

**BERICHT UND ANTRAG
DER REGIERUNG
AN DEN
LANDTAG DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**

**BETREFFEND DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE
KRANKENVERSICHERUNG (KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ; KVG)
UND DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE OBLIGATORISCHE
UNFALLVERSICHERUNG (UNFALLVERSICHERUNGSGESETZ; UVERSG)**

<i>Behandlung im Landtag</i>	
	<i>Datum</i>
1. Lesung	
2. Lesung	
Schlussabstimmung	

Nr. 135/2019

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung	5
Zuständiges Ministerium	6
Betroffene Stellen	6
I. BERICHT DER REGIERUNG.....	7
1. Ausgangslage	7
2. Begründung der Vorlage	10
2.1 Leistungen bei Mutterschaft und Befreiung von der Kostenbeteiligung	10
2.2 Versorgungsnetze	11
2.3 Versicherter Verdienst und Überwachung der Versicherungspflicht beim Krankengeld und bei der Unfallversicherung	12
2.4 Entschädigung von Versicherungsvermittlern (Provisionen, Maklergebühren, Courtagen).....	13
2.5 Gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug.....	14
2.6 Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen.....	16
3. Schwerpunkte der Vorlage	17
4. Vernehmlassung.....	18
5. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen unter Berücksichtigung der Vernehmlassung	20
5.1 Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; KVG)	20
5.2 Abänderung des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (Unfallversicherungsgesetz; UVersG).....	61
6. Verfassungsmässigkeit / Rechtliches.....	62
7. Auswirkungen auf Verwaltungstätigkeit und Ressourceneinsatz.....	62
7.1 Neue und veränderte Kernaufgaben	62
7.2 Personelle, finanzielle, organisatorische und räumliche Auswirkungen	62

7.3	Evaluation	63
II.	ANTRAG DER REGIERUNG.....	64
III.	REGIERUNGSVORLAGEN.....	65
1.	Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes	65
2.	Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes	74

ZUSAMMENFASSUNG

Der gegenständliche Bericht und Antrag betrifft folgende Themen im Bereich der Krankenversicherung: Leistungen bei Mutterschaft und Befreiung von der Kostenbeteiligung, Versorgungsnetze, versicherter Verdienst beim Krankengeld, Überwachung der Versicherungspflicht beim Krankengeld, Entschädigung von Versicherungsvermittlern (Courtagen), gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug sowie Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen.

Angelehnt an die Regelungen in der Schweiz sollen (werdende) Mütter ab der 13. Schwangerschaftswoche bis zehn Wochen nach der Niederkunft generell von einer Kostenbeteiligung befreit werden. In die Kostenbefreiung sollen auch Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche mit aufgenommen werden.

Um die Umsetzung konkreter Ideen im Bereich von Versorgungsnetzen zu erleichtern, soll es künftig neben dem Kassenverband auch einer einzelnen Krankenkasse möglich sein, einen diesbezüglichen Versorgungsvertrag abzuschliessen. Bisher besteht diese Möglichkeit nur für den Kassenverband.

Die Entschädigung von Versicherungsvermittlern soll in der vorliegenden Vorlage nicht generell verboten, aber die Regierung ermächtigt werden, auf Verordnungsebene entsprechende Regelungen zu erlassen. Eine marktübliche Entschädigung der Vermittlertätigkeit soll weiterhin erlaubt bleiben. Damit verbunden soll die Transparenz über Art und Höhe der Vergütung sichergestellt werden.

Aufgrund eines Urteils des Staatsgerichtshofs zu StGH 2018/133 wird der bisher auf Verordnungsebene geregelte Leistungsaufschub der Krankenkassen bei Zahlungsverzug in das Gesetz übernommen. An der Möglichkeit zum Leistungsaufschub bei Zahlungsverzug soll sich nichts ändern.

Mit der direkten Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen soll sowohl die Wirksamkeit der Prämienverbilligung für die Anspruchsberechtigten besser spürbar werden als auch eine zusätzliche und wirksame Massnahme gegen Zahlungsausfälle geschaffen werden. Die Ausrichtung der Prämienverbilligung soll wie bisher auf Antrag des Versicherten erfolgen. Die Anspruchsvoraussetzungen werden mit der Vorlage nicht geändert.

Die relevante Lohnsumme für die Berechnung des Krankengeldes weicht heute von derjenigen für die Berechnung des Unfalltaggeldes ab. Mit der Vorlage soll auch im Krankenversicherungsgesetz nach dem stimmigeren Vorbild des Unfallversicherungsgesetzes vom Begriff „versicherter Verdienst“ ausgegangen werden. Neu soll zudem in diesem Zusammenhang die AHV im Auftrag des Amtes für Gesundheit die Einhaltung der Versicherungspflicht prüfen. Gleichzeitig soll die AHV diese Prüfung auch in Bezug auf die obligatorische Unfallversicherung durchführen, weshalb gegenständlich auch eine Anpassung des Unfallversicherungsgesetzes erforderlich ist.

ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM

Ministerium für Gesellschaft

BETROFFENE STELLEN

Amt für Gesundheit

Amt für Soziale Dienste

AHV-IV-FAK-Anstalten

Vaduz, 5. November 2019

LNR 2019-1492

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,
Sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete

Die Regierung gestattet sich, dem Hohen Landtag nachstehenden Bericht und Antrag betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; KVG) und des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (Unfallversicherungsgesetz; UVersG) an den Landtag zu unterbreiten.

I. BERICHT DER REGIERUNG

1. AUSGANGSLAGE

Im Zentrum der letzten grösseren Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes standen Strategien zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Auslöser waren die fortschreitend hohen und stark steigenden Gesundheitsausgaben. Ziel der jüngeren Bemühungen war es, das Kostenwachstum spürbar in Richtung der aufgrund der Demografie zu erwartenden Zuwachsrates zu dämpfen.

Die Kostenentwicklung stellt sich aus heutiger Sicht weitaus erfreulicher dar. Wie Abbildung 1 zeigt, konnte der Trend gebrochen werden. Hätte sich der von 2001 bis 2013 beobachtete Trend von durchschnittlich 4% Wachstum pro Jahr weiter fortgesetzt, so wären die OKP-Bruttoleistungen für das Jahr 2018 um rund CHF 40 Mio. höher ausgefallen. Die Jahre 2014 bis 2018 lagen alle unter Trend und kumuliert ergibt sich eine Differenz von über CHF 100 Mio. gegenüber dem Trend.

