Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 1971 Nr. 50 ausgegeben am 29. Dezember 1971

Gesetz
vom 24. November 1971
über die Krankenversicherung (KVG)[1]

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung:

1. Teil
Allgemeine Bestimmungen[2]

Art. 1[3]

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[4]

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.

1a. Teil[5]

Organisation[6]

Träger der Krankenversicherung[7]

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. 2

2. Anerkannte Krankenkassen

1) Die Regierung anerkennt Krankenkassen, die

a) als Genossenschaft, Stiftung, Aktiengesellschaft oder Verein (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit oder Hilfskasse) organisiert sind,[8]

b) ihren Sitz in Liechtenstein haben,

c) die Krankenversicherung in der durch Gesetz und zwischenstaatliche Vereinbarung umschriebenen Weise nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben,

d) Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können.

2) Die Regierung kann entsprechend organisierte ausländische Krankenkassen anerkennen, sofern sie eine Niederlassung in Liechtenstein haben und sie die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 Bst. c und d erfüllen. Als Niederlassung gilt der Sitz, eine Agentur oder eine Zweigniederlassung der Krankenkasse. Einer Agentur oder Zweigniederlassung gleichgestellt ist ein Büro, das

a) von eigenem Personal der Krankenkasse geführt wird, oder

b) von einer unabhängigen Person im Auftrag der Krankenkasse wie eine Agentur auf Dauer geführt wird.[9]

3) Die Krankenkassen, die sich um die Anerkennung bewerben, haben der Regierung die Statuten und Reglemente zur Kenntnis zu bringen und alle erforderlichen Angaben über ihren Tätigkeitsbereich zu machen.[10]

3a) Beabsichtigt eine Krankenkasse, auf die Anerkennung zu verzichten, hat sie dies der Regierung schriftlich zu beantragen. Die Regierung genehmigt den Antrag, wenn die Krankenkasse mit einer oder mit mehreren Krankenkassen eine Vereinbarung abgeschlossen hat, welche eine Regelung enthält über:

a) das Recht der Versicherten, für alle abgeschlossenen Versicherungen im bisherigen Umfang der versicherten Leistungen und unter Wahrung ihres bisherigen Eintrittsalters zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln;

b) die Übertragung der noch nicht erledigten Versicherungsfälle und der übrigen noch offenen Verpflichtungen auf eine andere Krankenkasse;

c) die Übertragung von Rückstellungen und Reserven auf eine andere Krankenkasse.[11]

4) Die anerkannten Krankenkassen werden in diesem Gesetz als Kassen bezeichnet.

Art. 3

3. Landesverband der Krankenkassen[12]

1) Die Kassen gehören von Gesetzes wegen dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband an, der als Verein organisiert und im Handelsregister eingetragen ist. Er wird in diesem Gesetz als Kassenverband bezeichnet. Die Statuten des Kassenverbandes bedürfen der Genehmigung der Regierung.[13]

2) Der Kassenverband vertritt die Interessen der Kassen gegenüber den Leistungserbringern und gegenüber den Behörden. Er nimmt die in der Gesetzgebung und den Statuten umschriebenen Aufgaben wahr, insbesondere:[14]

a) den Abschluss von Tarifverträgen mit Leistungserbringern der ambulanten Krankenpflege; [15]

b) die Teilnahme an den Tarifverhandlungen der Regierung mit Einrichtungen des Gesundheitswesens;[16]

c) die Führung der Statistik über die Behandlungskosten.[17]

3) Die Regierung kann dem Kassenverband weitere Aufgaben übertragen. Sie kann mit dem Kassenverband eine Leistungsvereinbarung abschliessen und darin für die von ihm übernommenen Aufgaben im Rahmen der vom Landtag bewilligten Budgetmittel eine Entschädigung zusprechen.[18]

Art. 3a

Risikoausgleich[19]

1) Kassen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen aufweisen als der Durchschnitt aller Kassen, müssen der mit der Durchführung des Risikoausgleichs betrauten Stelle zugunsten von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen. Die Regierung regelt die Einzelheiten durch Verordnung. Sie kann weitere objektive Kriterien, welche Rückschlüsse auf das Versicherungsrisiko zulassen, in den Risikoausgleich einbeziehen.[20]

2) Der Risikoausgleich wird durch das Amt für Gesundheit durchgeführt. Die Regierung kann die Durchführung dem Kassenverband übertragen.[21]

Art. 3bis[22]

Aufgehoben

Aufsicht[23]

Art. 4[24]

a) Gesetzliche Vorschriften

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

a) die Rechnungsführung und die Aufbewahrung von Dokumenten;

b) die Ausgestaltung der Jahresrechnung, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung und Anhang, sowie des Berichtes der Revisionsstelle;

c) die statistischen Angaben an die Aufsichtsbehörde;

d) die Bildung von Rückstellungen und Reserven;

e) die Vermögensanlagen;

f) die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss Art. 19.[25]

2) Die Kassen haben ihre Geschäftstätigkeit jedes Jahr durch eine von ihnen unabhängige und von der Regierung anerkannte Revisionsstelle prüfen zu lassen. Sie haben der Revisionsstelle alle erforderlichen Angaben bereit zu halten und ihr Einsicht in ihre Bücher, Statistiken, Buchungsbelege, Geschäftskorrespondenz und Protokolle zu gewähren. Sie legen der Revisionsstelle den Bericht der internen Revision vor. Die Regierung setzt mit Verordnung die näheren Vorschriften betreffend Anerkennung und Aufgaben der Revisionsstellen fest.

3) Die Kassen müssen in ihren Jahresrechnungen die Leistungen, Beiträge der Versicherten, Kostenbeteiligungen, Rückstellungen und Reserven getrennt nach Versicherungszweigen (obligatorische Versicherung für Krankenpflege, obligatorische Versicherung für Krankengeld, Zusatzversicherungen) erfassen.

Art. 4a

b) Durchführung der Aufsicht[26]

1) Das Amt für Gesundheit ist Aufsichtsbehörde über die Kassen und den Kassenverband. Vorbehalten bleibt die unmittelbare Aufsicht durch die Regierung gemäss Art. 2 und 3. Der Regierung obliegt zudem die Oberaufsicht über das gesamte Krankenversicherungswesen.[27]

2) Die Aufsichtsbehörde hat insbesondere folgende Aufgaben:[28]

a) die Prüfung der Jahresrechnung der Kassen und des Kassenverbandes;[29]

b) die Prüfung der Vermögensanlagen und der Vermögensbewertung sowie der Rückstellungen und Reserven;[30]

c) die Kontrolle der rechtmässigen Bestellung und Zusammensetzung der Organe der Kassen und des Kassenverbandes;[31]

d) die Anordnung der geeignet erscheinenden Massnahmen zur Herstellung des rechtmässigen Zustandes;[32]

e) die Kontrolle der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen und den Kassenverband gemäss Art. 19.[33]

3) Die Aufsichtsbehörde stützt sich in der Regel auf den vollständigen Bericht der Revisionsstelle. Sie kann von der Revisionsstelle ergänzende Auskünfte verlangen und Einsicht in deren Prüfunterlagen nehmen, eigene

Prüfungen vornehmen oder solche durchführen lassen. Sie kann jederzeit Inspektionen und Prüfungen vor Ort durchführen.[34]

4) Jede Änderung der Statuten und Reglemente, insbesondere jede Änderung der Beiträge der Versicherten, ist der Aufsichtsbehörde vorgängig zur Kenntnis zu bringen. Die Aufsichtsbehörde kann von der Krankenkasse verlangen, dass sie ihre Statuten, Reglemente oder Beiträge der Versicherten ändert, wenn diese gesetzlichen Bestimmungen widersprechen.[35]

5) Die Regierung kann mit ausländischen Aufsichtsbehörden Vereinbarungen über die Aufsicht von ausländischen Kassen abschliessen. Besteht aufgrund solcher Vereinbarungen Gewähr für die Einhaltung bestimmter Vorschriften, kann die Regierung für ausländische Kassen eine vereinfachte Aufsicht vorsehen.[36]

6) Kommt eine Kasse den gesetzlichen Vorschriften oder den Weisungen der Aufsichtsbehörde nicht nach, kann ihr die Regierung die Staatsbeiträge ganz oder teilweise sperren oder aberkennen. In schweren Fällen kann die Regierung die Anerkennung entziehen.[37]

Art. 4b[38]

Statistik

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, Medikamente, 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.

2) Die Statistik nach Abs. 1 stützt sich insbesondere auf:

a) die Jahresrechnungen und die nach dem Gesetz zu liefernden statistischen Angaben der Kassen;

b) die vom Kassenverband nach Art. 19 Abs. 2a erstellte Statistik der Behandlungskosten;

c) die statistischen Angaben, welche gestützt auf das Statistikgesetz bei den Leistungserbringern und anderen Institutionen im Gesundheitswesen erhoben werden.

3) Zu diesem Zweck weist das Amt für Gesundheit in Absprache mit dem Amt für Statistik die Kassen und die Leistungserbringer an, wie Daten zu erfassen und für statistische Erhebungen bereitzuhalten und bis zu welchem Datum diese abzuliefern sind. Es berücksichtigt dabei die Anforderungen der Gesetzgebung über den Datenschutz, insbesondere ist die Anonymität des Versicherten zu wahren.

Art. 4c[39]

Kontrolle der Verwaltungskosten

1) Die Kassen haben die Verwaltungskosten für die Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken.

2) Die Regierung kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen.

