

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 2016

Nr. 2

ausgegeben am 14. Januar 2016

Gesetz

vom 1. Oktober 2015

betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich
Meine Zustimmung:¹

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:

Art. 1 Abs. 1a

1a) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung besteht aus der Grundversicherung und der Hochkostenversicherung.

Art. 4 Abs. 1 Bst. c^{bis}

1) Die Regierung erlässt die notwendigen Vorschriften zur einheitlichen Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere über:

¹ Bericht und Antrag sowie Stellungnahme der Regierung Nr. 24/2015 und 91/2015

c^{bis}) die Angaben an die Aufsichtsbehörde über Daten, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen (Art. 4a Abs. 3a);

Art. 4a Abs. 3a

3a) Die Kassen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde mindestens jährlich sowie darüber hinaus auf Verlangen Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen.

Art. 4b Abs. 1

1) Das Amt für Statistik publiziert jährlich eine Statistik über die Krankenversicherung und über das Gesundheitswesen. Diese Statistik beinhaltet insbesondere die pro Kalenderjahr erzielten gesamten Umsätze, aufgeteilt nach Behandlung, Arzneimittel, andere Heilmittel und weitere Kosten, der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringer, aufgegliedert nach Kategorien von Leistungserbringern und Fachgruppen von Leistungserbringern. Die Anonymität der Leistungserbringer ist dabei zu wahren.

Art. 7 Abs. 1

1) Obligatorisch versichert sind:

- a) für Krankenpflege: Personen, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben;
- b) für Krankengeld: über 15jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind.

Art. 9 Abs. 1a

Aufgehoben

Art. 11 Abs. 2

2) Das Amt für Gesundheit weist nötigenfalls Versicherungspflichtige nach einem durch Verordnung festzulegenden Schlüssel den einzelnen Kassen zu.

Art. 13 Abs. 1 Bst. c und Abs. 2

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:

c) Aufgehoben

2) Die Leistungen sind ohne zeitliche Beschränkung zu entrichten.

Art. 14 Abs. 1

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich oder chiropraktisch bescheinigter, mindestens hälftiger Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Tag nach dem Tag der Erkrankung ein Krankengeld zu gewähren. Der Anspruch auf Ausrichtung eines Krankengeldes endet, wenn:

- a) der Versicherte wieder arbeitsfähig ist;
- b) das Krankengeld für eine oder mehrere Krankheiten unter Berücksichtigung einer vereinbarten Wartezeit gemäss Abs. 2 während wenigstens 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden ist;
- c) der Versicherte das ordentliche Rentenalter erreicht hat und keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt;
- d) der Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters weiterhin eine Erwerbstätigkeit ausübt und das Krankengeld für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 180 Tagen ausbezahlt worden ist, soweit die Leistungsdauer nach Bst. b nicht vorher erreicht wird; oder
- e) der Versicherte das 70. Altersjahr vollendet hat.

Art. 16b

Bedarfsplanung

1) Die Liechtensteinische Ärztekammer (Ärztekammer) und der Kassenverband erstellen gemeinsam eine Bedarfsplanung für die angemessene ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Bedarfsplanung legt fest:

- a) die Zahl der zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer; hierbei ist sicherzustellen, dass einerseits eine ausreichende Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und ihnen eine angemessene Auswahl an Grundversorgern und Spezialärzten zur Verfügung steht und andererseits eine Überversorgung vermieden wird;
- b) die Art und den Umfang der Leistungserbringung;
- c) die Kriterien für die Reihung von mehreren Bewerbern auf eine freie Stelle; die Kriterien berücksichtigen insbesondere die persönliche und fachliche Eignung der Bewerber sowie die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen.

2) Die Regierung kann mit Verordnung Vorgaben zum Inhalt der Bedarfsplanung festlegen.

3) Die Bedarfsplanung bedarf der Genehmigung der Regierung und hat allgemeinverbindliche Wirkung; sie wird im Amtsblatt veröffentlicht.

4) Kommt keine gemeinsame Bedarfsplanung zustande, erstellt die Regierung die Bedarfsplanung mit Verordnung.

5) Erweist sich eine bestehende Bedarfsplanung als nicht mehr sachgerecht, kann die Regierung die Ärztekammer und den Kassenverband zur Anpassung der bestehenden Bedarfsplanung binnen angemessener Frist auffordern. Erfolgt die Anpassung nicht fristgerecht, kann die Regierung mit Verordnung die bestehende Bedarfsplanung anpassen.