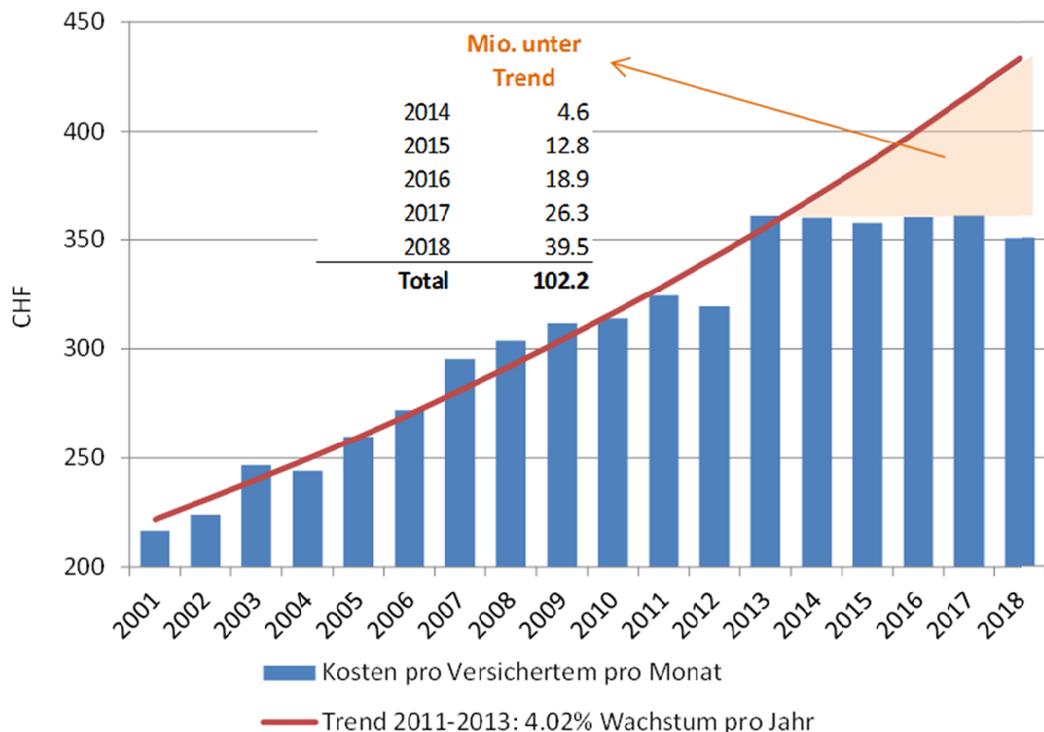


Abbildung 1: Entwicklung der Kosten pro Versicherungsmonat in der OKP 2001-2018

Auch in der Durchschnittsprämie zeichnet sich diese für die Versicherten positive Entwicklung ab (Tabelle 1). Im Jahr 2017 kam es zu einem deutlichen Rückgang der Prämie, was auch auf die in diesem Jahr eingeführte höhere obligatorische und freiwillige Kostenbeteiligung zurück zu führen war. Die Prämien für die drei nachfolgenden Jahre 2018-2020 sind im Mittel ebenfalls zurückgegangen. Ausserdem leistete eine grosse Kasse im Jahr 2019 eine freiwillige Rückzahlung in

Höhe eines einmaligen Auszahlungsbetrages von CHF 350 für erwachsene Versicherte und von CHF 175 für Jugendliche. Das Gesamtvolumen der Rückzahlung beträgt rund CHF 8 Mio. Dieser Betrag geht in die Berechnung der untenstehenden Durchschnittsprämie nicht ein, sondern stellt für die Begünstigten eine weitergehende Verbesserung dar.

Jahr	Durchschnittsprämie für Erwachsene (ohne Unfall) in CHF*	gewichtete Veränderung in %
2013	265	+2.3%
2014	296	+11.8%
2015	333	+12.5%
2016	347	+4.3%
2017	317	-8.8%
2018	311	-1.8%
2019	308	-1.0%
2020	299	-2.9%

*Die Berechnungsweise entspricht jener zur Ermittlung des Arbeitgeberbeitrages. Ab 2017 sind darin die Prämien für alle Franchiseabstufungen zu berücksichtigen, zuvor nur jene mit obligatorischer Kostenbeteiligung.

Tabelle 1: Entwicklung der Durchschnittsprämie in der OKP 2013 bis 2020

Quelle: Rechenschaftsberichte der Regierung an den Hohen Landtag, 2020: Amt für Gesundheit

In den Jahren 2014 und 2015 resultierte die Prämiensteigerung vor allem aus dem aufgrund der Sparmassnahmen im Staatshauhalt reduzierten Beitrag des Staates an die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die Kostenentwicklung und damit die Prämie unter Kontrolle zu halten, wird weiterhin eine ständige Herausforderung im Gesundheitswesen bleiben. Die geschaffenen und in den letzten Jahren verbesserten Werkzeuge im Bereich der Kostensteuerung müssen hierzu konsequent angewendet und weiterentwickelt werden.

Für den Moment sind keine grösseren Systemveränderungen angezeigt, sondern es stehen einzelne Änderungen und Korrekturen an, die mit der vorliegenden Vorlage aufgegriffen werden sollen. Insbesondere soll eine Anregung im Zusammenhang mit Leistungen bei Mutterschaft umgesetzt werden, welche auf einen parlamentarischen Vorstoss zurückgeht.

2. BEGRÜNDUNG DER VORLAGE

2.1 Leistungen bei Mutterschaft und Befreiung von der Kostenbeteiligung

Der Landtag hat in seiner Sitzung vom 4. Oktober 2017 die Motion zur Kostenbefreiung bei Mutterschaft der Abgeordneten Herbert Elkuch, Erich Halser und Harry Quaderer vom 6. September 2017 behandelt. Die Regierung sollte damit beauftragt werden, dem Landtag eine Gesetzesvorlage zu unterbreiten, mit der Mütter - wie in der Schweiz - für einen definierten Zeitraum vor, während und nach der Niederkunft für alle Leistungen der OKP von der Kostenbeteiligung befreit werden, also auch für Leistungen, die nichts mit der Schwangerschaft oder der Niederkunft zu tun haben. Am Ende der Diskussion wurde die Motion auf Antrag der Motionäre in ein Postulat umgewandelt, mit welchem die Regierung eingeladen wurde, die Auswirkungen einer Kostenbefreiung der Mutter ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis zehn Wochen nach der Niederkunft für allgemeine medizinische Leistungen auf die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu prüfen. In der Postulatsbeantwortung (BuA Nr. 6/2018) zeigte die Regierung auf, dass die Kostenfolgen und die Auswirkungen auf die Prämie einer solchen erweiterten Befreiung mit monatlich unter 50 Rappen pro Prämienzahler überschaubar blieben. Der Landtag hat die Postulatsbeantwortung in seiner Sitzung vom 28. März 2018 behandelt und einstimmig abgeschrieben. Bei dieser Gelegenheit hat die Regierung angekündigt,

die erforderliche Gesetzesänderung gemeinsam mit anderen Themen zu geeigneter Zeit vorzulegen.

