

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2004

Nr. 309

ausgegeben am 28. Dezember 2004

Verordnung

vom 21. Dezember 2004

betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung

Aufgrund von Art. 7 Abs. 2, Art. 13 Abs. 3, Art. 16a Abs. 2, Art. 16c Abs. 1, Art. 19 Abs. 5, Art. 23 Abs. 4 und Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung (KVG), LGBL 1971 Nr. 50, in der geltenden Fassung, 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. 36

Zahlungsverzug

1) Bezahlen Versicherte fällige Kostenbeteiligungen nicht oder bleiben bei Versicherten mit selbständiger Erwerbstätigkeit oder ohne Erwerbstätigkeit in Liechtenstein fällige Prämien der obligatorischen Krankenversicherungen unbezahlt, hat die Kasse die Versicherten schriftlich unter Einräumung einer Nachfrist von 30 Tagen zu mahnen und auf die Folgen des Zahlungsverzugs nach Abs. 2 hinzuweisen.

- 2) Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, so kann die Kasse:
- a) die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen im Zwangsvollstreckungsverfahren einbringlich machen und im Falle der Nicht-einbringlichkeit die Übernahme der Kosten für die Leistungen bis zur Bezahlung der Prämien aufschieben. Die zuständige Fürsorgekommission ist durch die Kasse von der Aufschiebung zu unterrichten; oder
 - b) im Falle der offensichtlichen Zahlungsunfähigkeit des Versicherten unter Nachweis des Zahlungsverzuges einen Antrag auf Vergütung der Prämien oder Kostenbeteiligungen bei der zuständigen Fürsorgekommission stellen.

3) Hat der Versicherte Anspruch auf Beiträge des Landes im Sinne von Art. 24b des Gesetzes, kann die Kasse unter Nachweis des Zahlungsverzuges beim Amt für Volkswirtschaft beantragen, dass diese Beiträge direkt an die Kasse ausbezahlt werden.

4) Steht aufgrund der durchgeführten Zwangsvollstreckung fest, dass die ausständigen Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht einbringlich sind, kann die Kasse innert eines Jahres seit dem Abschluss des Zwangsvollstreckungsverfahrens der zuständigen Fürsorgekommission einen Antrag auf Vergütung der Prämien oder Kostenbeteiligungen stellen. Für Prämien oder Kostenbeteiligungen, die länger als zwei Jahre ausständig sind, kann der Antrag nicht mehr gestellt werden.

5) Die Fürsorgekommission kann verlangen, dass die Kasse beim Landgericht den Antrag stellt, der säumige Zahlungspflichtige möge den Offenbarungseid ablegen. Ergeben sich aus dem Offenbarungseid pfändbare Vermögenswerte, hat die Kasse das Zwangsvollstreckungsverfahren fortzusetzen. Wird die Erfolglosigkeit der Zwangsvollstreckung festgestellt, kann die Kasse innert eines Jahres den Vergütungsantrag an die Fürsorgekommission erneut stellen.

6) Wollen säumige Versicherte die Kasse wechseln, darf sie die bisherige Kasse erst dann aus dem Versicherungsverhältnis entlassen, wenn die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.

7) Kann das Vollstreckungsverfahren gegen Versicherte, auf welche die liechtensteinische Gesetzgebung über die Sozialhilfe nicht anwendbar ist, nicht durchgeführt werden oder hat es keine Zahlung der Prämien oder Kostenbeteiligung zur Folge, kann die Kasse nach schriftlicher Mahnung und Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges das Versicherungsverhältnis beenden. Das Amt für Volkswirtschaft ist durch die Kasse von der Beendigung zu unterrichten.

Art. 40 Abs. 3

3) Der Anspruch auf das Taggeld nach Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes besteht unabhängig von einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten. Ist die Versicherte vor Beginn oder nach Ablauf der Leistungsdauer von Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes arbeitsunfähig, richtet sich die Leistungspflicht der Kasse nach Art. 14 des Gesetzes.

Art. 41 Abs. 2

2) Meldet der Versicherte seine Rentenansprüche bei der Invalidenversicherung und bei der obligatorischen Unfallversicherung trotz schriftlicher Mahnung der Kasse nicht rechtzeitig an, kann diese die Auszahlung des Krankengeldes aufschieben, bis die Meldung erfolgt ist. Nach erfolgter Meldung hat die Kasse das Krankengeld während der Zeit des Aufschubs zu übernehmen.