6) Die Ärztekammer und der Kassenverband entscheiden gemeinsam über die Besetzung einer aufgrund der Bedarfsplanung freien Stelle. Ergibt sich aufgrund der Reihungskriterien kein oder nur ein geringer Unterschied zwischen Bewerbern, entscheiden die beteiligten Organisationen nach einer mündlichen Anhörung der Bewerber. Der Entscheid über die Besetzung einer Stelle ist allen Bewerbern schriftlich zu eröffnen. Bei Streitigkeiten findet Art. 28 Anwendung.

7) Die Regierung kann durch Verordnung auch für andere Leistungserbringer eine Bedarfsplanung einführen. Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 6 sind dabei sinngemäss zu beachten. Ist eine Berufsgruppe von Leistungserbringern nicht in einem Berufsverband organisiert, entscheidet die Regierung nach Anhören der Angehörigen der betreffenden Berufsgruppe über die Vertretung der Berufsgruppe bei den Entscheiden nach Abs. 1, 5 und 6.

Art. 16c Abs. 1, 3, 7b und 8

1) Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Tarifen und Preisen. Diese werden vorbehaltlich Abs. 3 in Tarifverträgen zwischen dem Kassenverband und den Verbänden der Leistungserbringer vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der Regierung vereinbart oder festgelegt; dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Die Leistungserbringer dürfen für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine weitergehenden Vergütungen berechnen.

3) Ärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nach Massgabe der gesamtschweizerischen Tarifstruktur zu berechnen; die geltende Fassung dieser Tarifstruktur ist auf der Internetseite des Amtes für Gesundheit abrufbar. Die Regierung kann mit Verordnung Abweichungen von der gesamtschweizerischen Tarifstruktur festlegen. Die Abs. 4 bis 6a finden nur Anwendung:

- a) in Bezug auf die Vereinbarung oder Festlegung der Höhe des Tarifs (Taxpunktwert) sowie die Bedingungen und Auflagen für die Abrechnung mit den Kassen; oder
- b) soweit eine gesamtschweizerische Tarifstruktur fehlt.

7b) Die Leistungserbringer dürfen den vereinbarten oder festgelegten Taxpunktwert unterschreiten. Der Leistungserbringer darf den von ihm angewandten Taxpunktwert publizieren.

8) Die Regierung erlässt mit Verordnung Bestimmungen über die Vergütung von Arzneimitteln, von Medizinprodukten und von Analysen. Sie bezeichnet die Analysen, welche in den Praxislabors von Ärzten durchgeführt werden dürfen.

Art. 16d Abs. 1 bis 3, 6 und 7

1) Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind nur jene Leistungserbringer zugelassen, die sich in einem schriftlichen Vertrag mit dem Kassenverband verpflichten, die jeweils geltenden Tarifbestimmungen zu beachten.

2) Leistungserbringer, denen im Rahmen der Bedarfsplanung eine Stelle zugewiesen wird, haben den Vertrag nach Abs. 1 innert drei Monaten ab Zustellung des Entscheides nach Art. 16b Abs. 6 abzuschliessen und sich darin zusätzlich zu verpflichten, eine bestimmte Art und einen bestimmten Umfang von Leistungen zu erbringen.

3) Leistungserbringer nach Abs. 2 sowie in Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassene Leistungserbringer, die keiner Bedarfsplanung unterstehen, haben Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit dem Kassenverband.

6) Der Kassenverband hat der Aufsichtsbehörde mindestens alle zwei Jahre sowie darüber hinaus auf Verlangen Bericht zu erstatten, inwieweit Leistungserbringer, die einer Bedarfsplanung unterstehen, die vereinbarte Art und den vereinbarten Umfang von Leistungen erbringen.

7) Die Regierung regelt das Nähere über die Ausgestaltung von Verträgen nach Abs. 1 und 2 sowie die Berichtspflicht nach Abs. 6 mit Verordnung.