Am 25. Januar 2019 brachten die Abgeordneten Erich Hasler, Thoms Rehak und Herbert Elkuch neuerlich eine Motion ein, mit der die generelle Befreiung von der Kostenbeteiligung für (werdende) Mütter ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis zehn Wochen danach ab dem 1. Januar 2020 zur Umsetzung gebracht werden sollte. Die Motion wurde vom Landtag nicht überwiesen, da die Regierung die Gesetzesänderung bereits in Angriff genommen hatte.

2.2 Versorgungsnetze

Die Regierung hat dem Landtag bereits im Frühjahr 2018 eine umfassende Dokumentation des Gesundheitswesens im Fürstentum Liechtenstein vorgelegt, welche die in den verschiedenen gesundheitspolitischen Strategiebereichen verfolgten Ansätze zusammenfasst. Darin ist als eine Stossrichtung die Prüfung neuer Versorgungsmodelle für die ambulante Akutversorgung vorgesehen.¹ Mit dem „Gesundheitsseminar“ hatte das Ministerium für Gesellschaft ausserdem eine Veranstaltungsreihe initiiert, die sich unter der Leitung der Privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein (UFL) und im Zusammenwirken mit den wichtigsten Akteuren Ansätzen zur Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens gewidmet hat.

Einer der erarbeiteten Reformvorschläge (RV 7) beinhaltet die Entwicklung integrierter Versorgungssysteme mit interessierten Leistungserbringern, welche auch

¹ Vgl. Das Gesundheitswesen im Fürstentum Liechtenstein - Aktuelle Übersicht, strategische Schwerpunkte und Massnahmen, Anhang 1 der Interpellationsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein zur künftigen Ausrichtung des Landesspitals im Rahmen einer gesundheitspolitischen Gesamtstrategie, BuA Nr. 40/2018, S. 40 f.

Anreize für Leistungserbringer und Nutzer inkludieren. Als notwendiger Reformschritt wird die Schaffung der gesetzlichen Grundlagen hierfür gefordert.²

Im liechtensteinischen KVG gibt es heute bereits einen Anknüpfungspunkt hierfür, und zwar jenen der Versorgungsnetze (Art. 16f). Die geltenden Bestimmungen sollen angepasst werden, um die Umsetzung konkreter Ideen zu erleichtern.

Es sind auch andere Modelle denkbar, die eine weitere Liberalisierung der geltenden KVG-Bestimmungen erfordern würden. Kassen und Leistungserbringer bleiben weiterhin eingeladen, innovative Ansätze einzubringen.

2.3 Versicherter Verdienst und Überwachung der Versicherungspflicht beim Krankengeld und bei der Unfallversicherung

Anlässlich einer Prüfung der Lohnbuchhaltung der Landesverwaltung durch die Finanzkontrolle wurde auf den unterschiedlichen Detaillierungsgrad der gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der beitragspflichtigen Lohnbestandteile in der Unfall- bzw. der Krankenversicherung hingewiesen. Mit Abweichungen verweisen die Rechtsgrundlagen für beide Sozialversicherungszweige auf den massgebenden Lohn der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), führen jedoch – je nach Auslegung – zu unterschiedlichen beitragspflichtigen Lohnsummen. Gemäss Rückfragen des Amtes für Personal und Organisation bei anderen Arbeitgebern sei zudem keine einheitliche Handhabung festzustellen.

Auf Empfehlung der Finanzkontrolle ist das Amt für Personal und Organisation an das zuständige Ministerium für Gesellschaft herangetreten um abzuklären, inwieweit die gesetzlich unterschiedliche Ausgestaltung der beitragspflichtigen

² Vgl. Güntert, B. (2018), Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens, Schlussbericht der Seminarreihe vom Oktober 2017 bis Juni 2018, Private Universität im Fürstentum Liechtenstein, S. 24.

Lohnbestandteile in der Krankenversicherung und der Unfallversicherung sinnvoll sei. Zudem solle der Einbezug einmaliger Zulagen, wie z.B. Heirats- und Geburtszulagen oder Treueprämien, in die beitragspflichtigen Lohnsummen kritisch hinterfragt werden. Die gewünschte Vereinheitlichung ist aus Sicht der Regierung sinnvoll und soll durch eine Anpassung der Bestimmungen im KVG erreicht werden.

Die Finanzkontrolle hat ausserdem die Einführung von Arbeitgeberkontrollen empfohlen, um die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften betreffend die beitragspflichtigen Lohnsummen für die Unfall- und Krankenversicherung sicherzustellen. Die AHV-IV-FAK Anstalten führen bezüglich ihrer eigenen Beiträge auf der Grundlage von Art. 28 AHVG Arbeitgeberkontrollen durch. Die Regierung begrüsst die Idee der Unterstützung durch die AHV. Allerdings soll sie, wie auch bei der betrieblichen Personalvorsorge, nicht mit der Überprüfung der Beitragsabrechnung, sondern mit Anschlusskontrollen beauftragt werden, d.h. der Überprüfung, ob ein Unternehmen überhaupt eine Versicherung abgeschlossen hat. Die Kontrolle der Beitragshöhe ist im Bereich der Kranken- bzw. Unfallversicherer anzusiedeln, die als Vertragspartner der Unternehmen sicherzustellen haben, dass die Beiträge wie vereinbart abgeliefert werden.