Art. 5[40]

Schweigepflicht

Die Mitglieder der Organe und die Angestellten der Kassen und des Kassenverbandes haben über die Wahrnehmungen bei ihren dienstlichen Verrichtungen Dritten gegenüber Verschwiegenheit zu wahren.

Art. 6

Steuerfreiheit

1) Die Kassen und der Kassenverband sind von der Pflicht zur Entrichtung der Vermögens- und Erwerbssteuer bzw. der Ertragssteuer befreit und dürfen auch von den Gemeinden mit keinen Steuern belastet werden.[41]

2) Urkunden und Registerauszüge, die der Durchführung der Versicherung dienen, sind von öffentlichen Gebühren befreit.

2. Teil
Versicherte Personen

Art. 7

Obligatorische Versicherung

1) Obligatorisch versichert sind:

a) für Krankenpflege: Personen, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben, mit Ausnahme der Grenzgänger;

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.[42]

2) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Versicherungspflicht, namentlich der kurzfristig oder unregelmässig beschäftigten Personen.

Art. 8

Freiwillige Versicherung

1) Obligatorisch Versicherte können sich für Leistungen, die über den Rahmen der Pflichtversicherung hinausgehen, freiwillig versichern.

2) In Liechtenstein wohnhafte über 15jährige Personen, die für Krankengeld nicht obligatorisch versichert sind, können sich hiefür freiwillig versichern.

Kassenmitgliedschaft

Art. 9

a) Erwerb

1) Die Kassen haben Personen im Sinne von Art. 7 ohne Rücksicht auf das Alter, den Gesundheitszustand oder eine allfällige Schwangerschaft für die in diesem Gesetz umschriebenen Leistungen zu versichern. Für die freiwilligen Versicherungen gemäss Art. 8 besteht keine Pflicht zur Aufnahme. Die Kassen können bei freiwilligen Versicherungen für die Auf-

nahme Altersgrenzen vorsehen oder Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen oder vorher bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen; der Vorbehalt fällt jedoch spätestens nach fünf Jahren dahin.[43]

1a) Die Kassen müssen Bewerber, die das 64. Altersjahr noch nicht vollendet haben, in die freiwillige Versicherung nach Art. 16 Abs. 2 aufnehmen.[44]

2) Die Wahl der Kasse ist unter Vorbehalt arbeitsrechtlicher Regelungen frei.

3) Der Versicherungsschutz ist dem in die Kasse Aufgenommenen vom ersten Tag der Mitgliedschaft an zu gewähren. Vorbehalten bleibt Art. 15 Abs. 1.

Art. 10

b) Änderung der Versicherungsart und Freizug

Die einzelne Kasse hat:

a) obligatorisch oder freiwillig Versicherte, die aus einer Kollektivversicherung ausscheiden, aber im Tätigkeitsbereich der Kasse verbleiben, in die Einzelversicherung aufzunehmen und ihnen den bisherigen Leistungsumfang zu wahren;

b) obligatorisch Versicherte, die aus einer anderen Kasse ausscheiden, in die obligatorische Versicherung aufzunehmen;[45]

c) freiwillig Versicherte, die aus einer anderen Kasse ausscheiden, aufzunehmen und im Rahmen ihrer Statuten und Reglemente in dem Umfange zu versichern, in dem sie vorher versichert waren.[46]

Art. 11

Erfassung der Versicherungspflichtigen

1) Das Amt für Gesundheit überwacht die Erfassung der obligatorisch Versicherten. Es ordnet die Art und Weise der Erfassung an. Die Arbeitgeber, Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsträger haben dabei eine Melde- und Kontrollpflicht.[47]

2) Das Amt für Gesundheit weist nötigenfalls Versicherungspflichtige nach einem durch Verordnung festzulegenden Schlüssel den einzelnen Kassen zu. Es hat von der Zuweisung abzusehen, wenn sich der Pflichtige darüber ausweist, dass er bei einer anderen Versicherungseinrichtung zu den

gesamten gemäss diesem Gesetz obligatorisch vorgeschriebenen Leistungen versichert ist.[48]

3. Teil
Leistungen

Art. 12[49]

Versichertes Risiko

1) Die Leistungen sind den obligatorisch und freiwillig Versicherten bei Krankheit und Unfall zu gewähren. Vorbehalten bleiben die Abs. 2 und 3.

2) Personen, die gesetzlich gegen die Folgen von Unfall versichert sind, haben bei Unfall keinen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung.

3) Wenn bei einem Unfall eine andere Versicherung leistungspflichtig ist, aber die Leistungspflicht bestreitet, so gewährt die Kasse ihre Leistungen. Im Umfange der erbrachten Leistungen tritt die Kasse von Gesetzes wegen in die Ansprüche des Versicherten gegen die andere Versicherung und gegen sonstige Dritte, die für den Unfall haften, ein. Die Kosten für die Geltendmachung dieser Ansprüche dürfen dem Versicherten nicht belastet werden.

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.[50]

4) Die Kassen sind befugt, aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse im Sinne der Bestimmungen über die obligatorische Unfallversicherung auszuschliessen. Für den Fall einer grobfahrlässigen Herbeiführung eines Unfalles durch den Versicherten kann die Kürzung der Leistungen, für den Fall einer absichtlichen Herbeiführung die Verweigerung der Leistungen vorgesehen werden.

5) Mutterschaft ist der Krankheit gleichgestellt.

Art. 13

Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung[51]

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung umfassen:[52]

a) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant durch den Arzt, den Chiropraktor oder auf ärztliche Verordnung durch Personen, die einen anderen Gesundheitsberuf ausüben, oder Einrichtungen des Gesundheitswesens im nicht stationären Bereich (Spitex) erbracht werden mit Einschluss der von einem Arzt verordneten Arzneimittel, Medizinprodukte und Analysen;[53]

b) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die stationär oder ambulant in Einrichtungen des Gesundheitswesens erbracht werden, sowie bei stationärer Behandlung in Spitälern die Kosten für Verpflegung und Unterkunft nach dem Grundangebot des Spitals;[54]

c) einen Kurbeitrag an ärztlich verordnete Badekuren;[55]

d) durch Krankentransportunternehmungen ausgeführte Krankentransporte, sofern diese wegen des Zustandes des Versicherten medizinisch notwendig sind;[56]

e) Aufgehoben[57]

2) Die Leistungen sind unter Vorbehalt der Beiträge an Badekuren ohne zeitliche Beschränkung zu entrichten.[58]

3) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Voraussetzungen und den Umfang der Leistungen; sie kann die Kassen zur Übernahme bestimmter präventivmedizinischer Massnahmen verpflichten und die Leistungspflicht für Versicherte im Ausland einschränken oder näher regeln.[59]

Art. 14

Krankengeld[60]

1) Den obligatorisch Versicherten ist bei ärztlich oder chiropraktorisch 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 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt worden ist und der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt, jedenfalls aber vom Zeitpunkt des Bezuges einer ganzen Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung an.[61]

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.[62]

3) Das Krankengeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 % des bis anhin bezogenen AHV-pflichtigen Lohnes einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % wird das Krankengeld entsprechend gekürzt. Die Regierung setzt auf dem Verordnungswege den Höchstlohn für die obligatorische Versicherung fest und passt ihn jeweils der allgemeinen Lohnentwicklung an.[63]

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.[64]

5) Das Krankengeld ist ohne Rücksicht auf den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses auszuzahlen.[65]

6) Den freiwillig Versicherten ist bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit mindestens während der in Abs. 1 umschriebenen Dauer das nach den Statuten und Reglementen versicherte Krankengeld zu gewähren.[66]

7) Kinder dürfen bis zum vollendeten 15. Altersjahr nicht für Krankengeld versichert sein.[67]

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.[68]

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 vermittlungsfähig ist. Der Arbeitslose hat sich innert 30 Tagen bei der Krankenkasse anzumelden.[69]

9) Die Regierung kann die Leistungspflicht für Versicherte im Ausland einschränken oder ausschliessen.[70]

Art. 15

Leistungen bei Mutterschaft

1) Wöchnerinnen sind die Leistungen gemäss Art. 13 und 14 zu gewähren, wenn sie bis zum Tage der Niederkunft während wenigstens 270 Tagen, ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten, Kassen angehört haben.

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.[71]

3) Die Geburtshilfe durch Arzt und Hebamme sowie die nötigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von zehn Wochen nach der Niederkunft gehören zur Krankenpflege.

4) Die Kosten der Pflege und Behandlung des Kindes in einer Heilanstalt innerhalb von zehn Wochen nach der Geburt sind im Rahmen von Art. 13 von der Kasse der Mutter zu übernehmen.

5) Den Versicherten steht es frei, sich zu Hause oder in einer Heilanstalt entbinden zu lassen.

6) Die Regierung kann Vorschriften erlassen über die Krankengeldberechtigung von Wöchnerinnen, die ihre Erwerbstätigkeit vorzeitig aufgeben.