Art. 19 Abs. 1, 2b, 2c, 3a und 4

1) Die Leistungserbringer haben sich bei der Krankenbehandlung auf das durch das Interesse der Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Die Kassen haben die Rechnungen sowie das Leistungsverhalten der Leistungserbringer entsprechend zu prüfen und ihr Prüfungshandeln zu dokumentieren. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

2b) Der Kassenverband überprüft gestützt auf die Angaben der Kassen nach Abs. 2a, ob die Leistungserbringer den Grundsatz von Abs. 1 beachtet haben.

2c) Stellt der Kassenverband im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass der Leistungserbringer den Grundsatz nach Abs. 1 nicht beachtet hat, so werden die zu Unrecht bezogenen Leistungen nach Abs. 2 zurückgefordert. Bei Streitigkeiten über die Rückforderung findet Art. 28 Anwendung.

3a) Die Regierung kann von den Ärzten eine vollständige Auskunft über die Preise beim Einkauf von Arzneimitteln und über direkt und indirekt erhaltene Vergünstigungen verlangen. Sie kann nach Anhören des Kassenverbandes und der Ärztekammer Bestimmungen über die Weitergabe von Vergünstigungen und Rabatten, welche Ärzten bei der Lieferung von Arzneimitteln gewährt werden, festlegen.

4) Leistungserbringer und Kassen sehen vertraglich Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Art. 19b Abs. 1, 2 und 4

1) Die Regierung legt nach Anhören des Kassenverbandes und der Verbände der Leistungserbringer die Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fest. Sie weist den Kassenverband und die Verbände der Leistungserbringer an, wie diese Kostenziele unter Beachtung der Massnahmen zur Sicherung der Qualität umzusetzen und zu überprüfen sind.

2) Werden die Kostenziele überschritten oder die Massnahmen zur Qualitätssicherung nicht beachtet, müssen der Kassenverband und die Leistungserbringer dies begründen. Gestützt darauf entscheidet die Regierung, ob der Vergütungssatz des geltenden Tarifes für die betreffende Kategorie oder Fachrichtung von Leistungserbringern künftig zu kürzen ist.

4) Aufgehoben

Art. 19c

Kündigung von Verträgen über die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

1) Leistungserbringer können Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 jederzeit unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Fristen oder, sofern solche fehlen, unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats kündigen.

2) Der Kassenverband kann Verträge nach Art. 16d Abs. 1 und 2 nur nach vorgängiger Anhörung des entsprechenden Berufsverbandes der Leistungserbringer schriftlich unter Angabe der Gründe kündigen, wenn:

- a) Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit oder der Qualität trotz schriftlicher Mahnung nicht eingehalten werden;
- b) vertragliche oder gesetzliche Verpflichtungen in schwerwiegender Weise verletzt werden;
- c) der Leistungserbringer das ordentliche Rentenalter erreicht;
- d) ein im Rahmen der Bedarfsplanung zugelassener Leistungserbringer trotz schriftlicher Aufforderung durch den Kassenverband die vereinbarte Art oder den vereinbarten Umfang von Leistungen nicht erbringt; oder
- e) bei einem im Rahmen der Bedarfsplanung zugelassenen Leistungserbringer kein Bedarf an der Leistungserbringung mehr besteht.

3) Die Kündigung durch den Kassenverband hat unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats, in den Fällen nach Abs. 2 Bst. c frühestens auf das Ende eines Monats, in welchem der Leistungserbringer die Altersgrenze erreicht, zu erfolgen.

4) Schwerwiegende Verletzungen vertraglicher oder gesetzlicher Verpflichtungen nach Abs. 2 Bst. b sind insbesondere:

- a) die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Art. 19 Abs. 3;
- b) die betrügerische Manipulation von Leistungsabrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen;
- c) die Begehung eines Disziplinarvergehens im Sinne des Ärztegesetzes.

5) Ein Leistungserbringer kann gegen die Kündigung innerhalb von zwei Wochen ab ihrer Zustellung beim Kassenverband schriftlich einen begründeten Einspruch erheben. Der Einspruch hat aufschiebende Wirkung und leitet ein Schiedsverfahren nach Art. 28 ein.

Art. 20

Vertrauensärzte

1) Die Kassen bestellen Vertrauensärzte. Diese müssen über die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufes verfügen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender Spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.

2) Vertrauensärzte beraten die Kassen in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Kasse.

3) Vertrauensärzte sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Kassen noch Leistungserbringer noch der Kassenverband können ihnen Weisungen erteilen.

4) Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Abs. 2 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt verlangen. Können sie sich mit der Kasse nicht einigen, so entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 28.

5) Die Vertrauensärzte geben den zuständigen Stellen der Kassen nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.

6) Die Regierung regelt die Einzelheiten der Weitergabe der Angaben nach Abs. 5 sowie die Stellung der Vertrauensärzte, sofern sich die Ärztekammer und der Kassenverband hierüber nicht einigen können.

Art. 20a

Rechnungstellung; Auskunftspflicht der Leistungserbringer

1) Der Leistungserbringer muss dem Honorarschuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Sofern die Kassen den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung schulden, erhält der Versicherte eine Kopie der Rechnung, die an die Kasse gegangen ist. Die Kosten für den Rechnungsversand trägt der Leistungserbringer.

2) Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Abs. 1 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen der jeweils von der Regierung mit Verordnung festgelegten Diagnosecodes aufzuführen.

3) Die Kasse kann vom Leistungserbringer zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen. Es sind ihr auch alle Angaben zu machen, die für die Festsetzung von Leistungen erforderlich sind.

4) Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen des Versicherten in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt der Kasse nach Art. 20 bekannt zu geben.

5) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.

6) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften zur Rechnungstellung sowie zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Sachüberschrift vor Art. 21

Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Art. 21

1. Allgemeines

1) Die Aufwendungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden finanziert aus:

- a) den Beiträgen der Versicherten in der Grundversicherung;
- b) den Kostenbeteiligungen der Versicherten in der Grundversicherung;
- c) den Beiträgen der Versicherten in der Hochkostenversicherung;
- d) den Beiträgen der Arbeitgeber;
- e) den Beiträgen des Staates.

2) Für die Berechnung der Beiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie die Festlegung des Staatsbeitrags nach Art. 24a Abs. 2 wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung unterteilt in:

- a) eine Grundversicherung bei jährlichen Kosten eines Versicherten von weniger als 5 000 Franken; und
- b) eine Hochkostenversicherung bei jährlichen Kosten eines Versicherten ab 5 000 Franken.

3) Die Regierung kann den Betrag nach Abs. 2 der Teuerung anpassen.

Art. 22 Abs. 1, 1a, 6, 8 und 8a

- 1) Die Kassen haben getrennte Beiträge festzulegen für:
- a) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) durch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer in der Grundversicherung;
 - b) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) durch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer in der Hochkostenversicherung;
 - c) das obligatorisch versicherte Krankengeld (Art. 14);
 - d) das freiwillig versicherte Krankengeld (Art. 14 Abs. 6);
 - e) die freiwilligen Versicherungen für Krankenpflegeleistungen (Art. 16).

1a) Die Regierung legt nach Anhörung des Kassenverbandes mit Verordnung einen pauschalen Zuschlag zu den Beiträgen nach Abs. 1 Bst. a und b für die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung fest.

6) Für Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr (Jugendliche) dürfen die Beiträge höchstens die Hälfte derjenigen der erwachsenen Versicherten betragen.

8) Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflege- und Krankengeldversicherung der Arbeitnehmer gehen zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers. Das Amt für Gesundheit bestimmt gestützt auf den Landesdurchschnitt der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen für alle Versicherten und alle Arbeitgeber einheitlichen Beitrag des Arbeitgebers. Bei Teilzeitbeschäftigten reduziert sich der Arbeitgeberbeitrag entsprechend dem Beschäftigungsgrad. Bei Jugendlichen entspricht der Arbeitgeberbeitrag der Hälfte des Beitrages für Erwachsene.

8a) Der Arbeitgeber hat die Beiträge der obligatorischen Krankengeldversicherung des Arbeitnehmers bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen und zusammen mit seinen eigenen periodisch, spätestens auf das Ende des jeweiligen Kalenderquartals, der Kasse zu entrichten.

Art. 23 Abs. 1, 2 und 2a

1) In der Grundversicherung beteiligen sich die Versicherten, die das 20. Altersjahr vollendet haben, an den Kosten für die obligatorischen Leistungen bei Krankenpflege.

2) Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Betrag pro Kalenderjahr in Höhe von 500 Franken; und
- b) einem Selbstbehalt von 20 % der den festen Jahresbetrag übersteigenden Kosten.