2.4 Entschädigung von Versicherungsvermittlern (Provisionen, Maklergebühren, Courtagen)

Bei Kollektivverträgen, insbesondere auch beim obligatorischen Krankengeld, werden von den Unternehmen verschiedentlich Makler bzw. Versicherungsvermittler beauftragt, die für ihre Leistungen eine Vergütung (Provision, Maklergebühr, Courtage) berechnen. Im Bereich der Sozialversicherung werden hierbei Entschädigungsmodelle, die zu Lasten der Prämie gehen, von einigen Stellen kritisch gesehen. Von anderen wiederum wird ein generelles Verbot von Vermittlerentschädigungen nicht befürwortet, da Versicherungsvermittler relevante

Leistungen für Unternehmen oder Kassen erbringen würden, die angemessen zu entschädigen wären.

Mit der Richtlinie (EU) 2016/97, die in Liechtenstein mit dem Versicherungsvertriebsgesetz (VersVertG, LGBl. 2018 Nr. 9) umgesetzt wurde, liegen Regelungen zu Fragen der Versicherungsvermittlung vor. Diese finden für die unter ein gesetzliches System der sozialen Sicherheit fallenden Versicherungen keine Anwendung. Es bedarf einer spezialgesetzlichen Grundlage,³ die hiermit geschaffen werden soll.

2.5 Gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug

Das Verfahren bei Zahlungsverzug ist in Art. 36 der Krankenversicherungsverordnung (KVV) geregelt. Auf Grundlage der rechtskräftigen Verfügung bestand für die Kasse bis vor kurzem nach Art. 36 Abs. 2a KVV die Möglichkeit, die Übernahme der Kosten für weitere Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen bis zur Einbringlichkeit der Prämien oder Kostenbeteiligungen bzw. bis zu deren Bezahlung aufzuschieben und (parallel) Exekution zu führen.

Der Staatsgerichtshof hob mit Urteil vom 25. März 2019 (StGH 2018/133) Art. 36 Abs. 2a KVV als gesetzwidrig auf und trug der Regierung auf, dies unverzüglich im Landesgesetzblatt kundzumachen. Die Kundmachung ist am 9. April 2019 (LGBl. 2019 Nr. 91) erfolgt und die Aufhebung seither rechtswirksam.

Die Möglichkeit des Leistungsaufschubs ist bereits seit Erlass der Krankenversicherungsverordnung im Jahr 2000 in Art. 36 KVV enthalten. Ursprünglich konnte ein Leistungsaufschub erst dann erfolgen, wenn sich die Nichteinbringlichkeit von Beiträgen im Zwangsvollstreckungsverfahren erwiesen hatte. Die Dauer von

³ Vgl. BuA Nr. 93/2017, S. 8.

Zwangsvollstreckungsverfahren bei Gericht ist in der Regel sehr lang, nach Angabe der Kassen beträgt sie bis zu zwei Jahre. Ein Leistungsaufschub wirkte daher kaum, da während der Dauer des Verfahrens und trotz Prämienverzug viele Leistungen bezahlt werden mussten, bis ein Leistungsstopp überhaupt gesetzt werden durfte. Die Bestimmung wurde daher im Jahr 2016 revidiert (LGBl. 2016 Nr. 519). Damit sollte insbesondere eine Straffung des Verfahrens zum Einbringlichmachen von offenen Beiträgen der Versicherten bewirkt und die Zeit bis zu einer möglichen Exekution verkürzt werden, um die Chance der Kassen zu erhöhen, die offenen Beiträge doch noch einbringlich zu machen.

In seiner Begründung im oben genannten Urteil führt der Staatsgerichtshof aus, die in Art. 13 Abs. 3 KVG vorliegende Verordnungsermächtigung reiche für die in Art. 36 Abs. 2a KVV im Jahre 2016 eingefügte verschärfende Regelung über den Leistungsaufschub im Säumnisfall nicht aus. Art. 36 Abs. 2a KVV umschreibe nicht Voraussetzungen und Umfang von gebührenden Leistungen aus der Krankenversicherung, sondern ihren Wegfall bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Beiträge und Kostenbeteiligungen (wieder) einbringlich seien, soweit es sich nicht um Leistungen für Notfallbehandlungen handle. Das stelle eine Regelung dar, die den systematischen Zusammenhang der in Art. 13 Abs. 3 KVG enthaltenen Delegationsorm übersteige. Gemessen an der Gewichtigkeit einer solchen Sanktion (vorübergehender Wegfall von Versicherungsansprüchen im Krankheitsfall) könne es jedenfalls nicht dem nicht näher determinierten Ermessen des Verordnungsgebers überlassen bleiben, ob und unter welchen näheren Bedingungen und Grenzen ein Leistungsaufschub verfügt werden dürfe. Vielmehr wäre es nach Rechtsauffassung des Staatsgerichtshofes Sache des Gesetzgebers, für diese Fälle eine angemessene und sozial verträgliche Lösung zu finden und zu implementieren. Der Staatsgerichtshof wies auf die Regelung in der Schweiz hin, wo in Art. 64a Abs. 7 CH-KVG die vorübergehende Sistierung im Gesetzesrang verankert ist.

Mit der gegenständlichen Vorlage werden die bisherigen Vorschriften zum Zahlungsverzug inhaltlich unverändert in das Gesetz übernommen.

2.6 Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen

Die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden einheitlich und unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen bzw. vom Einkommen einer Person erhoben („Einheitsprämie“, „Kopfprämie“). Einkommensschwache Versicherte erhalten staatliche Beiträge an ihre Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 24b KVG). Durch diese Form der Prämienverbilligung findet das Einkommen, und somit die soziale Komponente im System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Berücksichtigung.

Die Beiträge an Prämien und Kostenbeteiligungen werden auf Antrag des Versicherten durch das Amt für Soziale Dienste (ASD) ausgerichtet. Die Auszahlung erfolgt im Nachhinein in Form einer Einmalzahlung, im Regelfall direkt an die anspruchsberechtigten Bezüger.

Der Beitrag des Staates ist für die Bezahlung der Prämie vorgesehen. Daher wird in der Schweiz die Prämienverbilligung von den Kantonen an die Krankenkassen ausbezahlt. Die Kassen verrechnen sodann die Beiträge mit der laufenden Prämie, sodass für die Versicherten eine Entlastung unmittelbar auf der Prämienrechnung wirksam wird. Zugleich ist dies eine ergänzende und direkt wirksame Massnahme gegen Zahlungsausfälle.

Der LKV hat angeregt, diese Auszahlungsmodalitäten für Liechtenstein zu übernehmen. Die Ausrichtung der Prämienverbilligung soll wie bisher auf Antrag des Versicherten erfolgen.

