

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2003

Nr. 267

ausgegeben am 19. Dezember 2003

Verordnung

vom 16. Dezember 2003

betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung

Aufgrund von Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG), LGBL. 1971 Nr. 50, verordnet die Regierung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Die Verordnung vom 14. März 2000 zum Gesetz über die Krankenversicherung (KVV), LGBL. 2000 Nr. 74, in der geltenden Fassung, wird wie folgt abgeändert:

Art. 7 Abs. 1 Bst. b

Aufgehoben

Art. 18 Abs. 1

1) Der Risikoausgleich nach Art. 3a des Gesetzes gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, einschliesslich der Versicherungen in einem Versorgungsnetz und der Versicherungen mit freiwilligen Kostenbeteiligungen.

Art. 52 Sachüberschrift, Abs. 1 und 1a

Arzneimittel; Grundsatz

1) Auf die Leistungen sowie die Tarife und Preise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Arzneimittel finden unter Vorbehalt von Abs. 2 und 3 die vom Schweizerischen Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) herausgegebenen Arzneimittel- und Spezialitätenlisten Anwendung.

1a) Aufgehoben

Art. 53 Abs. 3 und 10

3) Der Kassenverband hat binnen 60 Tagen seit der Mitteilung zu prüfen, ob gemäss der Formel nach Abs. 4 für das EWR-Arzneimittel eine Ersatzleistung resultiert, die unter dem Preis für das entsprechende SL-Arzneimittel liegt.

10) Auf begründeten Einwand der Ärztekammer oder des Apothekervereins des Fürstentums Liechtenstein gegen die Gleichwertigkeit der die SL-Arzneimittel ersetzenden EWR-Arzneimittel oder gegen die festgelegte Ersatzleistung erfolgt deren Erörterung in einer eigens einzuberufenden Kommission. Im Genehmigungsverfahren ist der Einwand längstens binnen 30 Tagen nach Bekanntgabe gemäss Abs. 8 bei der Kontrollstelle für Arzneimittel einzureichen. Bei Uneinigkeit gelangt das Verfahren gemäss Art. 28 des Gesetzes zur Anwendung.

Art. 54a

Analysen

1) Auf die Leistungen und die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Analysen findet die für die Schweizerische Krankenpflegeversicherung vom Eidgenössischen Departement des Innern erlassene Analysenliste, einschliesslich ihrer Anhänge und Erläuterungen dazu, Anwendung.

2) Die Regierung kann auf Empfehlung der Leistungskommission von den in der Schweiz geltenden Anhängen zu den Analysen der Grundversorgung für den Eigenbedarf abweichende Bestimmungen erlassen.

Art. 57 Abs. 2

2) Die ärztliche Anordnung kann höchstens neun Sitzungen umfassen. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Die ärztlichen Anordnungen sind auch bei Physiotherapeuten, welche ihren Beruf in einer Arztpraxis ausüben, erforderlich. Die Behandlung hat innert zwei Monaten seit Ausstellung der ärztlichen Anordnung zu beginnen.

Art. 60 Abs. 5

5) Die Kassen leisten auf Verlangen der Heilanstalt die entsprechenden Kostengutsprachen. Diese können von den Kassen zeitlich befristet werden.

Art. 65

Medizinische Berufe

1) Ärzte sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn:

- a) ihnen das Amt für Gesundheitsdienste eine Bewilligung zur selbständigen Ausübung des Berufes erteilt hat;
- b) sie unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung sowie der Kriterien nach Art. 65a durch die Ärztekammer und den Kassenverband zugelassen sind; und
- c) sie mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.

2) Apotheker und Chiropraktoren sind zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen, wenn:

- a) ihnen das Amt für Gesundheitsdienste eine Konzession zur selbständigen Ausübung ihres Berufes gemäss dem Sanitätsgesetz erteilt hat; und
- b) sie mit dem Kassenverband einen Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.

Art. 65a

Kriterien für die Reihung von Ärzten

1) Bewerben sich mehrere Ärzte auf eine nach der Bedarfsplanung freie Stelle für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, berücksichtigen die Ärztekammer und der Kassenverband bei ihrem Entscheid über die Besetzung der Stelle die folgenden Kriterien:

- a) die fachliche Eignung als Arzt und zusätzliche fachliche Qualifikationen, insbesondere fachliche Qualifizierungen innerhalb des Fachgebietes (Subspezialitäten) und Fortbildungen, die vom Amt für Gesundheitsdienste oder von der Ärztekammer verliehen oder anerkannt werden;
- b) den Zeitpunkt der ersten Eintragung in die von der Ärztekammer zu führende Liste der Bewerber für die Zulassung zur Krankenversicherung als Allgemeinarzt oder als Facharzt und die allenfalls darauf erfolgte regelmässige Bewerbung für die Zulassung zur Krankenversicherung;
- c) die soziale Förderungswürdigkeit, insbesondere auf Grund von bestehenden Sorgepflichten für Kinder;
- d) die Zusage, sich ernsthaft zu bemühen, innerhalb einer angemessenen Frist seit Vertragsbeginn einen behindertengerechten Zugang zur Praxis zu schaffen.