Art. 16

Leistungen der freiwilligen Versicherungen[72]

1) Die Kassen können im Rahmen der Statuten und Reglemente für nicht obligatorisch versicherte Leistungen (Zusatzleistungen bei ambulanter und stationärer Behandlung, Zahnpflege, Krankentransporte, Medizinprodukte und dergleichen) freiwillige Versicherungen anbieten. Sie können die freiwilligen Versicherungen auch Personen anbieten, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach diesem Gesetz bei einer anderen Kasse abgeschlossen haben.[73]

2) Aufgehoben[74]

Art. 16a

Leistungserbringer[75]

1) Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die einen anderen Gesundheitsberuf ausüben, sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens und Krankentransportunternehmungen erbracht.[76]

1a) Im Verhältnis zu den Krankenkassen und zum Kassenverband ist der Arzt, der Chiropraktor oder die Person, die einen anderen Gesundheitsberuf ausübt, der Leistungserbringer, auch wenn er für eine Ärzte- oder Gesundheitsberufegesellschaft handelt. In der Leistungsabrechnung muss die zugelassene Person angegeben sein.[77]

1b) Im Verhältnis zu den Krankenkassen und zum Krankenkassenverband haften der Leistungserbringer und die Ärzte- oder Gesundheitsberufegesellschaft solidarisch.[78]

2) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Leistungserbringer zugelassenen Gesundheitsberufe im Sinne des Gesundheitsgesetzes.[79]

3) Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben und ambulante Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem Anstellungsverhältnis erbringen, müssen persönlich zur Krankenversicherung zugelassen sein. In der Leistungsabrechnung muss die zugelassene Person angegeben sein.[80]

4) Die Regierung erlässt nähere Vorschriften über die Zulassung von Einrichtungen des Gesundheitswesens der akuten Krankenpflege und Rehabilitation (Spitäler), der Pflege und medizinischen Betreuung von

Langzeitpatienten (Pflegeheime) sowie anderer von der Regierung bezeichnete Einrichtungen des Gesundheitswesens.[81]

Art. 16b

Bedarfsplanung[82]

1) Die Liechtensteinische Ärztekammer (Ärztekammer) und der Kassenverband erstellen gemeinsam eine Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Bedarfsplanung hat einerseits den Versicherten eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten und ihnen eine angemessene Auswahl an Grundversorgern und Spezialärzten im Inland und wenn nötig auch im Ausland zu ermöglichen. Sie soll andererseits eine Überversorgung vermeiden. Die Bedarfsplanung bestimmt auch den Bedarf an Geräten und Einrichtungen der Spitzenmedizin. Die Bedarfsplanung bedarf der Genehmigung der Regierung und hat allgemeinverbindliche Wirkung. Die Regierung holt vorgängig eine Stellungnahme der Landesgesundheitskommission ein. Kommt keine gemeinsame Bedarfsplanung zustande, erstellt die Regierung die Bedarfsplanung.[83]

2) Die Ärztekammer und der Kassenverband entscheiden gemeinsam über die Besetzung einer aufgrund der Bedarfsplanung freien Stelle sowie darüber, welche Leistungserbringer Geräte und Einrichtungen der Spitzenmedizin, die der Bedarfsplanung unterliegen, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung benützen dürfen. Sie legen in einer Vereinbarung die Kriterien fest, welche für die Reihung von mehreren Bewerbern zu beachten sind. Die Kriterien berücksichtigen insbesondere die fachliche Eignung der Bewerber sowie die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen; sie sind in geeigneter Form zu veröffentlichen. Ergibt sich aufgrund der Kriterien kein oder nur ein geringer Unterschied zwischen Bewerbern, entscheiden die beteiligten Organisationen nach einer mündlichen Anhörung der Bewerber. Kommt keine Vereinbarung über Reihungskriterien zustande, legt die Regierung die Kriterien fest.[84]

3) Kommt zwischen Kassenverband und Ärztekammer keine Einigung zustande, entscheidet eine aus je zwei Vertretern des Kassenverbandes und der Ärztekammer sowie einem neutralen Vorsitzenden bestehende Schiedskommission über die Besetzung einer freien Stelle beziehungsweise über die Zulassung von Geräten und Einrichtungen der Spitzenmedizin. Können sich der Kassenverband und die Ärztekammer nicht auf den Vorsitzenden einigen, erfolgt die Bestellung auf Antrag durch das Landgericht. Im Übrigen sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung über das Schiedsverfahren sinngemäss anwendbar.[85]

4) Der Entscheid über die Besetzung einer Stelle gemäss Abs. 2 und 3 ist allen Bewerbern schriftlich zu eröffnen. Bei Streitigkeiten findet Art. 28 Anwendung.

5) Die Regierung kann durch Verordnung auch für andere Leistungserbringer eine Bedarfsplanung einführen. Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 4 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 bis 3.

Art. 16c

Tarife und Preise[86]

1) Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Tarifen und Preisen. Diese werden 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.[87]

2) Leistungserbringer, die nicht Mitglied eines am Vertrag beteiligten Verbandes sind, haben einen angemessenen, im Vertrag festzulegenden Beitrag an die Kosten des Vertragsschlusses und der Durchführung zu leisten.[88]

3) Für bestimmte Leistungen oder Behandlungen, insbesondere für technisch-apparative Leistungen sowie für Laborleistungen im Praxislabor des Arztes, legen die Tarifpartner (Art. 3 Abs. 2) vertraglich Kostensätze fest, die namentlich dem Zeitaufwand für die Leistungen sowie einer angemessenen Investition, Amortisation und Auslastung bei technisch-apparativen Einrichtungen Rechnung tragen.[89]

4) Die Regierung kann nach Anhören des Kassenverbandes und der betroffenen Leistungserbringer eine bestimmte Tarifart und eine bestimmte Tarifstruktur vorschreiben oder Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Sie kann sich an Tarifverhandlungen vertreten lassen.[90]

5) Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung der Regierung. Diese prüft, ob die abgeschlossenen Vereinbarungen dem Gebot der Wirtschaft-

lichkeit und Billigkeit, den Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie den übrigen Bestimmungen des Gesetzes entsprechen.[91]

5a) Der Kassenverband macht die von der Regierung genehmigten Tarifverträge auf geeignete Weise öffentlich zugänglich.[92]

6) Kommt zwischen dem Kassenverband und den Verbänden von Leistungserbringern kein Tarifvertrag zustande oder können sie sich nicht auf die Erneuerung eines bestehenden Tarifvertrages einigen, so legt die Regierung nach Anhören der Verbände mit Verordnung den Tarif für die Vergütung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie weitere Bedingungen und Auflagen für die Abrechnung mit den Kassen fest; die Regierung setzt den Verbänden vorgängig eine Frist von höchstens zwölf Monaten für den Abschluss eines Tarifvertrages. Sie kann ihre Regelung befristen.[93]

6a) Erweist sich ein bestehender Tarifvertrag als nicht mehr sachgerecht, fordert die Regierung die Tarifpartner auf, binnen einer Frist von höchstens zwölf Monaten Anpassungen vorzunehmen und zur Genehmigung vorzulegen. Kommen die Tarifpartner der Aufforderung nicht fristgerecht oder nicht hinreichend nach, kann die Regierung nach Anhören der Tarifpartner mit Verordnung Anpassungen vornehmen.[94]

7) Die Regierung schliesst nach Anhören der Ärztekammer die Tarifverträge mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens ab, welche für die Versorgung der Versicherten nötig sind. Sie kann den Abschluss von Verträgen mit Pflegeheimen oder anderen von der Regierung bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens dem Kassenverband übertragen. Einrichtungen des Gesundheitswesens, die mit der Regierung oder mit dem Kassenverband einen Tarifvertrag abgeschlossen haben, gelten als zugelassene Leistungserbringer.[95]

7a) Die Tarifpartner und die Regierung achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.[96]

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 und unter diesen jene Analysen, für die der Tarif im Tarifvertrag mit dem Kassenverband festgesetzt werden kann.[97]

Art. 16d[98]

Verträge mit Leistungserbringern

1) Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind nur jene Leistungserbringer zugelassen, welche sich in einem schriftlichen Vertrag mit dem Kassenverband verpflichten, den vom betreffenden Berufsverband abgeschlossenen Tarifvertrag und allfällige Tarifregelungen der Regierung zu beachten. Die Verträge sind zeitlich zu befristen.

2) Alle gestützt auf die Bedarfsplanungen nach Art. 16b zugelassenen Leistungserbringer müssen innert drei Monaten ab Zustellung des Zulassungsentscheides dem geltenden Tarifvertrag und den Tarifregelungen beitreten. Nach unbenütztem Ablauf dieser Frist verlieren sie ihre Zulassung. Alle in Liechtenstein zugelassenen Leistungserbringer von Berufsgruppen, die nicht einer Bedarfsplanung nach Art. 16b unterstehen, können den für die betreffende Berufsgruppe bestehenden Tarifverträgen und Tarifregelungen beitreten.

3) Für bereits zugelassene Leistungserbringer, die das 64. Altersjahr vollendet haben, entfällt der Anspruch auf den Abschluss oder die Verlängerung eines Vertrages mit dem Kassenverband. Der Kassenverband kann den Vertrag nach vorgängiger Zustimmung durch den entsprechenden Berufsverband der Leistungserbringer frühestens auf das Ende des Monats, in welchem die Altersgrenze erreicht wird, unter Beachtung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten kündigen.

4) Sieht eine Bedarfsplanung den Einbezug von Leistungserbringern im Ausland vor oder ist bei anderen nach Art. 16a zugelassenen Berufen eine ausreichende Versorgung im Inland nicht gewährleistet, schliesst der Kassenverband im Einvernehmen mit dem betreffenden liechtensteinischen Berufsverband mit Leistungserbringern im Ausland einen Tarifvertrag ab. Kann sich der Kassenverband mit dem betreffenden Verband der Leistungserbringer nicht einigen, entscheidet die Regierung, ob und mit welchen Leistungserbringern im Ausland ein Tarifvertrag abzuschliessen ist. Die Leistungserbringer im Ausland haben keinen Anspruch auf den Abschluss eines Vertrages.