3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE

Die Schwerpunkte der Vorlage lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Leistungen bei Mutterschaft: Die Änderungen bei der Kostenbeteiligung werden zum Anlass genommen, die Begriffsdefinition zu überarbeiten und es werden einige zeitgemässe Anpassungen vorgenommen, die sich stark am Vorbild der Schweiz orientieren.
- Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft: Während eines definierten Zeitraums (13. Schwangerschaftswoche bis zehn Wochen nach der Geburt) sollen künftig sämtliche Leistungen der OKP von der Kostenbeteiligung befreit werden.
- Versorgungsnetze: Um die Einführung von Versorgungsnetzen zu erleichtern, soll es neu auch einer einzelnen Kasse ermöglicht werden, derartige Modelle einzuführen. Ergänzend wird eine Regelung getroffen, die bei eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer neben der bereits bestehenden Möglichkeit zur Gewährung von Ermässigungen der Prämie auch eine Reduktion der Kostenbeteiligung erlaubt.
- Krankengeld, versicherter Verdienst: Die für die Prämienbemessung und für die auszahlenden Leistungen relevante Lohnsumme soll beim Kranken- und beim Unfalltaggeld möglichst vereinheitlicht werden.
- Arbeitgeberkontrollen: Die AHV soll für das Krankengeld sowie im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung zukünftig die Einhaltung der Versicherungspflicht prüfen.
- Entschädigung von Versicherungsvermittlern: Die Regierung soll ermächtigt werden, auf Verordnungsebene entsprechende Regelungen zu erlassen. Es ist kein generelles Provisionsverbot vorgesehen, eine marktübliche Entschädigung der Vermittlertätigkeit soll weiterhin erlaubt bleiben, wobei Transparenz über Art und Höhe der Vergütung sichergestellt sein soll.

- Zahlungsverzug: Das auf Verordnungsebene vorgegebene Vorgehen soll ohne inhaltliche Änderung in das Gesetz aufgenommen werden. Zugleich wird die zwischenzeitlich aufgehobene Möglichkeit des Leistungsaufschubs gesetzlich verankert.
- Auszahlung der Prämienverbilligung: Die Auszahlung der Beiträge soll neu über die Kassen erfolgen. Änderungen bei den Anspruchsvoraussetzungen sind nicht Gegenstand dieser Vorlage.

4. VERNEHMLASSUNG

Die Regierung hat mit Beschluss vom 7. Mai 2019 den Vernehmlassungsbericht betreffend die Revision des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; KVG) verabschiedet und allen Gemeinden sowie den interessierten Kreisen zur Stellungnahme unterbreitet.

Bei der Regierung gingen insgesamt 35 Rückmeldungen von geladenen und weiteren Teilnehmern ein, darunter zwei von internen und folgende von externen Stellen:

- alle Gemeinden
- Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein
- Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins
- Demokraten pro Liechtenstein
- FKB - Die Liechtensteinische Gesundheitskasse
- Fürstliches Landgericht
- Leistungskommission
- Liechtensteinische AHV-IV-FAK
- Liechtensteinische Ärztekammer

- Liechtensteinische Industrie- und Handelskammer
- Liechtensteinische Patientenorganisation
- Liechtensteinische Treuhandkammer
- Liechtensteinischer Bankenverband
- Liechtensteinischer Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege
- Liechtensteinischer Krankenkassenverband
- Liechtensteiner Seniorenbund
- Liechtensteinischer Verein dipl. ErnährungsberaterInnen
- Liechtensteinischer Versicherungsverband
- Liechtensteinisches Landesspital
- Physiotherapeuten-Verband Fürstentum Liechtenstein
- Verband Liechtensteinischer Versicherungsmakler
- Verein Labormedizinischer Diagnostiker
- Vereinigung bäuerlicher Organisationen im Fürstentum Liechtenstein

Die Gemeinden Balzers, Eschen-Nendeln, Gamprin-Bendern, Planken, Ruggell, Schellenberg, Schaan, Triesen, Triesenberg und Vaduz, das Fürstliche Landgericht, die Liechtensteinische Treuhandkammer und die Vereinigung bäuerlicher Organisationen im Fürstentum Liechtenstein erklärten, dass sie auf eine Stellungnahme verzichten.

Der Liechtensteinische Versicherungsverband, das Liechtensteinische Landesspital und der Liechtensteinische Verein dipl. ErnährungsberaterInnen teilten mit, sie hätten keine Einwände oder Anregungen vorzubringen.

Der Liechtensteinische Krankenkassenverband (LKV) nahm im Namen der drei in Liechtenstein anerkannten Krankenkassen (Concordia, FKB, SWICA) koordiniert Stellung.

Inhaltlich äusserten sich weiter die Gemeinde Mauren, die Liechtensteinische Patientenorganisation (LIPO), die Liechtensteinische Ärztekammer, der Verein Labormedizinischer Diagnostiker (VLD), der Liechtensteinische Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege, der Physiotherapeuten-Verband Fürstentum Liechtenstein (PVFL), der Apothekerverein des Fürstentums Liechtenstein, der Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins (BPL), die Leistungskommission, die Liechtensteinische Industrie- und Handelskammer (LIHK), der Liechtensteinische Bankenverband (LBV), der Verband Liechtensteinischer Versicherungsmakler (LIBA), die Demokraten pro Liechtenstein (DPL), der Liechtensteiner Seniorenbund sowie die Liechtensteinische AHV-IV-FAK (im Folgenden AHV).

Auf die Beiträge der Vernehmlassungsteilnehmer wird bei den Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesartikeln eingegangen.

5. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN BESTIMMUNGEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER VERNEHMLASSUNG

5.1 Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz; KVG)

Zu Art. 1 Abs. 2 Bst. c - Gegenstand

In Abs. 2 Bst. c wird die Definition von Mutterschaft aufgenommen. Er entspricht beinahe wortgleich dem schweizerischen Art. 1a CH-KVG. Dort wird bezüglich Definition der Mutterschaft auf Art. 5 Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verwiesen. Nachdem Liechtenstein bis dato kein solches Gesetz

erlassen hat, wird zur Klarstellung der Begrifflichkeit „Mutterschaft“ die in Art. 5 CH-ATSG aufgeführte Definition übernommen. Bisher fehlte eine solche.

Der LKV begrüsst die Aufnahme der Begriffsbestimmung. Allerdings wäre es wünschenswert, wenn in Ermangelung eines Liechtensteinischen ATSG neben der Mutterschaft weitere Begrifflichkeiten im KVG klar definiert würden (z.B. Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Selbständigerwerbende).