2) Die Bewertung hat nach einem Punktesystem in der Weise zu erfolgen, dass für die Erfüllung der Kriterien nach Abs. 1 folgende Punktzahlen erreicht werden können:

- a) hinsichtlich Bst. a: 15 bis 35 Punkte;
- b) hinsichtlich Bst. b: 5 bis 20 Punkte;
- c) hinsichtlich Bst. c: 5 bis 10 Punkte;
- d) hinsichtlich Bst. d: 1 bis 5 Punkte.

3) Sind mehrere Bewerber erstgereiht, erhält jener den Vorzug, welcher die höchste Punktzahl für die fachliche Qualifikation erreicht. Liegt auch bei der fachlichen Qualifikation die gleiche Punktzahl vor, entscheiden Ärztekammer und Kassenverband nach einer mündlichen Anhörung der erstgereihten Bewerber über die Zulassung. Ärztekammer und Kassenverband können auch eine mündliche Anhörung jener Bewerber durchführen, deren Punktzahl innerhalb einer Bandbreite von 10 % der Punktzahl des Erstgereihten liegt.

4) Die Ärztekammer und der Kassenverband können gemeinsam die Zulassung der erstgereihten Person ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, dass der mit der Zulassung zur Krankenversicherung verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber nicht erfüllt werden kann.

Art. 66

Andere Berufe der Gesundheitspflege

1) Zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind folgende andere Berufe der Gesundheitspflege im Sinne des Sanitätsgesetzes vorbehaltlich Abs. 2 zugelassen:

- a) Hebamme;
- b) Krankenschwester;
- c) Physiotherapeut;
- d) Medizinischer Masseur und Bademeister;
- e) Ernährungsberaterin;
- f) Nichtärztlicher Psychotherapeut;
- g) Ergotherapeut.

2) Die Zulassung wird erteilt, wenn:

- a) der betreffenden Person eine Konzession zur selbständigen Ausübung des Berufes im Sinne des Sanitätsgesetzes erteilt worden ist; oder
- b) die betreffende Person die Voraussetzungen zur Erteilung einer Konzession zur selbständigen Berufsausübung erfüllt, ihren Beruf aber in einem Anstellungsverhältnis mit einem zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Betrieb der Gesundheitspflege im Sinne von Art. 52 des Sanitätsgesetzes ausübt; und
- c) sofern erforderlich, die weiteren Voraussetzungen für die Zulassung aufgrund der Bedarfsplanung nach Art. 66a erfüllt sind.

3) Der Nachweis, dass die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt sind, muss dem Kassenverband erbracht werden. Dieser schliesst den Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes erst nach dem vollständigen Vorliegen des Nachweises ab. Die Zulassung tritt mit dem Abschluss des Vertrages mit dem Kassenverband in Kraft.

Art. 66a

Bedarfsplanung für Physiotherapeuten, medizinische Masseur und Bademeister

Für die Versorgung mit den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch Physiotherapeuten, medizinische Masseur und Bademeister erstellen die entsprechenden Berufsverbände und der Kassenverband unter Berücksichtigung von Art. 16b des Gesetzes eine Bedarfsplanung.

Art. 69

Laboratorien

1) Als Laboratorien werden zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen:

- a) Laboratorien unter der Leitung eines nach dem Sanitätsgesetz zugelassenen Laborleiters mit einer Weiterbildung nach Abs. 2;
- b) das Praxislaboratorium eines Arztes für Analysen, die nach den Anhängen zur Analysenliste im Rahmen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchgeführt werden dürfen;
- c) das Laboratorium des Landesspitals für Analysen, die für den Eigenbedarf des Spitals durchgeführt werden.

2) Als Weiterbildung für Laborleiter gilt die vom Schweizerischen Verband der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH) anerkannte Weiterbildung in Hämatologie, klinischer Chemie, klinischer Immunologie oder medizinischer Mikrobiologie. Die Regierung entscheidet über die Gleichwertigkeit einer Weiterbildung, die den Regelungen der FAMH nicht entspricht.

3) Die Laboratorien im Sinne von Abs. 1 müssen mit dem Kassenverband Qualitätssicherungsverträge abschliessen, in welchen mindestens die für die Schweizerische Krankenpflegeversicherung geltenden Massnahmen der Qualitätssicherung übernommen werden.