5) Der Kassenverband publiziert die Liste jener Leistungserbringer, mit welchen er einen Vertrag abgeschlossen hat (zugelassene Leistungserbringer).

Art. 16e[99]

Verträge für Leistungen der freiwilligen Versicherungen

Die Kassen können mit Leistungserbringern Verträge über die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der freiwilligen Versicherungen abschliessen. Solche Verträge gelten nicht als Tarifverträge im Sinne von Art. 16c und 16d und begründen keinen Anspruch auf Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 16f[100]

Versorgungsnetze

1) Der Kassenverband kann mit zugelassenen Leistungserbringern, die sich zu einem Versorgungsnetz zusammenschliessen, einen Versorgungsvertrag abschliessen, in welchem die Leistungserbringer eine Mitverantwortung für die Kosten der im Versorgungsnetz selber und der bei anderen Leistungserbringern veranlassten Leistungen übernehmen.

2) Im Versorgungsnetz verpflichten sich Ärzte in Form eines schriftlichen Vertrages, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in gegenseitiger Abstimmung und Koordination mit anderen Leistungserbringern zu erbringen. Ein Versorgungsnetz kann neben Ärzten auch andere zugelassene Leistungserbringer umfassen.

3) Der Beitritt zu einem Versorgungsnetz steht allen Versicherten offen. Mit dem Beitritt verpflichten sich die Versicherten, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen des Versorgungsnetzes zu beanspruchen und mit Ausnahme von Notfällen Leistungserbringer ausserhalb des Versorgungsnetzes nur gestützt auf die Zuweisung durch einen Arzt des Versorgungsnetzes aufzusuchen. Die Kassen regeln in ihren Statuten und Reglementen die Versicherungsbedingungen im Einzelnen. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen vollständig gewährleistet sein.

4) Der Versorgungsvertrag zwischen dem Versorgungsnetz und dem Kassenverband bedarf der Genehmigung der Regierung. Diese hört vorgängig die Ärztekammer an.

Art. 17

Verbot der Überversicherung

1) Den Versicherten darf aus den Leistungen kein Gewinn erwachsen.

2) Als Versicherungsgewinn gelten Leistungen, die den vollen entgehenden Verdienst und anderweitig nicht gedeckte krankheitsbedingte Kosten übersteigen.

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.[101]

Wahl der Leistungserbringer[102]

Art. 18[103]

a) Grundsatz

1) In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steht den Versicherten die Wahl unter den für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten zugelassenen Leistungserbringern frei.

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.[104]

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.[105]

3) Wählt ein Versicherter für eine stationäre Behandlung, die auch in einem Vertragsspital angeboten wird, ein Spital, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, vergütet die Kasse als obligatorisch versicherte Leistung die auf ihre Rechnung entfallenden Kosten nach dem Tarifvertrag mit einem für die Behandlung geeigneten Spital. Die im Tarifvertrag vorgesehenen Beiträge

des Staates werden nicht ausgerichtet. Diese sind vom Versicherten oder seiner Zusatzversicherung zu tragen.

4) Die Regierung erlässt mit Verordnung Bestimmungen über die Vergütung von Leistungen, die aus medizinischen Gründen durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, erbracht werden müssen. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern nicht erbracht werden können.

Art. 18a[106]

b) Arztwechsel während eines Krankheitsfalles

1) Der Versicherte darf für den gleichen Krankheitsfall nur auf Zuweisung des von ihm zuerst gewählten Arztes einen anderen Arzt aufsuchen. Der zuerst gewählte Arzt weist den Versicherten an einen anderen Arzt weiter, wenn dies nach seiner Beurteilung medizinisch indiziert ist. Der Versicherte teilt dem Arzt den Abbruch der Behandlung mit, wenn er die Behandlung bei einem anderen Arzt fortsetzen will. Die Mitteilung muss vor der Wahl eines neuen Arztes erfolgen.

2) Wählt der Versicherte ohne Zuweisung des von ihm zuerst gewählten Arztes oder ohne Mitteilung des Abbruches der Behandlung an den bisher gewählten Arzt für den gleichen Krankheitsfall einen anderen Arzt oder lässt er sich in einem Spital ohne diese Zuweisung ambulant behandeln, entrichtet die Kasse dem Versicherten nur die Hälfte der Vergütung, welche dem Arzt oder dem Spital bei einer Behandlung nach Abs. 1 geschuldet wäre.

3) Der Kassenverband und die Ärztekammer vereinbaren im Tarifvertrag, wie die Einhaltung von Abs. 1 überprüft wird, und umschreiben, unter welchen Voraussetzungen ein neuer Krankheitsfall anzunehmen ist.

Art. 19

Wirtschaftlichkeit der Behandlung[107]

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 zu dokumentieren. Die Regierung regelt das Nähere über die Prüfungs- und Dokumentationspflicht mit Verordnung.[108]

2) Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Zu Unrecht bezahlte Vergütungen können zurückgefordert werden.[109]

2a) Die Kassen melden dem Kassenverband nach dessen Vorgaben für jedes Kalenderjahr die an die einzelnen Leistungserbringer erbrachten Kostenvergütungen in der obligatorischen und den freiwilligen Versicherungen für Krankenpflege. Der Kassenverband fasst diese Angaben zu einer Statistik der Behandlungskosten zusammen. Er achtet dabei auf eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit entsprechenden Statistiken im Ausland. Der Kassenverband fasst zusätzlich die Angaben der Kassen für jeden Leistungserbringer zusammen.[110]

2b) Der Kassenverband überprüft gestützt auf die Angaben der Kassen nach Abs. 2a, ob die Leistungserbringer den Grundsatz von Abs. 1 beachtet haben. Bestehen diesbezüglich Zweifel, so prüft der Kassenverband anhand der Patientendossiers und der Rechnungen des jeweiligen Leistungserbringers die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen. Der Kassenverband wird dabei bei Bedarf von der Ärztekammer fachlich unterstützt.[111]

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 Abs. 4 Anwendung.[112]

2d) Der Kassenverband stellt jährlich das Gesamtergebnis und eine Zusammenfassung für jeden Leistungserbringer der Regierung zur Festlegung und Überprüfung der Kostenziele im Sinne von Art. 19b zur Verfügung. Er informiert die Regierung zudem halbjährlich schriftlich umfassend über den Stand aller laufenden und sich in Vorbereitung befindlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen.[113]

3) Die Leistungserbringer müssen dem Versicherten und seiner Kasse Vergünstigungen weitergeben, die ihnen[114]

a) andere in ihrem Auftrag tätige Leistungserbringer gewähren;[115]

b) Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung zählende Medizinprodukte liefern.[116]

3a) Die Regierung kann von den Ärzten eine vollständige Auskunft über die Preise beim Einkauf von Medikamenten und über direkt und indirekt erhaltene Vergünstigungen verlangen. Sie kann nach Anhören des Kassenverbandes und der Ärztekammer Bestimmungen über die Weiter-

gabe von betriebswirtschaftlich nicht gerechtfertigten Vergünstigungen und Rabatten, welche Ärzten bei der Lieferung von Medikamenten gewährt werden, festlegen.[117]

4) Die Tarifverträge sehen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Für Streitigkeiten über die Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen im Sinne von Abs. 2 vereinbaren die Tarifpartner ein aussergerichtliches Schiedsverfahren, welches vor Anrufung des Schiedsgerichts nach Art. 28 durchgeführt werden muss.[118]

5) Dem Versicherten ist durch die Krankenkassen eine detaillierte Abrechnung zuzustellen. Die Regierung umschreibt mit Verordnung die Angaben, die in der Abrechnung enthalten sein müssen.[119]

Art. 19a

Qualitätssicherung[120]

1) Die Leistungserbringer vereinbaren mit dem Kassenverband Massnahmen zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen für Krankenpflege sowie über den Informationsaustausch zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung.[121]

2) Kommen die Vereinbarungen nicht zustande, erlässt die Regierung die nötigen Bestimmungen zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen für Krankenpflege sowie über den Informationsaustausch zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Regierung sorgt in den Vereinbarungen mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Sicherung der Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen für Krankenpflege.[122]

Art. 19b[123]

Festlegung von Kostenzielen

1) Die Regierung legt nach Anhören der Kosten- und Qualitätskommission (Abs. 4) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung Kostenziele 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 Kassen und Leistungserbringer dies begründen. Gestützt darauf entscheidet die Regierung, ob der Vergütungs-

satz des geltenden Tarifes für die betreffende Kategorie oder Fachrichtung von Leistungserbringern künftig zu kürzen ist.

3) Ergibt die Überprüfung der Kostenziele und der Massnahmen zur Qualitätssicherung, dass nur einzelne Leistungserbringer diese nicht eingehalten haben oder dass vor allem einzelne Leistungserbringer die Kostenziele im Vergleich zu anderen Leistungserbringern der gleichen Kategorie oder der gleichen Fachrichtung in erheblichem Masse überschritten haben, weist die Regierung den Kassenverband an, bei den betreffenden Leistungserbringern die zu Unrecht bezahlten Vergütungen gestützt auf Art. 19 Abs. 2 zurückzufordern.

4) Die Regierung bestellt eine Kosten- und Qualitätskommission. Die Kommission berät die Regierung bei den Entscheiden über die Festlegung und die Überprüfung der Kostenziele. Das Nähere regelt die Regierung durch Verordnung.

