

# Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2013

Nr. 66

ausgegeben am 8. Februar 2013

---

## Gesetz

vom 19. Dezember 2012

### betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich  
Meine Zustimmung:<sup>1</sup>

#### I.

##### Abänderung bisherigen Rechts

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

Überschrift vor Art. 1

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

---

<sup>1</sup> Bericht und Antrag sowie Stellungnahme der Regierung Nr. 20/2012 und 148/2012

## Art. 1

*Gegenstand*

1) Dieses Gesetz regelt die Krankenversicherung. Sie umfasst die obligatorische Krankenpflege- und Krankengeldversicherung sowie die freiwillige Versicherung.

2) Die Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:

- a) Krankheit;
- b) Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt;
- c) Mutterschaft.

3) Dieses Gesetz lässt staatsvertragliche Regelungen im Bereich der Krankenversicherung unberührt.

## Art. 1a

*Bezeichnungen*

Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, sind unter den in diesem Gesetz verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts zu verstehen.

## Überschriften vor Art. 1b

## 1a. Teil

## Organisation

*Träger der Krankenversicherung*

## Art. 1b

*1. Allgemeines*

Die Krankenversicherung nach den Bestimmungen dieses Gesetzes wird durch Krankenkassen, die von der Regierung anerkannt sind, und durch den Liechtensteinischen Krankenkassenverband durchgeführt.

### Art. 7 Abs. 1 Bst. b

- 1) Obligatorisch versichert sind:
- 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 ganzen Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, längstens jedoch bis Erreichen des ordentlichen Rentenalters.

### Art. 12 Abs. 3a

3a) Dem Staat obliegt in Fällen des Abs. 3 im Umfang seiner Leistungen nach Art. 24 Abs. 1 Bst. c dieselbe Leistungspflicht wie den Krankenkassen. Er tritt im Umfang dieser Leistungen neben der Kasse von Gesetzes wegen in die Ansprüche nach Abs. 3 ein.

### Art. 14 Abs. 2, 8 und 8a

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. Innerhalb eines Jahres nach Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit wird die bereits einmal abgelaufene Wartefrist nicht mehr berücksichtigt. Kann der Arbeitgeber infolge Insolvenz dieser Lohnfortzahlung nicht nachkommen, so haften die Kassen bei Krankheit im Ausmass der Leistungen gemäss diesem Gesetz.

8) Arbeitslose mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Inland haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Krankengeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung. Der Arbeitslose hat sich innert 30 Tagen bei der Krankenkasse anzumelden.

8a) Arbeitslose mit vorhergehender Erwerbstätigkeit im Ausland haben Anspruch auf Abschluss einer freiwilligen Versicherung bei ihrer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Krankengeldhöhe. Der Anspruch auf Abschluss der freiwilligen Versicherung besteht nur, soweit sich der Arbeitslose bei der Arbeitslosenversicherung persönlich meldet und ver-

mittlungsfähig ist. Der Arbeitslose hat sich innert 30 Tagen bei der Krankenkasse anzumelden.

Art. 15 Abs. 2

2) Die Leistungen sind während 20 Wochen, wovon mindestens 16 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen, zu erbringen. Bei Vorliegen einer länger anhaltenden Arbeitsunfähigkeit beginnen diese Leistungen vier Wochen vor der Niederkunft oder, wenn die Arbeitsunfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, ab diesem Zeitpunkt.

Art. 16 Abs. 2

Aufgehoben

Art. 18 Abs. 2 und 2a

2) Wählt ein Versicherter für eine ambulante Behandlung einen geeigneten aber nicht zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer, entrichtet die Kasse dem Versicherten für obligatorisch versicherte Leistungen keine Vergütung, sofern der Versicherte keine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Abs. 2a abgeschlossen hat.

2a) Die Kassen müssen den Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung anbieten, welche die Kosten sowohl bei zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern als auch die nach Abs. 2 nicht übernommenen Leistungen bis maximal zur Höhe der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife übernimmt. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

Art. 22 Abs. 1 Bst. a, Abs. 1a und 9

- 1) Die Kassen haben getrennte Beiträge festzulegen für:
- a) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) durch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer;

1a) Die Regierung legt nach Anhörung des Kassenverbandes mit Verordnung jeweils auf den Anfang eines Jahres einen pauschalen Zuschlag zum Beitrag gemäss Abs. 1 Bst. a für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung fest.

9) Die Beiträge der freiwilligen Krankengeldversicherung sind vom Versicherten zu entrichten. In den Fällen nach Art. 14 Abs. 8 und 8a beginnt die Beitragspflicht mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

#### Art. 24a Abs. 2

2) Für die übrigen Versicherten leistet der Staat einen Beitrag. Der Landtag setzt diesen auf Antrag der Regierung für drei Jahre fest. Dabei ist darauf zu achten, dass erwartungsgemäss 5 bis 10 % der Versicherten über dem Grenzbetrag der Kostenrückerstattung durch den Staatsbeitrag liegen. Gestützt darauf übernimmt der Staat bei jährlichen Krankenpflegekosten eines Versicherten, die über einem vom Amt für Gesundheit festzulegenden Grenzbetrag liegen, 80 % der darüber liegenden Kosten. Das Amt für Gesundheit legt den definitiven Grenzbetrag so fest, dass der gesamte Beitrag ausgeschöpft wird.

#### Art. 24b Abs. 1, 2a, 3, 5 Bst. a und b sowie Abs. 6

1) Der Staat entrichtet Beiträge zur Prämienverbilligung an einkommensschwache Versicherte. Der Anspruch auf Beiträge richtet sich nach dem massgebenden Erwerb des Versicherten bzw. der Ehegatten des dem Antragsjahr vorangegangenen Steuerjahres. Für Versicherte bis zum vollendeten 25. Altersjahr, die Unterhaltsansprüche gegenüber ihren Eltern haben, richtet sich der Anspruch nach dem Erwerb der Eltern.

2a) Bei Ehegatten erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 20 %.

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

5) Die Regierung trifft durch Verordnung Regelungen über:

- a) Abweichungen vom Erwerb nach Abs. 1 bei ausserordentlichen Abzügen vom Erwerb bei der Steuerveranlagung;
- b) die Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Beiträge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland;

6) Personen, die in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen, sind den Ehegatten gleichgestellt.

## **II.**

### **Übergangsbestimmung**

Versicherungsleistungen für Behandlungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen worden sind, werden nach bisherigem Recht gewährt.

## **III.**

### **Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2014 in Kraft.

In Stellvertretung des Landesfürsten:

*gez. Alois*

Erbprinz

*gez. Dr. Klaus Tschütscher*

Fürstlicher Regierungschef