesem Gesetz.

4) Vom Zeitpunkt des Bezuges einer Invalidenrente der Invalidenversicherung oder einer Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung an werden die Krankengelder der obligatorischen Versicherung auf den Differenzbetrag zwischen 80 % des dem Versicherten entgehenden Lohnes, einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge, und der Rente herabgesetzt. Der Versicherte ist verpflichtet, seine Rentenansprüche rechtzeitig geltend zu machen. Die Invalidenversicherung und die Unfallversicherung teilen der Kasse und dem Arbeitgeber den Rentenbeginn und die Rentenhöhe mit. Versicherte, die zum Zeitpunkt der Erkrankung bereits eine Invalidenrente der Invalidenversicherung oder eine Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung beziehen und erwerbstätig sind, haben Anspruch auf 80 % des versicherten Lohnes, einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge.

8) Bezüger von Entschädigungen nach dem Gesetz vom 12. Juni 1969 über die Arbeitslosenversicherung, LGBI. 1969 Nr. 41, und dessen Nachtragsgesetzen und Verordnungen, können für die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung als freiwillig Versicherte die vor dem Zeitpunkt der Ausrichtung der Arbeitslosenentschädigung bestehende Krankengeldversicherung im bisherigen Umfang weiterführen. Die Regierung regelt die Einzelheiten.

9) Die Regierung kann die Leistungspflicht für Versicherte im Ausland einschränken oder ausschliessen.

### Art. 17 Abs. 3

3) Befindet sich ein Versicherter, der eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung bezieht, keinen eigenen Haushalt führt und keine weiteren Personen zu unterstützen hat, ohne wesentlichen Unterbruch länger als sechs Monate in einer Heilanstalt, so können die Leistungen der Kasse für die Deckung von Verpflegung und Unterkunft reduziert werden. Dem Versicherten muss jedoch in jedem Falle von der Rente ein angemessener Betrag für die persönlichen Bedürfnisse verbleiben. Die Regierung setzt die Mindesthöhe dieses Betrages fest.

**Art. 18***Wahl der Medizinalpersonen und Heilanstalten*

Für die Krankenpflege steht den Versicherten die Wahl unter den Ärzten, Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege und Heilanstalten sowie unter den Apothekern frei.

**Art. 19***Wirtschaftlichkeit der Behandlung*

1) Die Ärzte, Apotheker, Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege und Heilanstalten haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken.

2) Dem Versicherten ist durch die Krankenkassen eine detaillierte Abrechnung zuzustellen. Die Regierung umschreibt die Angaben, die in der Abrechnung enthalten sein müssen.

**Art. 20***Vertrauensärzte*

1) Die Kassen haben Vertrauensärzte insbesondere zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu bestellen.

2) Ärzte, Apotheker, Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege, Personen der Hauskrankenpflege, Laboratorien und Heilanstalten haben den Vertrauensärzten die notwendigen Angaben zu machen.

3) Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Verwaltungsstellen der Kassen diejenigen Angaben weiter, die insbesondere für die Festsetzung der Leistungen oder die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung notwendig sind. Bei der Berichterstattung an die Kassen haben sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten zu wahren. Die Regierung regelt die Einzelheiten der Bekanntgabe sowie die Stellung der Vertrauensärzte der Kasse, sofern sich Ärzteverein und Kassenverband hierüber nicht einigen können.

## Art. 20bis

*Auskunftspflicht der Leistungserbringer*

Ärzte, Apotheker, Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege, Personen der Hauskrankenpflege und Heilanstalten haben in der Krankenpflege- und Krankengeldversicherung dem Honorarschuldner alle Angaben über die Diagnose sowie über die Untersuchungen und Behandlungen (inklusive Zeitangaben) zu machen, die für die Festsetzung der Leistungen und für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung notwendig sind. Sie sind berechtigt und auf Verlangen des Versicherten verpflichtet, die medizinischen Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse bekanntzugeben.

## Art. 22

*2. Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber*

1) Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sind jeweils so zu bemessen, dass daraus unter Berücksichtigung der übrigen Einnahmequellen die jährlichen Aufwendungen für Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten gedeckt und die nötigen Vermögensreserven gebildet werden können.

2) Die Kassen können Kollektivversicherungen abschliessen, deren Bedingungen unter Berücksichtigung des Risikos des einzelnen Vertrages von denjenigen der Einzelversicherung abweichen können. Die Beiträge für Kollektivversicherungen dürfen jedoch höchstens um 20 % niedriger sein als diejenigen für Einzelversicherungen mit gleichartigen Leistungen. Kollektivversicherungen dürfen nur mit Versicherungsnehmern abgeschlossen werden, die als Arbeitgeber ihren Sitz, eine Niederlassung oder eine Betriebsstätte in Liechtenstein haben. Die Regierung regelt die näheren Vorschriften für die Kollektivversicherung mit Verordnung.

3) Die Beiträge sind entweder in festen Beträgen oder in Prozenten des Lohnes zu erheben.

4) Die Beiträge der volljährigen Versicherten dürfen weder nach dem Alter noch nach dem Geschlecht abgestuft werden. Die Beiträge der Versicherten bis zum erfüllten 15. Altersjahr dürfen höchstens die Hälfte derjenigen der volljährigen Versicherten betragen.

5) Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflege- und Krankengeldversicherung der Arbeitnehmer gehen zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber hat die Beiträge des Arbeitnehmers bei der

Lohnzahlung in Abzug zu bringen und zusammen mit seinen eigenen periodisch der Kasse zu entrichten.

### Art. 23

#### *3. Kostenbeteiligung bei Versicherten:*

##### *a) Obligatorische Kostenbeteiligung*

1) Die Kassen sind verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfalle eine Kostenbeteiligung in Form einer Krankenscheingebühr von 30 Franken je Krankheitsfall aufzuerlegen.

2) Die Krankenscheingebühr für die Versicherten unter 15 Jahren beträgt 15 Franken je Krankheitsfall.

3) Als Krankheitsfall gilt die ambulante Behandlung einer oder mehrerer Krankheiten durch den gleichen Arzt oder durch die gleiche Person in anderen Berufen der Gesundheitspflege auf ärztliche Verordnung innerhalb eines Zeitraumes von 90 Tagen.

4) Die Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt oder durch eine andere Person in anderen Berufen der Gesundheitspflege auf ärztliche Verordnung, der Beizug eines weiteren Arztes oder einer weiteren Person in anderen Berufen der Gesundheitspflege durch den ersten, die ambulante oder stationäre Behandlung einer Krankheit in einer Heilanstalt auf Anweisung des Arztes sowie die medizinisch erforderliche Weiterbehandlung in einer anderen Heilanstalt gelten nicht als neuer Krankheitsfall.

5) Keine Krankenscheingebühr darf erhoben werden:

- a) bei Vorsorgeuntersuchungen;
- b) für die Leistungen bei Mutterschaft.

6) Die Regierung wird ermächtigt, die Höhe der Krankenscheingebühr durch Verordnung der Teuerung anzupassen.

### Art. 23bis

#### *b) Freiwillige Kostenbeteiligung*

1) Die Kassen können den Versicherten eine weitere Beteiligung an den Krankenpflegekosten in Form eines festen Jahresbetrages anbieten, wenn dieses Angebot für alle Versicherten gilt und wenn sie gleichzeitig denjenigen Versicherten, die sich verpflichten, einen solchen Jahresbetrag

zu bezahlen, angemessen reduzierte Beiträge (Art. 22) offerieren. Die Regierung wird ermächtigt, den Umfang der Beitragsreduktion durch Verordnung angemessen zu begrenzen.

2) Im Rahmen der Versicherung der obligatorischen Krankenpflegeleistungen (Art. 13) darf der feste Jahresbetrag 500 Franken nicht übersteigen. Die Regierung wird ermächtigt, die maximale Höhe des festen Jahresbetrages durch Verordnung der Teuerung anzupassen.

3) Der feste Jahresbetrag für obligatorische Krankenpflegeversicherungen der Arbeitnehmer geht zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Die Kassen haben den Arbeitgebern die von ihnen zu übernehmende Hälfte des festen Jahresbetrages direkt in Rechnung zu stellen.

4) Im Rahmen freiwilliger Zusatzversicherungen können die Kassen beliebige Arten der Kostenbeteiligung offerieren.

#### Art. 26

##### *Sicherung der Leistungen*

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen sind unabtretbar, unverpfändbar und der Zwangsvollstreckung entzogen. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Die Kasse kann Leistungen für Krankenpflege direkt an Ärzte, Apotheker, Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege und Heilanstalten auszahlen.

#### Art. 28 Abs. 1

1) Streitigkeiten zwischen Kassen und Ärzten, Apothekern, Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege oder Heilanstalten sowie Streitigkeiten zwischen Kassen und dem Verband werden durch ein Schiedsgericht im Sinne der Zivilprozessordnung entschieden. Jede Streitpartei bestellt einen Schiedsrichter, und die Gewählten ernennen einen neutralen Obmann. Kann über die Person des Obmanns keine Einigkeit erzielt werden, so wird er durch das Obergericht bestellt.

## II.

### *Übergangsbestimmung für Kollektivversicherungen*

Bestehende Kollektivversicherungen haben sich innert Jahresfrist ab Inkrafttreten dieses Gesetzes den Vorschriften von Art. 22 Abs. 2 anzupassen.

## III.

### *Aufgehobene Bestimmung*

Die Verordnung vom 15. Juni 1976 zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBl. 1976 Nr. 59, wird aufgehoben.

## IV.

### *Inkrafttreten*

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1989 in Kraft.

Die Regierung, nach Kenntnisnahme von dem Bericht über das Ergebnis der Volksabstimmung vom 17./19. März 1989, wonach sich ergibt:

Zahl der Stimmberechtigten	13 306
Eingegangene Stimmzettel	8 629
Annehmende sind	4 976
Verwerfende sind	3 458
Ungültige Stimmen	25
Leere Stimmen	170

die Gesetzesvorlage betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung wird als vom Volk angenommen erklärt.

In Stellvertretung des Landesfürsten:

gez. *Hans-Adam*

Erbprinz

gez. *Hans Brunhart*

Fürstlicher Regierungschef