Art. 44 Abs. 3

3) Ist das Krankengeld nach Art. 14 Abs. 1 des Gesetzes während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden, bleibt ein Arbeitnehmer für eine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiterhin versichert. Selbständig Erwerbstätige können eine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit weiterhin freiwillig versichern.

Art. 49 Abs. 2

Aufgehoben

Art. 52 Abs. 1, 3 und 4

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 Gesundheit (BAG) erlassenen Arzneimittel- und Spezialitätenlisten Anwendung.

3) Die Leistungskommission kann der Regierung empfehlen, von den in der Schweiz anwendbaren Listen, Bestimmungen, Tarifen und Preisen abzuweichen. Abweichungen werden in Anhang 2a festgehalten. Die Vorschriften über die Zulassung und die Einfuhr von Heilmitteln bleiben vorbehalten.

4) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt Arzneimittel, die von Ärzten oder Spitalern im Ausland abgegeben oder verschrieben werden, wenn die Behandlung im Ausland von der liechtensteinischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird und das Arzneimittel für die Sozialversicherung am Ort der Behandlung vergütungspflichtig ist.

Art. 54a

Analysen

1) Auf die Leistungen und die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Analysen findet die für die schweizerische Krankenpflegeversicherung vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassene Analysenliste, einschliesslich ihrer Anhänge und Erläuterungen dazu, Anwendung.

2) Die Regierung kann auf Empfehlung der Leistungskommission von den in der Schweiz geltenden Listen, Bestimmungen, Tarifen und Preisen abweichende Bestimmungen erlassen. Diese sind in Anhang 2b festgehalten.

3) Die Regierung kann zur Abgeltung der ausgewiesenen Mehraufwendungen für einen Bereitschafts- und Notfalldienst von Laboratorien im Sinne von Art. 69 Abs. 1 Bst. a für die Patienten in Liechtenstein eine von der Analysenliste in der Schweiz abweichende Regelung treffen und diese mit bestimmten Auflagen verbinden. Diese Abgeltung ist in Anhang 2b festgehalten. Auflagen an einzelne Laboratorien legt die Regierung in Form einer Verfügung fest.

Art. 57 Abs. 2a

2a) Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt dem Vertrauensarzt zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt prüft den Vorschlag und beantragt, ob und in welchem Umfang die Physiotherapie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fortgesetzt werden kann.

Art. 58

Leistungen von Ernährungsberatern

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen von Ernährungsberatern, wenn diese auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.

Art. 61

Leistungen bei Hauskrankenpflege

Bei ärztlich angeordneter Hauskrankenpflege gemäss Art. 13 Abs. 1 Bst. a des Gesetzes übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die in Anhang 4 aufgeführten Leistungen für Grundpflege und Behandlungspflege einschliesslich der notwendigen Abklärung und Beratung, wenn diese von Krankenschwestern oder von Organisationen der Hauskrankenpflege erbracht werden.

Art. 62 Abs. 2, 3 und 4

2) Die Leistungen der häuslichen Pflege umfassen die Haushalthilfe und hauswirtschaftliche Arbeiten für pflegebedürftige Personen sowie andere Unkosten, die im Zusammenhang mit der Krankenpflege zu Hause anfallen und nicht von der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder der Invalidenversicherung vergütet werden, soweit sie zur Durchführung der Pflege unabdingbar sind, wie insbesondere das Mieten von Hebebetten, Rollstühlen und Badeinsätzen. Leistungen der Hauskrankenpflege im Sinne von Art. 61 gelten nicht als Leistungen der häuslichen Pflege.

3) Leistungen der Kasse richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Versicherten und betragen maximal 100 Franken im Tag. Die Abstufung der Beiträge kann nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit erfolgen. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich dabei unter sinngemässer Anwendung der Bestimmungen über die Hilflosenentschädigung gemäss dem Ergänzungsleistungsgesetz (ELG). Die Kassen haben die Angemessenheit der Leistung in jedem Einzelfall zu prüfen. Hilflosenentschädigungen und Pflegebeiträge der Invalidenversicherung für hilflose Minderjährige werden angerechnet, ausser bei Bezüglern von Ergänzungsleistungen und im Falle von Hilflosenentschädigungen, die einzig zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte ausgerichtet werden.