Art. 72

Heilbäder

Die Beiträge an ärztlich verordnete Badekuren werden in Heilbädern erbracht, welche:

- a) unter ärztlicher Leitung stehen;
- b) nach der Gesundheitsgesetzgebung des Staates, in welchem sie sich befinden, zugelassen sind; und
- c) auf der vom Kassenverband publizierten Liste der zugelassenen Heilbäder aufgeführt sind.

Art. 73a

Tarife für nicht zugelassene Leistungserbringer

Müssen Leistungen aus medizinischen Gründen im Sinne von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes von einem geeigneten aber aufgrund der Bedarfsplanung nicht zugelassenen Leistungserbringer im Inland erbracht werden, vergüten die Kassen die Leistungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Tarif.

Art. 76 Abs. 2

2) Für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommenen Leistungen ist eine gesonderte Rechnung zu stellen. Diese ist dem Versicherten direkt zuzustellen. Bei Behandlungen, die über das Ende eines Kalenderjahres fort dauern, ist jeweils für Behandlungen bis zum 31. Dezember eine gesonderte Abrechnung zu erstellen.

Art. 77 Abs. 1 Bst. f und g

Aufgehoben

Art. 78 Abs. 2

2) Das Amt für Volkswirtschaft kann eine Kasse jederzeit auffordern, die Beiträge der Versicherten zu ändern, wenn diese nicht mehr den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen, insbesondere wenn die finanzielle Sicherheit der Kasse gefährdet ist. Es teilt der Kasse gleichzeitig mit, auf welchen Zeitpunkt die Beiträge zu ändern sind. Die Aufforderung muss

in der Regel spätestens vier Monate vor dem Zeitpunkt der verlangten Änderung erfolgen. Die Aufsichtsbehörde kann von der Kasse alle für die Prämienkalkulation erforderlichen Unterlagen verlangen.

Art. 81

Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke

1) Versicherte, die wegen regelmässig wiederkehrenden oder ohne wesentlichen Unterbruch andauernden Behandlungen hohe Jahreskosten verursachen, können von der Entrichtung des Selbstbehaltes befreit werden. Die Regierung legt fest, ab welcher Höhe der Jahreskosten diese Befreiung eintritt.

2) Die Regierung kann nach Anhören der Kassen und der Ärztekammer für bestimmte Indikationen, insbesondere Alzheimererkrankung, Dialysebehandlung bei Niereninsuffizienz, Hämophilie und symptomatische HIV-Infekte, oder ab einer bestimmten Höhe der Jahreskosten die Kassen anweisen, die Versicherten von der Entrichtung der Franchise und des Selbstbehaltes zu befreien.

Art. 84 Sachüberschrift

Staatsbeiträge für Kinder

Art. 86

Aufgehoben

Überschrift vor Art. 88

C. Beiträge an einkommensschwache Versicherte

Art. 88 Abs. 3

3) Der Subventionsanspruch richtet sich nach der Höhe des Prämienanteils am 1. Januar des Jahres, für welches die Subvention beansprucht wird. Ändert sich die Höhe des Prämienanteils der Versicherten im Laufe eines Kalenderjahres um mehr als 20 %, ist der Anspruch auf Prämienverbilligung neu festzulegen.

Art. 89 Abs. 1

1) Der Anspruch auf Beiträge an einkommensschwache Versicherte mit Wohnsitz im Ausland richtet sich nach den Erwerbsgrenzen gemäss Art. 24b Abs. 2 des Gesetzes.

Art. 93

Eröffnung des Entscheides

Gegen die vom Amt für Volkswirtschaft erlassenen Verfügungen und Entscheidungen betreffend die Beiträge an einkommensschwache Versicherte kann binnen 14 Tagen ab Zustellung Vorstellung bzw. Beschwerde bei der Regierung erhoben werden.

Art. 97

Aufgehoben

Art. 101

Aufgehoben

II.**Abänderung von Bezeichnungen**

In Art. 53 Abs. 2, 6, 7 und 8, Art. 54 Abs. 1 und 2, Art. 70, 71 Abs. 2, Art. 73 und 75 Abs. 2 wird die Bezeichnung "Verband" bzw. "Verband der Krankenkassen" durch die Bezeichnung "Kassenverband", in der jeweilig grammatikalisch richtigen Form, ersetzt.

III.

Übergangsbestimmungen

§ 1

Bestehende Zulassungen zur Krankenversicherung

1) Leistungserbringer, die vor dem 1. Januar 2004 zur Krankenversicherung zugelassen waren, bleiben weiterhin zugelassen, wenn sie bis zum 30. Juni 2004 mit dem Kassenverband den Vertrag über den Beitritt zur bestehenden Tarifregelung im Sinne von Art. 16d Abs. 1 des Gesetzes abgeschlossen haben.