Die Regierung ist wie der LKV der Auffassung, dass derartige Begriffe idealerweise für alle Sozialversicherungen einheitlich in einem ATSG geregelt werden. Die Arbeiten daran sind im Gange.

Zu Art. 4c – Verwaltungskosten

Die Regierung möchte im Bereich der Entschädigung von Versicherungsvermittlern in der Krankenversicherung zukünftig besser regulierend eingreifen können. Mangels Anwendbarkeit der Bestimmungen des Versicherungsvertriebsgesetzes (VersVertG) auf Zweige der Sozialversicherung werden hierfür spezialgesetzliche Grundlagen geschaffen.

Die Sachüberschrift wird abgeändert, da der Artikel Regelungen über die Verwaltungskosten trifft, welche über deren reine Kontrolle hinausgehen.

In Abs. 1 erfolgt die Klarstellung, dass zu den Verwaltungskosten unter anderem die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung zählen.

In Abs. 2 wird die Bestimmung aufgenommen, wonach die Kassen in ihrer Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlungsprovisionen gesondert ausweisen müssen. Das dient der Transparenz im Hinblick auf die insgesamt bezahlten Vergütungen. In der Schweiz ist dies den Kassen gestützt auf Art. 19 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (CH-KVAG) ebenfalls vorgeschrieben.

In Abs. 3 wird der Regierung eine Verordnungsermächtigung eingeräumt, Vorschriften betreffend der Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung zu erlassen. In der Schweiz ist eine derartige Verordnungsermächtigung nicht vorgesehen, sondern es wurde den Versicherern überlassen, eine Vereinbarung untereinander abzuschliessen, in welcher neben anderem eine Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit geregelt wird. Dort ist die Krankengeldversicherung aber bekanntlich nicht obligatorisch. In Liechtenstein ist es den Kassen untereinander in mehreren Anläufen nicht gelungen, eine vergleichbare gemeinsame Lösung zu finden.

Wie der LIBA ausführt, müssen die dem Verband angehörigenden Versicherungsmakler die Entschädigungsart (Courtage oder Honorar) gemäss Versicherungsvertriebsgesetz dem Versicherungsnehmer offenlegen. Diese gesetzliche Vorgabe werde von allen dem Verband angehörenden Unternehmen auch für die kollektive Krankengeldversicherung umgesetzt, obwohl der Versicherungszweig nicht unter das VersVertG falle.

Der LIBA betont ausserdem, Courtagen seien klar gerechtfertigt, da ihnen auch entsprechende Dienstleistungen für den Kunden/Auftraggeber gegenüber stünden (z.B. Ausschreibung und Einholung von Offerten, Erstellung von Offertvergleichen und Abschlussempfehlungen, Prämienverhandlungen und Bearbeitung von Prämienänderungen, Kontrollen von Taggeldabrechnungen, Lohnsummendeklarationen und Prämienabrechnungen, Unterstützung bei Langzeitfällen). Auch Arbeitnehmer würden im Übrigen von den von Versicherungsmaklern ausgehandelten Grosshandelskonditionen profitieren.

Die LIHK teilt die Ansicht der Regierung, dass in jedem Fall Transparenz gewährleistet sein muss. Der LKV befürwortet eine gesetzliche Regelung und hofft gleichzeitig auf eine enge Einbindung der Kassen bei der konkreten Ausgestaltung der Verordnung.

Für die Ärztekammer sind die Ausführungen im Vernehmlassungsbericht nicht verständlich. Wenn es um Courtagen zu Lasten der Versicherten gehe, sieht die Kammer die Änderungen aber positiv. Die DPL und der Liechtensteinische Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege finden den Ansatz grundsätzlich richtig, allerdings sind die Ausführungen für beide zu unbestimmt und sollen näher erläutert werden.

Die Regierung wird ihre Verordnungskompetenz, wie im Vernehmlassungsbericht ausgeführt, insbesondere dahingehend nutzen, die Transparenz im Verhältnis zwischen Makler und Versicherungsnehmer zu verbessern. Als Vorbild könnte Art. 39 VersVertG dienen. Demnach hat ein Versicherungsvermittler vor Abschluss eines Versicherungsvertrages dem Kunden die Art der erhaltenen Vergütung mitzuteilen. Es ist konkret anzugeben, auf welcher Basis der Vermittler arbeitet, insbesondere, ob auf Basis eines Honorars, welches direkt vom Auftraggeber zu bezahlen ist, oder auf Basis einer Courtage bzw. Provision, die mit der Versicherungsprämie abgerechnet wird. Damit soll das Auftraggeberprinzip gestärkt werden.

Für Courtagen oder Provisionen soll weiter die so genannte „Nettoquotierung“ gelten. Das bedeutet, dass die Vermittlerentschädigung nicht in die Prämie eingerechnet werden darf, sondern auf die angebotene Prämie aufgeschlagen und explizit ausgewiesen werden muss. Courtagen müssen einer marktüblichen Entschädigung der Vermittlertätigkeit entsprechen, d.h. es müssen ihnen wertmässig entsprechende Dienstleistungen gegenüberstehen. Zusatzcourtagen oder Sondervergütungen, die darüber hinausgehen, sollen ausdrücklich verboten werden.

Um dies zu erreichen, wäre es etwa denkbar, vom Vermittler eine Abrechnung nach nachgewiesenem Aufwand zu verlangen und/oder bestimmte Maximalansätze pro Vertrag oder in Prozent des Auftragsvolumens vorzugeben.

Zu Art. 9 Abs. 3 – Kassenmitgliedschaft, Erwerb

Aufgrund der Neufassung des Art. 15 ist der Verweis anzupassen. Art. 15 Abs. 2 regelt die erforderlichen Vorversicherungszeiten beim Mutterschaftstaggeld.

Zu Art. 11a (neu) – Überprüfung der Versicherungspflicht für Krankengeld

Das Amt für Gesundheit ist für die Überwachung der Erfassung der obligatorisch Versicherten zuständig. Die Arbeitgeber, Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsträger haben dabei eine Melde- und Kontrollpflicht (Art. 11). Bisher sind bezüglich der Kontrolle der Krankengeldversicherung keine Regelungen vorgesehen. Systematische Anschlusskontrollen, die insbesondere der Überprüfung dienen, ob der Arbeitgeber die Beiträge nicht nur vom Lohn der versicherten Arbeitnehmer abzieht, sondern auch tatsächlich an den zuständigen Versicherer weiterleitet, finden in der Kranken- und auch in der Unfallversicherung in Liechtenstein derzeit nicht statt.