Art. 19c[124]

Ausschluss von Leistungserbringern

Der Kassenverband kann beim Schiedsgericht nach Art. 28 unter Angabe der Gründe den Ausschluss eines Leistungserbringers aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beantragen, 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.

Art. 20

Vertrauensärzte[125]

1) Die Kassen haben Vertrauensärzte insbesondere zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu bestellen.[126]

2) Leistungserbringer haben den Vertrauensärzten die notwendigen Angaben zu machen.[127]

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 die Ärztekammer und Kassenverband hierüber nicht einigen können.[128]

Art. 20a[129]

Auskunftspflicht der Leistungserbringer

Leistungserbringer 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 bekannt zu geben.

Art. 20b[130]

Versichertenkarte

1) Die Kassen geben jedem Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Dauer des Versicherungsverhältnisses eine elektronisch lesbare und mit einer Identifikationsnummer versehene Versichertenkarte ab. Die Kassen und die zugelassenen Leistungserbringer müssen die nötige Einrichtung beschaffen, um diese Karte benützen zu können.

2) Die Regierung bestimmt mit Verordnung diejenigen Daten, welche mit der Versichertenkarte elektronisch abgerufen werden können und legt deren Zugriffsberechtigung fest. Die Versichertenkarte kann auch besonders schützenswerte Personendaten, insbesondere Gesundheitsdaten und Persönlichkeitsprofile, umfassen, sofern der Versicherte dazu seine Zustimmung erteilt hat.

3) Die Daten der Versichertenkarte sind nach allgemein anerkannten Normen zu schützen und zu sichern. Die Regierung trifft die erforderlichen Anordnungen.

Art. 20c[131]

Gesundheitsförderung und Prävention

Die Regierung kann die Kassen für die Durchführung von Aufgaben der Gesundheitsförderung und der Prävention im Sinne des Gesundheitsgesetzes beiziehen. Sie kann die Kassen insbesondere verpflichten, sich an der

Durchführung und der Finanzierung von Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zu beteiligen.

4. Teil
Finanzierung

Finanzierung der Kassen

Art. 21

1. Allgemeines

Die Aufwendungen der Kassen werden finanziert aus:

a) den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber;

b) den Kostenbeteiligungen der Versicherten;

c) den Beiträgen des Staates.

Art. 22

2. Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber[132]

1) Die Kassen haben getrennte Beiträge festzulegen für:[133]

a) die obligatorisch versicherten Leistungen bei Krankenpflege (Art. 13) durch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer;[134]

b) das obligatorisch versicherte Krankengeld (Art. 14);[135]

c) das freiwillig versicherte Krankengeld (Art. 14 Abs. 6);[136]

d) die freiwilligen Versicherungen für Krankenpflegeleistungen (Art. 16).[137]

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.[138]

2) Die Beiträge sind jeweils so zu bemessen, dass für jeden Versicherungszweig gemäss Abs. 1 unter Berücksichtigung der übrigen Einnahmequellen die jährlichen Aufwendungen für Versicherungsleistungen und Verwaltungskosten gedeckt und die nötigen Vermögensreserven gebildet werden können.[139]

2a) Für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland können die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Versicherungen für Krankenpflege so bemessen werden, dass unter Berücksichtigung der übrigen Einnahmequellen die jährlichen Aufwendungen für die Versicherungsleistungen und die Verwaltungskosten dieser Versicherten gedeckt und die nötigen Vermögensreserven gebildet werden können.[140]

3) Für Versicherte bis zum vollendeten 16. Altersjahr (Kinder) werden für die obligatorische Krankenpflegeversicherung keine Beiträge erhoben. Für Versicherte, die sich verpflichten, die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen eines Versorgungsnetzes im Sinne von Art. 16f zu beanspruchen, können die Kassen die Beiträge reduzieren. Die Reduktion richtet sich grundsätzlich nach der erzielten Kosteneinsparung im Vergleich zu den Kosten für die nicht im Rahmen eines Versorgungsnetzes betreuten Versicherten.[141]

4) Die Beiträge für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind in festen Beträgen, jene für die freiwilligen Versicherungen für Krankenpflegeleistungen und das Krankengeld in festen Beträgen oder in Prozenten des versicherten Lohnes zu erheben.[142]

5) Die Beiträge der Versicherten dürfen unter Vorbehalt von Abs. 6 weder nach dem Alter noch nach dem Geschlecht abgestuft werden. Die Beiträge für die freiwilligen Versicherungen können nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.[143]

6) Für Versicherte nach dem vollendeten 16. Altersjahr bis zum vollendeten 20. Altersjahr dürfen die Beiträge höchstens die Hälfte derjenigen der erwachsenen Versicherten betragen.[144]

7) Die Kassen können in Kollektivversicherungen die Beiträge für das Krankengeld und für die Zusatzversicherungen abweichend von jenen der Einzelversicherung festlegen. 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.[145]

8) 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, spätestens auf das Ende des jeweiligen Kalenderquartals, der Kasse zu entrichten. Das Amt für Gesundheit bestimmt gestützt auf den Landesdurch-

schnitt 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.[146]

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.[147]

3. Kostenbeteiligung der Versicherten[148]

Art. 23

a) Obligatorische Kostenbeteiligung[149]

1) Die Versicherten, die das 20. Altersjahr erfüllt haben, müssen für die obligatorischen Leistungen bei Krankenpflege eine Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages pro Kalenderjahr von 200 Franken und in Form eines Selbstbehaltes von 10 % der den festen Jahresbetrag übersteigenden Kosten entrichten. Der Selbstbehalt ist bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 600 Franken zu entrichten.[150]

2) Die in Abs. 1 erwähnten Beträge für den festen Jahresbetrag und den jährlichen Höchstbetrag werden für Versicherte nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters auf die Hälfte reduziert.[151]

3) Versicherte, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, entrichten keine Kostenbeteiligung.[152]

4) Für Leistungen bei Mutterschaft und bei Vorsorgeuntersuchungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Die Regierung kann für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung bis zum doppelten Betrag erhöhen. Sie kann für bestimmte Leistungen, insbesondere bei Chronischkranken, die Kostenbeteiligung senken oder ganz aufheben.[153]

5) Die Regierung wird ermächtigt, die Kostenbeteiligung durch Verordnung der Teuerung anzupassen.[154]

Art. 23a[155]

b) Freiwillige Kostenbeteiligung

1) Die Kassen können den Versicherten eine zusätzliche Kostenbeteiligung in Form eines höheren festen Jahresbetrages anbieten, wenn dieses

Angebot für alle Versicherten gilt und wenn sie gleichzeitig die Beiträge nach Art. 22 angemessen reduzieren. Der feste Jahresbetrag darf höchstens 1 500 Franken betragen. Die Staatsbeiträge nach Art. 24a und die Arbeitgeberbeiträge nach Art. 22 Abs. 8 werden durch die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung nicht berührt.

2) Die Regierung wird ermächtigt, durch Verordnung die maximale Höhe des festen Jahresbetrages der Teuerung anzupassen und den Umfang der Beitragsreduktion angemessen zu begrenzen.

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

4. Beiträge des Staates[156]

Art. 24

a) Grundsatz[157]

1) Der Staat beteiligt sich an den Kosten der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens insbesondere durch Beiträge an:[158]

a) die Kassen zur Mitfinanzierung der obligatorisch versicherten Krankenpflegeleistungen;[159]

b) einkommensschwache Versicherte;[160]

c) Spitäler im Rahmen von Leistungsaufträgen und Tarifvereinbarungen.[161]

2) Die Beiträge des Staates werden aus den allgemeinen Staatsmitteln aufgebracht. Die Regierung regelt die Einzelheiten mit Verordnung.[162]

Art. 24a

b) Beiträge an die obligatorische Krankenpflegeversicherung[163]

1) Der Staat übernimmt 90 % der im Landesdurchschnitt errechneten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Kinder.[164]

2) Für die übrigen Versicherten leistet der Staat einen Beitrag. Dieser wird vom Landtag auf Antrag der Regierung pro Bemessungsjahr jeweils bis spätestens im Juni des Vorjahres festgelegt. 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.[165]

3) Die Kassen können den Anspruch auf die Beiträge zweimal pro Jahr geltend machen. Die Regierung bestimmt durch Verordnung den Inhalt der Angaben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch die Revisionsstelle zu bestätigen.[166]

Art. 24b

c) Beiträge an einkommensschwache Versicherte[167]

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.[168]

2) Die Beiträge zur Prämienverbilligung richten sich nach der im Landesdurchschnitt errechneten Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sie betragen:

a) bei einem Erwerb unter 30 000 Franken: 60 % des Prämienanteils des Versicherten;

b) bei einem Erwerb von 30 001 bis 45 000 Franken: 40 % des Prämienanteils des Versicherten.[169]

2a) Bei Ehegatten erhöhen sich die Erwerbsgrenzen um 20 %.[170]

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.[171]

3a) Leistungen der sozialen Einrichtungen für die obligatorische Krankenversicherungsprämie sind anzurechnen.[172]

4) Die Beiträge werden auf Antrag der Versicherten durch das Amt für Gesundheit ausgerichtet.[173]

5) Die Regierung trifft durch Verordnung Regelungen über:[174]

a) Abweichungen vom Erwerb nach Abs. 1 bei ausserordentlichen Abzügen vom Erwerb bei der Steuerveranlagung;[175]

b) die Einkommensgrenzen für den Anspruch auf Beiträge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland;[176]

c) die Koordination mit den Ergänzungsleistungen zugunsten von Rentnern der AHV und der IV;[177]

d) die Durchführung der Prämienverbilligung und die Mitwirkung der Gemeinden.[178]