2) Wird der Vertrag nicht innert der Frist von Abs. 1 abgeschlossen, kann der Kassenverband die Vergütung der Leistungen verweigern, solange der Vertrag nicht abgeschlossen ist.

§ 2

Anstellungsverhältnisse von Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege

1) Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege im Sinne von Art. 66, die bereits vor dem 1. Januar 2004 in einem Anstellungsverhältnis mit einem zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Betrieb der Gesundheitspflege im Sinne von Art. 52 des Sanitätsgesetzes oder mit einem Arzt standen, müssen dem Kassenverband bis spätestens am 29. Februar 2004 ihre Unterlagen mit den Nachweisen für eine Zulassung zur Krankenversicherung im Sinne von Art. 66 Abs. 2 einreichen.

2) Werden die Unterlagen dem Kassenverband nicht innert der Frist von Abs. 1 eingereicht, kann der Kassenverband die Vergütung der Leistungen verweigern, solange die Voraussetzungen für die Zulassung nicht vollständig nachgewiesen sind.

§ 3

Bedarfsplanung für Physiotherapeuten, medizinische Masseur und Bademeister

1) Der Kassenverband und die entsprechenden Berufsverbände unterbreiten der Regierung die Bedarfsplanung nach Art. 66a bis spätestens am 31. Mai 2004 zur Genehmigung.

2) Bis zur Genehmigung oder, sofern eine gemeinsame Bedarfsplanung der Verbände nicht zustande kommt, bis zum Erlass der Bedarfsplanung durch die Regierung gilt der Stand der am 31. Dezember 2003 gültigen Konzessionen zur selbständigen Berufsausübung von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern nach dem Sanitätsgesetz sowie der nach Abs. 3 festgestellte Stand der Anstellungen von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern bei den für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern als ausreichende Versorgung im Sinne von Art. 16b Abs. 1 des Gesetzes und damit als provisorische Bedarfsplanung.

3) Das Amt für Volkswirtschaft erhebt bei den für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern die Anzahl und den Beschäftigungsgrad von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern, welche die Voraussetzungen zur Erteilung einer Konzession zur selbständigen Berufsausübung erfüllen, ihren Beruf im Jahr 2003 aber in einem Anstellungsverhältnis ausgeübt haben. Jeder Arbeitgeber von Physiotherapeuten, medizinischen Masseuren und Bademeistern ist verpflichtet, dem Amt für Volkswirtschaft bis spätestens am 31. Januar 2004 die nötigen Auskünfte über die Anstellungen im Jahr 2003 zu erteilen. Das Amt für Volkswirtschaft ist berechtigt, die Angaben anhand der Abrechnungen der Arbeitgeber mit der AHV zu überprüfen.

4) Für jeden für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer entspricht die durchschnittliche Zahl von Anstellungen im Jahr 2003 umgerechnet auf einen Beschäftigungsgrad von 100 % bei einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche den für die provisorische Bedarfsplanung nach Abs. 2 höchstens zulässigen Anstellungen. Liegt die durchschnittliche Zahl von Anstellungen im Dezember 2003 über dem Jahresdurchschnitt, ist der Durchschnitt im Dezember 2003 massgebend.

5) Physiotherapeuten, medizinische Masseur und Bademeister, die nach dem 31. Dezember 2003 eine Konzession zur selbständigen Ausübung des Berufes im Sinne des Sanitätsgesetzes erhalten, werden während der Geltungsdauer der provisorischen Bedarfsplanung nach Abs. 2 nicht zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen.

Physiotherapeuten, medizinische Masseure und Bademeister, die während der Geltungsdauer der provisorischen Bedarfsplanung nach Abs. 2 in ein Anstellungsverhältnis mit einem zugelassenen Leistungserbringer treten, können zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen werden, wenn dadurch die höchstens zulässigen Anstellungen nach Abs. 4 nicht überschritten werden.

6) Verliert der Inhaber einer Konzession zur selbständigen Berufsausübung als Physiotherapeut, medizinischer Masseur oder Bademeister wegen der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit seine Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, kann seine Zulassung auf den Rechtsnachfolger übertragen werden, wenn dieser die bestehenden Anstellungsverhältnisse übernimmt.

§ 4

Laboranalysen in Arztpraxen

Für Laboranalysen in Arztpraxen gelten bis zum 31. Dezember 2004 die unter dem bisherigen Recht abgeschlossenen Tarifvereinbarungen weiter.

IV.

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.

Fürstliche Regierung:
gez. *Otmar Hasler*
Fürstlicher Regierungschef