Nachdem die AHV Arbeitgeberkontrollen in eigener Sache sowie auch im Auftrag für die betriebliche Personalvorsorge durchführt (Art. 4a des Gesetzes über die betriebliche Personalvorsorge, BPVG), wird in Art. 11a neu die AHV auch mit der Überprüfung in Bezug auf das Krankengeld beauftragt.

Der LKV, der BPL und der LIBA begrüßen die neu einzuführende Kontrolle. Die betroffene AHV selbst hat keine Einwände. Um den Synergieeffekt auch nutzen zu können, sollte die Überprüfung möglichst parallel zur Anschlusskontrolle im Bereich der betrieblichen Vorsorge erfolgen. Die Kontrolltätigkeit umfasst demnach drei Schritte:

1. Bei der Erfassung eines neuen Arbeitgebers durch die AHV muss dieser eine schriftliche Bescheinigung des Taggeldversicherers über den Anschluss vorlegen (Erstkontrolle).

2. Anlässlich der jährlichen AHV-Lohndeclaration muss der Arbeitgeber durch Selbstdeklaration bestätigen, bei welchem Taggeldversicherer ein Anschluss besteht (periodische Anschlusskontrolle).
3. Eine eigentliche Kontrolle kann nur im Rahmen der Arbeitgeberkontrolle vorgenommen werden. Diese findet bei einem Arbeitgeber nicht jedes Jahr statt. Ob jeder einzelne Arbeitnehmer korrekt mit mindestens 80% des Verdienstes taggeldversichert ist, kann dabei nicht geprüft werden.

Die AHV weist darauf hin, dass sie lediglich den Apparat der Massenverwaltung zur Verfügung stellen könne, d.h. den regelmässigen Kontakt zu sämtlichen Arbeitgebern. Sie könne jedoch keine einzelfallspezifischen Tätigkeiten mit Bezug zum KVG anbieten. Materiell-rechtlich bleibe das Amt für Gesundheit für Fragen der Krankengeldversicherung zuständig.

Die materiell-rechtliche Zuständigkeit beim Amt für Gesundheit ist zu bejahen. Wie schon im Vernehmlassungsbericht ausgeführt, kann dieses Richtlinien über den Ablauf und den Zeitpunkt der Überprüfung der Versicherungspflicht und der zu liefernden Dokumente erlassen. Die AHV wird als Durchführungsorgan und nicht als inhaltlich verantwortliches Organ gesehen.

Der LKV verweist auf die Notwendigkeit, den Datenaustausch zwischen AHV und Kassen betreffend die versicherten Löhne zu regeln.

Nachdem die AHV nur für die Kontrolle zuständig ist, ob ein Arbeitgeber eine Krankengeldversicherung abgeschlossen hat, nicht jedoch den korrekten Umfang der Versicherung prüft, müssen zwischen Kassen und AHV keine Daten ausgetauscht werden. Der Arbeitgeber muss der AHV die notwendigen Auskünfte erteilen und auch entsprechende Bescheinigungen über die abgeschlossene Krankengeldversicherung zustellen. Im ersten Schritt fordert die AHV die säumigen Ar-

beitgeber zur Auskunft und Vorlage innert zwei Monaten auf. Wenn dies ergebnislos verläuft, meldet die AHV dem Amt für Gesundheit den Missstand.

Es ist vorgesehen, dass das Amt für Gesundheit den säumigen Arbeitgeber einer Kasse zur Versicherung für Krankengeld seiner Arbeitnehmer zuweist, wobei das Verfahren zur Zuweisung der säumigen Arbeitgeber durch die Regierung mit Verordnung festgelegt wird (Abs. 4). Dies ist auch bei der Zuweisung von Versicherungspflichtigen in der Krankenpflegeversicherung der Fall, und zwar ist dort der Marktanteil der Kassen ausschlaggebend (vgl. Art. 35b KVV).

Im Vernehmlassungsentwurf war eine rückwirkende Zuweisung vorgesehen. Eine solche wird von den Kassen abgelehnt, da die rückwirkende Abwicklung von Krankengeldfällen praktisch unmöglich sei (Überprüfung der versicherten Löhne, Prüfung der Arbeitsunfähigkeit etc.). Gemäss Art. 25 KVG haften der Arbeitgeber für Versicherungsleistungen, wenn er es verabsäumt, seine Arbeitnehmer im gesetzlichen Umfang für Krankengeld zu versichern. Für die zurückliegenden Fälle gebe es somit heute bereits eine Lösung.

Die Regierung sieht unter den vorgebrachten Argumenten davon ab, auf Gesetzebene generell eine rückwirkende Zuweisung vorzuschreiben. Für die OKP ist dies in Art. 11 analog umgesetzt, wobei Art. 35 Abs. 2 KVV die Voraussetzungen einer rückwirkenden Aufnahme näher konkretisiert. Sinngemäss darf im Falle der OKP die versicherungspflichtige Person die Verzögerung nicht selbst verantwortet haben. Das Amt für Gesundheit teilt der Kasse mit, ob die Voraussetzungen für eine rückwirkende Versicherung gegeben sind.

Zu Art. 12 Abs. 1 und 5 – Versichertes Risiko

Die gesetzliche Gleichstellung von Mutterschaft und Krankheit wurde immer wieder als stossend empfunden, da es sich bei der Mutterschaft ganz sicher nicht um eine Krankheit handelt. Auf die bisherige Formulierung in Abs. 5 – „Mutter-

schaft ist der Krankheit gleichgestellt“ - kann verzichtet werden, wenn in Abs. 1 im ersten Satz klargelegt wird, dass Leistungen den obligatorisch und freiwillig Versicherten bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft zu gewähren sind. Bisher waren nur Krankheit und Unfall erwähnt. Diese Einfügung der Begrifflichkeit Mutterschaft in Abs. 1 ist stimmig mit Art. 1, wonach die Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft gewährt.

Der LKV legt Wert auf die Feststellung, dass auch die bisher geltende Formulierung Mutterschaft nie als Krankheit definiert habe, sondern lediglich bedeute, dass bei Mutterschaft die gleichen Leistungen übernommen werden, wie bei Krankheit.

Das ist richtig. Mit der neuen Fassung der Bestimmungen geht dies noch klarer hervor.