4) Beansprucht ein Versicherter sowohl von Krankenschwestern und Organisationen der Hauskrankenpflege wie von Angehörigen oder von anderen Personen Leistungen der häuslichen Pflege, sind im Rahmen der maximalen Leistungen nach Abs. 3 zunächst die Leistungen der Krankenschwestern und Organisationen der Hauskrankenpflege zu vergüten.

Art. 65 Abs. 2 Einleitungssatz

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

Art. 66 Abs. 1 Bst. e, Abs. 2, 3 und 4

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

e) Ernährungsberater;

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 konzessionierten und zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer ausübt; und
- c) sofern erforderlich, die weiteren Voraussetzungen für die Zulassung aufgrund einer Bedarfsplanung erfüllt sind.

3) Der Nachweis, dass die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt sind, muss dem Kassenverband in Form einer Bestätigung des Amtes für Gesundheitsdienste 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.

4) Leistungen von Personen, welche die Voraussetzungen zur Erteilung einer Konzession zur selbständigen Berufsausübung nach der Sanitätsgesetzgebung nicht vollständig erfüllen, indem sie noch nicht über die vorgeschriebene praktische Berufserfahrung verfügen, sind von den Kassen zu übernehmen, wenn die betreffende Person bei einem zugelassenen Leistungserbringer angestellt ist. Die Tarifverträge haben für diese Personen einen tieferen Ansatz vorzusehen als für zugelassene Leistungserbringer.

Art. 66a

Aufgehoben

Art. 69 Abs. 2

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

Art. 71

Leistungserbringer im Ausland

Medizinische Berufe und andere Berufe der Gesundheitspflege mit einer gleichwertigen Ausbildung sowie Heilanstalten, Laboratorien und Unternehmungen für Krankentransporte im Ausland, die nach der Gesundheitsgesetzgebung des Staates, in welchem sie ihre Leistungen erbringen, zugelassen sind, können zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen, wenn sie:

- a) über einen Vertrag nach Art. 16d Abs. 4 des Gesetzes verfügen; oder
- b) nach Art. 18 des Gesetzes und nach Art. 74 dieser Verordnung von den Versicherten aufgesucht werden dürfen.

Art. 72a

Zahlstellennummer

Die Kassen stellen mittels Zahlstellennummer die Zuordenbarkeit zu vergütender Leistungen zum Leistungserbringer sicher, wobei unselbständigen Leistungserbringern eigene Zahlstellennummern zuzuteilen sind. Aus der Zuteilung der Zahlstellennummer resultierende Kosten können dem entsprechenden Leistungserbringer verrechnet werden.

Art. 73a

Aufgehoben

Art. 74

Tarife für nicht zugelassene Leistungserbringer im In- und Ausland

1) Müssen Leistungen aus medizinischen Gründen im Sinne von Art. 18 Abs. 4 des Gesetzes im In- oder Ausland von einem Leistungserbringer erbracht werden, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, haben die Kassen:

- a) im Inland die Leistungen nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Tarif zu vergüten;
- b) im Ausland die Leistungen nach der am Ort der Behandlung anwendbaren Regelung zu vergüten, höchstens aber den doppelten Betrag der nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung geltenden Tarif übernommenen Kosten.

2) Besteht für die obligatorische Krankenpflegeversicherung kein Tarif und ist die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dennoch gegeben, legt das Amt für Volkswirtschaft auf Antrag des Krankenkassenverbandes und nach Anhören des Landesphysikus die Vergütung fest.

Art. 76 Abs. 1 Bst. c

- c) Diagnosen unter Angabe der ersten zwei Ziffern nach der ICD-10 Klassifikation in der jeweils geltenden Version.

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 der Kostenbeteiligung befreit werden. Die Indikationen für die Befreiung von der Kostenbeteiligung werden in Anhang 5 festgelegt.

2) Der Antrag auf Befreiung von der Kostenbeteiligung ist vom Versicherten schriftlich bei der Kasse einzureichen. Bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen gewährt die Kasse die Befreiung von der Kostenbeteiligung rückwirkend auf den Zeitpunkt des Eingangs des Antrags.

Art. 83

Umstufung der Altersgruppen für Beiträge und Kostenbeteiligungen

Erreicht ein Versicherter im Laufe eines Kalenderjahres die im Gesetz festgelegte Altersgrenze für die Bemessung der Beiträge und Kostenbeteiligungen, erfolgt die Umstufung in die nächste Altersgruppe auf den Beginn des darauf folgenden Kalenderjahres.