6) Personen, die in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen, sind den Ehegatten gleichgestellt.[179]

5. Teil
Verschiedene Bestimmungen

Art. 25

Haftung des Arbeitgebers; Lohnzahlung; Auszahlung des Krankengeldes[180]

1) Arbeitgeber, die ihre Arbeitnehmer nicht oder nicht im gesetzlichen Umfang für Krankenpflege und Krankengeld versichert haben, haften den Arbeitnehmern mindestens für die entgangenen Versicherungsleistungen.[181]

2) Zahlt der Arbeitgeber dem krankengeldberechtigten Arbeitnehmer weiterhin den vollen Lohn, so ist ihm für die Zeit der Lohnzahlung das Krankengeld auszuzahlen.[182]

3) Das Krankengeld ist von der Kasse mindestens einmal pro Monat auszubezahlen.[183]

4) Die Kassen können beim Amt für Gesundheit Anzeige gegen Arbeitgeber erstatten, welche Beiträge gemäss Art. 22 Abs. 4 dieses Gesetzes nicht fristgerecht abliefern. Das Amt für Gesundheit setzt dem Arbeitgeber zur Bezahlung der Beiträge eine Frist von 60 Tagen. Sofern innert dieser Frist keine Bezahlung der ausstehenden Beiträge erfolgt, kann die Regierung dem Arbeitgeber die Beschäftigung der Arbeitnehmer bis zum Zeitpunkt der Entrichtung der Prämien untersagen.[184]

Art. 26[185]

Sicherung der Leistungen

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen sind unabtretbar und unverpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Die Kasse kann Leistungen für Krankenpflege direkt an Leistungserbringer auszahlen.

Art. 26a[186]

Bearbeiten von Personendaten

Die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um:

a) für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen;

b) die Beiträge der Versicherten zu berechnen und zu erheben;

c) Leistungsansprüche zu beurteilen sowie Leistungen zu berechnen, zu gewähren und mit Leistungen anderer Sozialversicherungen zu koordinieren;

d) den Anspruch auf Beiträge des Staates zu beurteilen, zu berechnen und zu gewähren;

e) ein Rückgriffsrecht gegenüber einem haftpflichtigen Dritten geltend zu machen;

f) für die Durchführung und die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung und der Massnahmen zur Qualitätssicherung zu sorgen sowie die Kostenziele festzulegen und zu überprüfen;

g) die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes auszuüben;

h) Statistiken zu führen.

Art. 26b[187]

Datenbekanntgabe

Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, Daten bekannt geben:

a) anderen mit der Durchführung dieses Gesetzes sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach diesem Gesetz übertragenen Aufgaben erforderlich sind;

b) anderen Organen, wenn die Daten für die Erfüllung einer ihnen durch Gesetz übertragenen Aufgabe erforderlich sind.

Art. 26c[188]

Verwaltungshilfe

Die Steuerbehörden sind verpflichtet, dem Amt für Gesundheit auf Verlangen den Erwerb sowie das Reinvermögen nach Art. 24b mitzuteilen, soweit dies für amtliche Zwecke notwendig ist.

Rechtsmittel

Art. 27

1. Gegen Verfügungen

1) Ist ein Versicherter oder ein Aufnahmewerber mit dem Bescheid einer Kasse nicht einverstanden, so hat diese innert 30 Tagen eine schriftliche Verfügung mit Angabe der Gründe und der Rechtsmittel zu erlassen.

2) Gegen Verfügungen der Kasse steht den Beteiligten binnen 60 Tagen ab Zustellung der Verfügung die Klage an das Landgericht offen.[189]

3) Die Verfügungen der Kasse werden nach unbenütztem Ablauf der Klagefrist oder mit der rechtskräftigen Abweisung der Klage rechtskräftig und vollstreckbar.

Art. 28

2. In anderen Fällen

1) Ein Schiedsgericht im Sinne der Zivilprozessordnung entscheidet über Streitigkeiten zwischen:

a) Kassen oder Kassenverband und einem Leistungserbringer;

b) Kassen und dem Kassenverband;

c) Kassenverband und Ärztekammer oder Berufsvereinigungen.[190]

1a) Jede Streitpartei bestellt einen Schiedsrichter, und die Gewählten ernennen einen neutralen Obmann. Kann über die Person des Obmannes keine Einigkeit erzielt werden, so wird er durch das Obergericht bestellt.[191]

2) Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichtes können die Betroffenen Berufung beim Obergericht einlegen. Dessen Entscheidung kann mit dem Rechtsmittel der Revision beim Obersten Gerichtshof angefochten werden. Für die Berufung an das Obergericht und die Revision durch den Obersten Gerichtshof sind die Bestimmungen der Zivilprozessordnung und sinnge-

mäss die Art. 86 bis 95 des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung anwendbar.

Art. 29

Strafbestimmungen

1) Wer sich absichtlich durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise der Versicherungs- oder der Beitragspflicht entzieht,

wer als Arbeitgeber einem Arbeitnehmer Beiträge vom Lohn abzieht, sie indessen dem vorgesehenen Zweck entfremdet,

wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise von einer Kasse für sich oder einen anderen eine Leistung im Sinne dieses Gesetzes erwirkt, die ihm nicht zukommt,

wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise einen Beitrag aufgrund dieses Gesetzes erwirkt,

wer die Schweigepflicht verletzt oder bei der Durchführung dieses Gesetzes seine Stellung als Organ oder Funktionär zum Nachteil Dritter oder zum eigenen Vorteil missbraucht,

wird, sofern nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohtes Vergehen oder Verbrechen vorliegt, vom Landgericht wegen Vergehens mit einer Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder einer Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen bestraft. Beide Strafen können verbunden werden.[192]

2) Wer sich einer von der zuständigen Stelle angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf andere Weise verunmöglicht, wird, falls nicht ein Tatbestand nach Abs. 1 erfüllt ist, vom Landgericht wegen Übertretung mit einer Busse bis zu 5 000 Franken, im Nichteinbringlichkeitsfalle mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Monat bestraft.[193]

6. Teil

Schluss- und Übergangsbestimmungen

Art. 30

Durchführung

1) Die Regierung erlässt die zur Durchführung dieses Gesetzes nötigen Verordnungen.

2) Mit der Aufsicht über die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes und der dazu ergangenen Verordnungen sowie der sich darauf stützenden Verfügungen wird das Amt für Gesundheit betraut. Die Arbeitgeber, die Versicherten und die Kassen sind verpflichtet, die für den Vollzug des Gesetzes und der Verordnungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen.[194]

3) Die Regierung kann für Kassen, die nach bisherigem Recht Staatszuschüsse erhalten haben, ein vereinfachtes Anerkennungsverfahren vorsehen.

4) Die Versicherungspflichtigen haben sich bis spätestens 30. Juni 1972 gemäss diesem Gesetz versichern zu lassen.

5) Die Regierung ordnet im einzelnen den Übergang von der bisherigen zu der in diesem Gesetz umschriebenen Regelung.

Art. 31

Aufgehobene Bestimmungen

1) Alle mit diesem Gesetz in Widerspruch stehenden Bestimmungen sind aufgehoben.

2) Insbesondere sind aufgehoben:

a) Art. 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 24. Januar 1941 betreffend die Bekämpfung der Tuberkulose, LGBl. 1941 Nr. 3, und die gestützt darauf erlassene Verordnung vom 16. April 1959 über die Tuberkuloseversicherung, LGBl. 1959 Nr. 12;

b) die Verordnung vom 11. April 1946 betreffend die Krankenversicherung, LGBl. 1946 Nr. 10, und die Verordnung vom 3. Juni 1954 betreffend die Durchführung der Krankenversicherung, LGBl. 1954 Nr. 11;

c) das Gesetz vom 9. September 1960 betreffend die Kranken- und Unfallversicherung in der Land- und Hauswirtschaft sowie die Änderung von Bestimmungen über die Versicherung gegen Nichtbetriebsunfälle, LGBl. 1960 Nr. 21, und die gestützt darauf erlassene Verordnung vom 16. Februar 1961, LGBl. 1961 Nr. 9, soweit sich die Bestimmungen auf die Krankenversicherung beziehen;

d) das Gesetz vom 30. Januar 1962 betreffend die Krankenversicherungspflicht für die Arbeitnehmer in Industrie- und Gewerbebetrieben, LGBl. 1962 Nr. 7, und die gestützt darauf erlassene Verordnung vom 26. April 1962, LGBl. 1962 Nr. 16;

e) Art. 94 des Gesetzes vom 29. November 1945 betreffend die Arbeit in Industrie und Gewerbe, LGBl. 1946 Nr. 4.

Art. 32

Inkrafttreten

Dieses Gesetz wird als nicht dringlich erklärt und tritt am 1. Januar 1972 in Kraft.

gez. *Franz Josef*

gez. *Dr. Alfred Hilbe*
Fürstlicher Regierungschef

Übergangsbestimmungen

831.10 Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 1999 Nr. 208 ausgegeben am 11. November 1999

Gesetz
vom 15. September 1999
betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

...

II.
Übergangsbestimmungen

§ 1

Errichtung des Hausarztsystems

1) Die beim Inkrafttreten dieser Bestimmung[195] in Liechtenstein niedergelassenen Ärzte sind zum Hausarztsystem und als Mitglieder des gemäss Abs. 3 zu gründenden Hausärztevereins zugelassen.