2a) Der Selbstbehalt nach Abs. 2 Bst. b beträgt für Versicherte, die das ordentliche Rentenalter erreicht haben, 10 %.

Art. 23a Abs. 1

1) In der Grundversicherung bieten die Kassen allen Versicherten mindestens drei Varianten einer zur obligatorischen Kostenbeteiligung nach Art. 23 Abs. 2 Bst. a zusätzlich wählbaren Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages an. Der Jahresbetrag von 3 500 Franken muss jedenfalls angeboten werden und ist zugleich die höchstmögliche zusätzlich wählbare Kostenbeteiligung. Der Beitrag nach Art. 22 Abs. 1 Bst. a ist für Versicherte mit einer höheren Kostenbeteiligung gleichzeitig angemessen zu reduzieren. Die Regierung regelt das Nähere, insbesondere über die vom Versicherten einzuhaltenden Fristen bei einem Wechsel der wählbaren Kostenbeteiligung, mit Verordnung.

Art. 24a Abs. 2

2) Für die übrigen Versicherten leistet der Staat einen Beitrag an die Hochkostenversicherung. Dieser wird vom Landtag auf Antrag der Regierung pro Bemessungsjahr jeweils bis spätestens im Juni des Vorjahres festgelegt. Das Amt für Gesundheit ermittelt unter Berücksichtigung der effektiven Kosten eines Jahres den Prozentsatz der Kostenübernahme in der Hochkostenversicherung, sodass der gesamte vom Landtag festgelegte Beitrag ausgeschöpft wird.

Art. 24b Abs. 1, 2, 2a und 5 Bst. c

1) Der Staat entrichtet Beiträge an die Prämien und Kostenbeteiligungen (Prämienverbilligung) einkommensschwacher Versicherter. 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.

2) Die Beiträge zur Prämienverbilligung richten sich nach den im Landesdurchschnitt errechneten Prämien in der Grundversicherung und in der Hochkostenversicherung sowie der vom Versicherten entrichteten obligatorischen Kostenbeteiligung (Art. 23 Abs. 2 und 2a). Sie betragen:

- a) bei einem Erwerb bis 30 000 Franken: 60 % des Prämienanteils und 40 % der Kostenbeteiligung des Versicherten;
- b) bei einem Erwerb von 30 001 bis 45 000 Franken: 40 % des Prämienanteils und 30 % der Kostenbeteiligung des Versicherten.

2a) Bei Ehegatten erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 12 000 Franken.

5) Die Regierung trifft durch Verordnung Regelungen über:

- c) die Koordination mit den Ergänzungsleistungen zugunsten von Rentnern der AHV und der IV sowie den Leistungen der wirtschaftlichen Sozialhilfe;

Art. 25 Abs. 1 und 4

1) Arbeitgeber, die ihre Arbeitnehmer nicht oder nicht im gesetzlichen Umfang für Krankengeld versichert haben, haften den Arbeitnehmern mindestens für die entgangenen Versicherungsleistungen.

4) Aufgehoben

Art. 26c Abs. 2

2) Die mit der Durchführung der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV sowie der wirtschaftlichen Sozialhilfe befassen Stellen sind verpflichtet, dem Amt für Gesundheit auf Verlangen die Bezüger dieser Leistungen mitzuteilen, soweit dies für amtliche Zwecke notwendig ist.

Art. 28 Abs. 1a bis 1c

1a) Jede Streitpartei bestellt binnen vier Wochen nach Empfang einer entsprechenden schriftlichen Aufforderung durch die andere Partei einen Schiedsrichter, und die Gewählten ernennen einen neutralen Vorsitzenden. Wird ein Schiedsrichter nicht fristgerecht bestellt oder kann über die Person des Vorsitzenden binnen vier Wochen nach der Bestellung der Schiedsrichter keine Einigkeit erzielt werden, so erfolgt die Bestellung auf Antrag einer Streitpartei durch das Obergericht.

1b) Die schriftliche Aufforderung zur Bestellung eines Schiedsrichters hat auch Angaben darüber zu enthalten, welcher Anspruch geltend gemacht wird.

1c) Erhebt ein Leistungserbringer Einspruch gegen die Kündigung durch den Kassenverband (Art. 19c Abs. 5), hat er dem Kassenverband gleichzeitig mit dem Einspruch den von ihm bestellten Schiedsrichter namhaft zu machen. Der Kassenverband hat innerhalb von zwei Wochen ab Zustellung des Einspruchs seinen Schiedsrichter dem Leistungserbringer bekannt zu geben. Im Übrigen gilt Abs. 1a.