Anhang 2a
(Art. 52 Abs. 1 und 3)

**Abweichungen gemäss Art. 52 Abs. 1 und 3 von den
vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit
(BAG) erlassenen Arzneimittel- und Spezialitäten-
listen**

Anhang 2b

(Art. 54a Abs. 2 und 3)

Abweichungen gemäss Art. 54a Abs. 2 und 3 von der vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) erlassenen Analysenliste

Abgeltung des Bereitschafts- und Notfalldienstes von Privatlaboratorien (Art. 54a Abs. 3)

Pos.-Nr. 9700.01	TP 15	Zusätzliche Bearbeitungstaxe für den Bereitschafts- und Notfalldienst in Liechtenstein pro Patient und Auftrag; nur anwendbar für Laboratorien nach Art. 69 Abs. 1 Bst. a.
Pos.-Nr. 9706.00	TP 50	Zuschlag für Nacht-, Sonn- und Feiertage: Nicht anwendbar für in Liechtenstein versicherte Patienten.

Anhang 4, Ziff. 3, 3.1 Einleitungssatz und Ziff. 5.1 bis 5.3

3. Leistungen von Ernährungsberatern (Art. 58)

- 3.1 Der Ernährungsberater im Sinne von Art. 58 berät auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag Patienten mit folgenden Krankheiten:
- 5.1 Die Abklärung und Beratung umfasst insbesondere:
- Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt und Patient;
 - Beratung des Patienten sowie gegebenenfalls der nicht beruflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder bei Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen.

Die bisherigen Ziff. 5.1 und 5.2 werden neu zu Ziff. 5.2 und 5.3.

Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke

Organsystem / Gruppe	Diagnose	Voraussetzungen
Stoffwechsel	Diabetes mellitus	insulinbedürftig, Endorganschaden (Nephropathie, Ophthalmopathie, Neuropathie, Angiopathie)
Leber	Hepatitis C - Zirrhose	
Leber / Blut	Hämophilie (Bluter)	Ersatztherapie mit Gerinnungsfaktoren
Psyche	chronische Schizophrenie	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	chronische Depression	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	Alzheimer-Erkrankung	Anordnung von Vormundschaftsmassnahmen und/oder Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit
	Suchterkrankungen	Alkohol, Drogen; in Psychotherapie
Zentrales Nervensystem	Parkinsonerkrankung	Medikamente, Physiotherapie; ab einer Invalidisierung von 30 % ¹

¹ Der Invalidisierungsgrad ist bei Altersrentnern nicht zu berücksichtigen.

Organsystem / Gruppe	Diagnose	Voraussetzungen
	multiple Sklerose	fortgeschrittene Stadien mit Behinderung; ab einer Invalidisierung von 30 % ¹ oder Interferontherapie
	Schlaganfall	bei chronischen Lähmungen; ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	chronische Epilepsie	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	Friedreich-Ataxie	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
Urogenitalsystem	chronische Niereninsuffizienz	Dialysebehandlung
Bewegungsapparat	chronische Polyarthrit	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	Morbus Bechterew	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	schwere Polyarthrose	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
Infektionen	symptomatische HIV-Infektion	virostatische Therapie - ARC - AIDS
	chronische Tuberkulose	bei Suchtkranken, HIV
Lunge	respiratorische Insuffizienz	Dauersauerstoffbehandlung
Neoplasien (Tumoren)	alle	zytostatische bzw. Radiotherapie oder ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
Langzeitpflegebedürftigkeit		unabhängig von der Ursache
Organtransplantationen	Nierentransplantation	
	Lebertransplantation	
	Herztransplantation	

Organsystem / Gruppe	Diagnose	Voraussetzungen
	Lungentransplantation	
	Knochenmarkstransplantation	
Geburtsgebrechen (Alter > 18 Jahre)	zystische Fibrose	
	Zöliakie	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	zerebrale Lähmungen	ab einer Invalidisierung von 30 % ¹
	Intelligenzstörungen	Anordnung von Vormundschaftsmassnahmen

II.

Übergangsbestimmungen

Die provisorische Bedarfsplanung nach § 3 der Übergangsbestimmungen zur Verordnung vom 16. Dezember 2003 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBI. 2003 Nr. 267, endet mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung.

III.

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

Fürstliche Regierung:
gez. *Otmar Hasler*
Fürstlicher Regierungschef