2) Spezialärzte, die vor dem Inkrafttreten dieser Bestimmung[196] in Liechtenstein niedergelassen waren und in ihrer Praxis wesentlich auch als Grundversorger tätig waren, erfüllen die Voraussetzungen als Grundversorger im Sinne von Art. 18a.

3) Ärzte, welche sich am Hausarztsystem beteiligen wollen, gründen den Hausärzteverein. Der Abschluss der Vereinbarung nach Art. 18a Abs. 5 muss der Regierung bis spätestens am 31. Dezember 1999 mitgeteilt werden. Die Regierung lädt alle in Liechtenstein niedergelassenen Ärzte zur Gründungsversammlung ein.

§ 2

Tarifvereinbarungen mit Spitälern

Ermöglichen vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes[197] abgeschlossene Tarifvereinbarungen mit Spitälern, dass für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 13 Abs. 1 Bst. b dieses Gesetzes bei Versicherten mit Zusatzversicherungen höhere Tarife zur Anwendung gelangen können als für Versicherte ohne Zusatzversicherungen, kann die Tarifdifferenz weiterhin den Zusatzversicherungen belastet werden, bis die entsprechende Tarifvereinbarung diesem Gesetz angepasst ist.

§ 3

Staatsbeiträge im Hausarztsystem

1) Solange der in Art. 22 Abs. 3 vorgeschriebenen Prämienreduktion im Hausarztsystem nicht eine entsprechende Kostenreduktion im Vergleich zur Versicherung mit uneingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gegenübersteht, leistet der Staat den Kassen Beiträge zum Ausgleich des Ertragsausfalles.

2) Der Beitrag je Versicherten ist für alle Kassen gleich. Er wird aufgrund der im Landesdurchschnitt erhobenen Differenz je erwachsenen Versicherten zwischen dem Aufwand und dem Ertrag der beiden Versicherungsformen berechnet.

§ 4

Kinder im Hausarztsystem

Im Hausarztsystem versicherte Kinder, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes[198] bei einer in Liechtenstein tätigen Krankenkasse nach liechtensteinischem Recht obligatorisch für Krankenpflege versichert waren, können im Sinne von Art. 18a Abs. 2 auch einen Arzt wählen, welcher nicht am Hausarztsystem beteiligt ist.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2003 Nr. 241 ausgegeben am 10. Dezember 2003

Gesetz
vom 23. Oktober 2003
betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung[199]

...

III.
Übergangsbestimmungen

§ 1

Bedarfsplanung; bestehende Zulassungen zur Krankenversicherung

1) Ärzte, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits dem Tarifvertrag mit dem Kassenverband beigetreten sind und für die Krankenversicherung tätig waren, bleiben unabhängig von der Bedarfsplanung nach Art. 16b für die Krankenversicherung zugelassen. Der Kassenverband schliesst mit diesen Ärzten bis zum 30. Juni 2004 die Verträge im Sinne von Art. 16d des Gesetzes ab.

2) Die gestützt auf Art. 18a Abs. 6 des bisherigen Rechts aufgestellte Bedarfsplanung für das Hausarztsystem gilt längstens bis zum 30. Juni 2004 mit einem Geltungsbereich für die gesamte Krankenversicherung weiter.

3) Bis zum 31. Dezember 2004 steht den Versicherten das Wahlrecht unter den für die Behandlung geeigneten Leistungserbringern im Ausland auch dann frei, wenn mit diesem Leistungserbringer kein Vertrag im Sinne von Art. 16d Abs. 4 abgeschlossen worden ist. Die Vergütung der Kasse an den Versicherten entspricht während dieser Übergangsfrist dem Tarif oder

Preis nach der am Ort der Behandlung anwendbaren Regelung der obligatorischen Krankenversicherung.

§ 2

Staatsbeiträge für Jugendliche und Erwachsene im Jahr 2004

Für das Jahr 2004 setzen sich die Beiträge des Staates an die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 24a Abs. 2 aus folgenden Beträgen zusammen:

a) dem nach Art. 24a Abs. 2 des bisherigen Rechts zu errechnenden Betrag für das Jahr 2004, zuzüglich

b) einem Betrag von 5.3 Millionen Franken.

§ 3

Statistik der Behandlungskosten und Kostenziele

1) Der Kassenverband erstellt die Statistik der Behandlungskosten und die Zusammenfassung der Kosten für jeden Leistungserbringer nach Art. 19 Abs. 2a erstmals für das Jahr 2003. Diese muss bis zum 31. Mai 2004 vorliegen.

2) Die Regierung definiert erstmals für das Jahr 2005 Kostenziele nach Art. 19b Abs. 1. Sie kann frühestens gestützt auf die Kostenziele für das Jahr 2007 die Sanktionen nach Art. 19b Abs. 2 und 3 ergreifen.

§ 4

Versichertenkarte

Die Regierung organisiert in Zusammenarbeit mit dem Kassenverband und den Leistungserbringern die Einführung der Versichertenkarte nach Art. 20b.

§ 5

Freiwillige Versicherung

1) Versicherte, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind, müssen von den Kassen ohne Versicherungsvorbehalte in die freiwillige Versicherung nach Art. 16 Abs. 2 aufgenommen werden, wenn sie ihren Antrag um Aufnahme vor dem 31. Dezember 2004 stellen. Erwachsene Versicherte müssen unter den

gleichen Voraussetzungen in die unterste Eintrittsaltersgruppe für Erwachsene aufgenommen werden.

2) Die Regierung legt für die freiwillige Versicherung nach Art. 16 Abs. 2 in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes je eine Maximalprämie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene fest. Die Maximalprämien können für jedes Jahr neu festgelegt werden. Reichen diese Prämien bei einer Kasse nicht aus, um die in Art. 16 Abs. 2 vorgesehenen Mindestleistungen der freiwilligen Versicherung einschliesslich der vom Amt für Gesundheit im Minimum verlangten Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle und Reserven zu decken, gleicht der Staat der Kasse das Defizit aus. Das Amt für Gesundheit erlässt Weisungen über die Rechnungslegung.[200]

§ 6

Wahl des bisherigen Arztes im Ausland

Wählt ein in Liechtenstein Versicherter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes für eine ambulante Behandlung einen geeigneten aber nicht zugelassenen Arzt im Ausland, der ihn bereits in den drei Jahren vor Inkrafttreten dieses Gesetzes regelmässig behandelt hat, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Abweichung von Art. 18 Abs. 2 für die durch diesen Arzt bis zum 31. Dezember 2008 durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen den vollen Tarif oder Preis nach der am Ort der Behandlung anwendbaren Regelung der obligatorischen Krankenversicherung. Der Versicherte schuldet dem Arzt die Vergütung der Leistung, wenn die Kasse mit dem Arzt nichts anderes vereinbart hat. Er hat gegenüber der Kasse einen Anspruch auf Rückerstattung. Die Kasse kann eine Vergütung ablehnen, wenn die Angaben in der Rechnung mit dem massgebenden Tarif nicht vergleichbar sind.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2009 Nr. 231 ausgegeben am 21. August 2009

Gesetz
vom 26. Juni 2009
betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

...

II.
Übergangsbestimmung

1) Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes[201] einen Beitrag nach dem bisherigen Art. 13 Abs. 1 Bst. e KVG beziehen, erhalten diesen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen weiterhin für eine Dauer von höchstens drei Monaten, sofern ihnen nicht bereits ein Betreuungs- und Pflegegeld nach dem Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) gewährt wird.

2) Soweit ein Betreuungs- und Pflegegeld nach dem ELG ausgerichtet wurde, sind allfällige nach Inkrafttreten dieses Gesetzes für den gleichen Zeitraum bezogene Beiträge nach dem bisherigen Art. 13 Abs. 1 Bst. e KVG zurückzuerstatten.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2010 Nr. 451 ausgegeben am 30. Dezember 2010

Gesetz
vom 24. November 2010
betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

...

II.
Übergangsbestimmung

Die Umsätze der Leistungserbringer nach Art. 4b sind erstmals für das Jahr 2009 zu publizieren.

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2013 Nr. 66 ausgegeben am 8. Februar 2013

Gesetz
vom 19. Dezember 2012
betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

...

II.
Übergangsbestimmung

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

...

Liechtensteinisches Landesgesetzblatt
Jahrgang 2014 Nr. 364 ausgegeben am 23. Dezember 2014

Gesetz
vom 7. November 2014
betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung

...

II.
Übergangsbestimmung

Die Festlegung des Staatsbeitrages an die übrigen Versicherten durch den Landtag nach Art. 24a Abs. 2 erfolgt erstmals für das Bemessungsjahr 2016.

...