Art. 29

Strafbestimmungen

1) Vom Landgericht wird, sofern nicht ein mit höherer Strafe bedrohtes Vergehen oder Verbrechen vorliegt, wegen Vergehens mit einer Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder einer Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen bestraft, wer:

- a) sich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungs- oder der Beitragspflicht ganz oder teilweise entzieht;
- b) als Arbeitgeber einem Arbeitnehmer Beiträge vom Lohn abzieht, sie indessen dem vorgesehenen Zweck entfremdet;
- c) durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise von einer Kasse für sich oder einen anderen eine Leistung nach diesem Gesetz, die ihm nicht zukommt, erwirkt;
- d) durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise einen Beitrag aufgrund dieses Gesetzes erwirkt;
- e) als Durchführungsorgan im Sinne dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht;
- f) Vergünstigungen nach Art. 19 Abs. 3 nicht weitergibt.

2) Vom Landgericht wird, sofern nicht ein Tatbestand nach Abs. 1 erfüllt ist, wegen Übertretung mit einer Busse bis zu 5 000 Franken, im Nichteinbringlichkeitsfalle mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Monat bestraft, wer:

- a) sich einer von der zuständigen Stelle angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf andere Weise verunmöglicht;

b) in Verletzung der Auskunftspflicht unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert.

3) Kassen werden vom Amt für Gesundheit wegen Übertretung mit einer Busse bis zu 5 000 Franken bestraft, wenn sie vorsätzlich oder fahrlässig:

- a) die Durchsetzung der Versicherungspflicht (Art. 9 bis 11) erschweren;
- b) den Pflichten und Weisungen nach Art. 4 bis 4c zuwiderhandeln;
- c) Vorschriften über die Beiträge der Versicherten (Art. 22) verletzen;
- d) Vorschriften über die Kostenbeteiligung (Art. 23 und 23a) verletzen;
- e) die Erfüllung von internationalen Abkommen über Soziale Sicherheit beeinträchtigen.

II.

Übergangsbestimmungen

1) Die Ärztekammer und der Kassenverband unterbreiten der Regierung die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung nach Art. 16b Abs. 1 spätestens bis zum 31. März 2017 zur Genehmigung.

2) Die nach bisherigem Recht vom Kassenverband mit den Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge über die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind spätestens bis zum 31. Dezember 2017 an das neue Recht anzupassen; andernfalls verliert der Leistungserbringer seine Zulassung.

3) Art. 21 Abs. 2, Art. 22 Abs. 1, 1a und 8, Art. 23 Abs. 1, 2 und 2a sowie Art. 23a Abs. 1 sind erstmals für die Festlegung der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber des Jahres 2017 anzuwenden.

4) Der Beitrag des Staates an die Hochkostenversicherung nach Art. 24a Abs. 2 ist vom Landtag erstmals im Juni 2016 für das Jahr 2017 festzulegen.

5) Art. 24b Abs. 2a ist erstmals für die Berechnung der Beiträge zur Prämienverbilligung des Jahres 2016 anzuwenden.

III.

Inkrafttreten

1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich Abs. 2 am 1. Januar 2017 in Kraft.

2) Art. 7 Abs. 1 Bst. a, Art. 11 Abs. 2 sowie Ziff. II Abs. 3, 4 und 5 (Übergangsbestimmungen) treten am Tag nach der Kundmachung in Kraft.

Die Regierung, nach Kenntnisnahme von dem Bericht über das Ergebnis der Volksabstimmung vom 13. Dezember 2015, wonach sich ergibt:

Zahl der Stimmberechtigten	19 649
Zahl der abgegebenen Stimmen	13 059
Annehmende sind	6 764
Verwerfende sind	5 946
Ungültige Stimmen	323
Leere Stimmen	26

beschliesst:

die Referendumsvorlage über das Gesetz vom 1. Oktober 2015 betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung wird als vom Volk angenommen erklärt.

In Stellvertretung des Landesfürsten:

gez. *Alois*

Erbprinz

gez. *Adrian Hasler*

Fürstlicher Regierungschef