1 *Titel abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

2 *Überschrift vor Art. 1 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

3 *Art. 1 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

4 *Art. 1a eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

5 *Überschrift vor Art. 1b eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

6 *Überschrift vor Art. 1b eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

7 *Überschrift vor Art. 1b eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

8 *Art. 2 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

9 *Art. 2 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

10 *Art. 2 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

11 *Art. 2 Abs. 3a eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

12 *Art. 3 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

13 *Art. 3 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 6.*

14 *Art. 3 Abs. 2 Einleitungssatz abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

15 *Art. 3 Abs. 2 Bst. a abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

16 *Art. 3 Abs. 2 Bst. b abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

17 *Art. 3 Abs. 2 Bst. c abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

18 *Art. 3 Abs. 3 eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

19 *Art. 3a Sachüberschrift eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

20 *Art. 3a Abs. 1 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

21 *Art. 3a Abs. 2 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208, abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241 und LGBl. 2006 Nr. 224.*

22 *Art. 3bis aufgehoben durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

23 *Sachüberschrift vor Art. 4 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

24 *Art. 4 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

25 *Art. 4 Abs. 1 Bst. f eingefügt durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

26 *Art. 4a Sachüberschrift eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

27 *Art. 4a Abs. 1 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208 und abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241 und LGBl. 2006 Nr. 224.*

28 *Art. 4a Abs. 2 Einleitungssatz eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

29 *Art. 4a Abs. 2 Bst. a eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208 und abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

30 *Art. 4a Abs. 2 Bst. b eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

31 *Art. 4a Abs. 2 Bst. c eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208 und abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

32 *Art. 4a Abs. 2 Bst. d eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

33 *Art. 4a Abs. 2 Bst. e eingefügt durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

34 *Art. 4a Abs. 3 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

35 *Art. 4a Abs. 4 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

36 *Art. 4a Abs. 5 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

37 *Art. 4a Abs. 6 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

38 *Art. 4b abgeändert durch LGBl. 2010 Nr. 451.*

39 *Art. 4c eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

40 *Art. 5 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

41 *Art. 6 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2010 Nr. 346.*

42 *Art. 7 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

43 *Art. 9 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

44 *Art. 9 Abs. 1a eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

45 *Art. 10 Bst. b abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

46 *Art. 10 Bst. c eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

47 *Art. 11 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16 und abgeändert durch LGBl. 2006 Nr. 224.*

48 *Art. 11 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16 und abgeändert durch LGBl. 2006 Nr. 224.*

49 *Art. 12 abgeändert durch LGBl. 1980 Nr. 16.*

50 *Art. 12 Abs. 3a eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

51 *Art. 13 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

52 *Art. 13 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

53 *Art. 13 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

54 *Art. 13 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

55 *Art. 13 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

56 *Art. 13 Abs. 1 Bst. d abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

57 *Art. 13 Abs. 1 Bst. e aufgehoben durch LGBl. 2009 Nr. 231.*

58 *Art. 13 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

59 *Art. 13 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

60 *Art. 14 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16.*

61 *Art. 14 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2010 Nr. 377.*

62 *Art. 14 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

63 *Art. 14 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

64 *Art. 14 Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 1989 Nr. 28.*

65 *Art. 14 Abs. 5 abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16.*

66 *Art. 14 Abs. 6 abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16.*

67 *Art. 14 Abs. 7 abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16.*

68 *Art. 14 Abs. 8 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

69 *Art. 14 Abs. 8a eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

70 *Art. 14 Abs. 9 eingefügt durch LGBl. 1989 Nr. 28.*

71 *Art. 15 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

72 *Art. 16 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

73 *Art. 16 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

74 *Art. 16 Abs. 2 aufgehoben durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

75 *Art. 16a Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

76 *Art. 16a Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

77 *Art. 16a Abs. 1a eingefügt durch LGBl. 2010 Nr. 377.*

78 *Art. 16a Abs. 1b eingefügt durch LGBl. 2010 Nr. 377.*

79 *Art. 16a Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

80 *Art. 16a Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

81 *Art. 16a Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

82 *Art. 16b Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

83 *Art. 16b Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241 und LGBl. 2008 Nr. 30.*

84 *Art. 16b Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 108.*

85 *Art. 16b Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

86 *Art. 16c Sachüberschrift eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

87 *Art. 16c Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

88 *Art. 16c Abs. 2 eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

89 *Art. 16c Abs. 3 eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

90 *Art. 16c Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

91 *Art. 16c Abs. 5 abgeändert durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

92 *Art. 16c Abs. 5a eingefügt durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

93 *Art. 16c Abs. 6 abgeändert durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

94 *Art. 16c Abs. 6a eingefügt durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

95 *Art. 16c Abs. 7 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

96 *Art. 16c Abs. 7a eingefügt durch LGBl. 2014 Nr. 149.*

97 *Art. 16c Abs. 8 eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

98 *Art. 16d eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

99 *Art. 16e eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

100 *Art. 16f eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

101 *Art. 17 Abs. 3 eingefügt durch LGBl. 1989 Nr. 28.*

102 *Sachüberschrift vor Art. 18 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

103 *Art. 18 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

104 *Art. 18 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

105 *Art. 18 Abs. 2a eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

106 *Art. 18a abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

107 *Art. 19 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

108 *Art. 19 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

109 *Art. 19 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

110 *Art. 19 Abs. 2a abgeändert durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

111 *Art. 19 Abs. 2b eingefügt durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

112 *Art. 19 Abs. 2c eingefügt durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

113 *Art. 19 Abs. 2d eingefügt durch LGBl. 2012 Nr. 197.*

114 *Art. 19 Abs. 3 Einleitungssatz abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

115 *Art. 19 Abs. 3 Bst. a abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

116 *Art. 19 Abs. 3 Bst. b abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

117 *Art. 19 Abs. 3a eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

118 *Art. 19 Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

119 *Art. 19 Abs. 5 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

120 *Art. 19a Sachüberschrift eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

121 *Art. 19a Abs. 1 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208 und abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

122 *Art. 19a Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

123 *Art. 19b eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

124 *Art. 19c eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

125 *Art. 20 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1989 Nr. 28.*

126 *Art. 20 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1989 Nr. 28.*

127 *Art. 20 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

128 *Art. 20 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

129 *Art. 20a abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

130 *Art. 20b eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241 und in Kraft gesetzt durch LGBl. 2005 Nr. 54.*

131 *Art. 20c abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

132 *Art. 22 Sachüberschrft abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

133 *Art. 22 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

134 *Art. 22 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

135 *Art. 22 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

136 *Art. 22 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

137 *Art. 22 Abs. 1 Bst. d abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

138 *Art. 22 Abs. 1a eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

139 *Art. 22 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

140 *Art. 22 Abs. 2a eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

141 *Art. 22 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

142 *Art. 22 Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

143 *Art. 22 Abs. 5 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

144 *Art. 22 Abs. 6 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

145 *Art. 22 Abs. 7 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

146 *Art. 22 Abs. 8 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208 und LGBl. 2006 Nr. 224.*

147 *Art. 22 Abs. 9 eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

148 *Sachüberschrift vor Art. 23 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

149 *Art. 23 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

150 *Art. 23 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

151 *Art. 23 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

152 *Art. 23 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

153 *Art. 23 Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

154 *Art. 23 Abs. 5 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

155 *Art. 23a abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

156 *Sachüberschrift vor Art. 24 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

157 *Art. 24 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

158 *Art. 24 Abs. 1 Einleitungssatz abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

159 *Art. 24 Abs. 1 Bst. a abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

160 *Art. 24 Abs. 1 Bst. b abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

161 *Art. 24 Abs. 1 Bst. c abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

162 *Art. 24 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

163 *Art. 24a Sachüberschrift eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

164 *Art. 24a Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

165 *Art. 24a Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2014 Nr. 364.*

166 *Art. 24a Abs. 3 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

167 *Art. 24b Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

168 *Art. 24b Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

169 *Art. 24b Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2011 Nr. 392.*

170 *Art. 24b Abs. 2a abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

171 *Art. 24b Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

172 *Art. 24b Abs. 3a eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

173 *Art. 24b Abs. 4 eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208 und abgeändert durch LGBl. 2006 Nr. 224.*

174 *Art. 24b Abs. 5 Einleitungssatz eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

175 *Art. 24b Abs. 5 Bst. a abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

176 *Art. 24b Abs. 5 Bst. b abgeändert durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

177 *Art. 24b Abs. 5 Bst. c eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

178 *Art. 24b Abs. 5 Bst. d eingefügt durch LGBl. 1999 Nr. 208.*

179 *Art. 24b Abs. 6 eingefügt durch LGBl. 2013 Nr. 66.*

180 *Art. 25 Sachüberschrift abgeändert durch LGBl. 1980 Nr. 16.*

181 *Art. 25 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1980 Nr. 16.*

182 *Art. 25 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1980 Nr. 16.*

183 *Art. 25 Abs. 3 abgeändert durch LGBl. 1980 Nr. 16.*

184 *Art. 25 Abs. 4 abgeändert durch LGBl. 1980 Nr. 16 und LGBl. 2006 Nr. 224.*

185 *Art. 26 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

186 *Art. 26a eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

187 *Art. 26b eingefügt durch LGBl. 2003 Nr. 241.*

188 *Art. 26c eingefügt durch LGBl. 2010 Nr. 346.*

189 *Art. 27 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 2015 Nr. 45.*

190 *Art. 28 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

191 *Art. 28 Abs. 1a eingefügt durch LGBl. 2008 Nr. 32.*

192 *Art. 29 Abs. 1 abgeändert durch LGBl. 1988 Nr. 38.*

193 *Art. 29 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1988 Nr. 38.*

194 *Art. 30 Abs. 2 abgeändert durch LGBl. 1975 Nr. 16 und LGBl. 2006 Nr. 224.*

195 *Inkrafttreten: 11. November 1999.*

196 *Inkrafttreten: 11. November 1999.*

197 *Inkrafttreten: 1. April 2000.*

198 *Inkrafttreten: 1. April 2000.*

199 *Inkrafttreten: 1. Januar 2004.*

200 *§ 5 Abs. 2 der Übergangsbestimmungen abgeändert durch LGBl. 2006 Nr. 224.*

201 *Inkrafttreten: 1. Januar 2010.*