Zu Art. 14 Abs. 3 und 3a – Krankengeld

Auf Empfehlung der Finanzkontrolle wurden die Begrifflichkeiten bezüglich der beitragspflichtigen Lohnbestandteile in der Kranken- und Unfallversicherung überprüft. Während in der Unfallversicherung der versicherte Verdienst relativ klar definiert ist (Art. 15 UVersG i.V.m. Art. 28 UVersV), sind die gesetzlichen Bestimmungen zum versicherten Lohn in der Krankengeldversicherung wenig detailliert (Art. 22 Abs. 4 i.V.m. Art. 14 Abs. 3).

In beiden Versicherungszweigen werden Taggelder ausgerichtet, bei „Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung aus Gründen, die in seiner Person liegen“ (§ 1173a Art. 18 Abs. 1 ABGB), wie Krankheit, Unfall oder Mutterschaft. Eine unterschiedliche Handhabung der verschiedenen Lohnbestandteile macht wenig Sinn.

Um die Rechtsgrundlagen möglichst in Einklang zu bringen, soll eine Anpassung im KVG erfolgen. In Abs. 3 wird nicht mehr vom AHV-pflichtigen Lohn gespro-

chen, sondern analog Unfallversicherungsgesetz auf den Begriff des „versicherten Verdienstes“ abgestellt (siehe Art. 15 und 17 UVersG). Das Krankengeld beträgt 80% vom versicherten Verdienst, wobei darunter der letzte vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogene Lohn verstanden wird. Der bisherige Passus „einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge“ wird gestrichen. Stattdessen wird die Verordnungskompetenz der Regierung betreffend den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes, welche ursprünglich in Abs. 3 aufgeführt war, in Abs. 3a übernommen und um die Bezeichnung der relevanten Nebenbezüge erweitert. Weiter können Bestimmungen über den versicherten Verdienst in Sonderfällen von der Regierung erlassen werden, namentlich bei Löhnen, auf die wegen des Alters keine Beiträge der AHV erhoben werden und bei unregelmässig Beschäftigten. Diese Verordnungsermächtigung erscheint notwendig und sinnvoll.⁴ Nach dem Vorbild von Anhang 3 der UVersV könnte insbesondere auch der Berechnungsmodus für den Taggeldanspruch mit einer verbindlichen Formel vorgegeben werden.

Auch in Art. 22 Abs. 7 wird der Begriff des versicherten Verdienstes eingeführt (siehe unten). Die detailliertere Regelung auf Verordnungsstufe soll mehr Klarheit für die Beitragsgrundlagen und die Berechnung des Krankengeldes bringen.

Der LBV ersucht um Präzisierung, weshalb von „Krankengeld“ gesprochen wird, womit wohl das Krankentaggeld gemeint sei.

Es wird damit an der bestehenden Begrifflichkeit im liechtensteinischen KVG festgehalten. Dieses verwendet seit jeher „Krankengeld“, wohingegen umgangssprachlich, wie auch im Schweizer Recht, (Kranken)-Taggeld geläufiger ist.

⁴ Vgl. auch den Entscheid zu StGH 2011/045: Art. 100 AHVG berechtigt und verpflichtet die Regierung zur Konkretisierung der Lohnsumme.

Der LKV ersucht, die Nachweispflicht des versicherten Verdienstes zu verankern.

Die Regierung sieht von einer gesetzlichen Verankerung der Nachweispflicht des versicherten Verdienstes gegenüber den Kassen ab. Die Krankengeldversicherung wird zwischen der Kasse und dem Arbeitgeber aufgrund eines privatrechtlichen Vertrages abgeschlossen. Die Prämie wird jeweils zwischen der Kasse und dem Arbeitgeber individuell verhandelt. Daher wäre eine gesetzlich verankerte Nachweispflicht über den versicherten Verdienst durch den Arbeitgeber gegenüber den Kassen nicht folgerichtig und würde nicht in das System der im Übrigen zwischen den Kassen und den Arbeitgebern weitgehend vertraglichen Regelungen der Versicherung von Krankengeldern passen. Die Ausgestaltung der Nachweispflicht im Verhältnis zwischen dem Arbeitgeber und der Kasse muss im Vertrag, allenfalls in den Reglementen der Kassen, geregelt sein.

Zu Art. 15 – Leistungen bei Mutterschaft

Die Einführung einer allgemeinen Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft wird zum Anlass für einige Anpassungen genommen, die sich stark am Vorbild der Schweiz orientieren (vgl. Art. 29 CH-KVG).

Der Sachtitel „Leistungen bei Mutterschaft“ wird beibehalten, da sowohl die Leistungen der OKP als auch das Krankengeld bei Mutterschaft in diesem Artikel geregelt werden. Der Artikelaufbau wird dahingehend angepasst, als dass eine klarere Trennung zwischen Krankenpflege und Krankengeld erfolgen soll. Die Bestimmungen zur Krankenpflege sind neu in Abs. 1 zusammengefasst, jene zum Krankengeld in Abs. 2 und folgend.

In Abs. 1 bleiben die bisherigen (besonderen) Leistungen bei Mutterschaft, die Geburtshilfe durch Arzt und Hebamme, die nötigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt, sowie die Entbindung angeführt. Zusätzlich wird die Stillberatung aufgenommen.

In Abs. 1 Bst. a wird mit der Neuformulierung besser Rechnung getragen, dass auch Hebammen Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft durchführen dürfen. Die bisher enthaltene Begrenzung auf zehn Wochen wird an dieser Stelle gestrichen. Der Zeitraum bleibt wie in der Schweiz unbestimmt. Kontrolluntersuchungen sind dort als besondere Leistungen bei Mutterschaft auch ohne zeitliche Limitation auf Gesetzesebene von der Kostenbeteiligung befreit. Die „notwendigen Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft“ sind auf Verordnungsebene genau bestimmt (vgl. Art. 51 sowie Anhang 2 Ziff. 2.3 KVV).

Der neue Abs. 1 Bst. b ersetzt den bestehenden Abs. 5 und sieht neben der Möglichkeit, im Spital oder zu Hause zu entbinden, auch die Geburt in einem Geburtshaus vor. In Liechtenstein gibt es zwar derzeit kein Geburtshaus, es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass Versicherte eine solche Einrichtung in der benachbarten Schweiz in Anspruch nehmen, oder dass es in Zukunft ein solches Geburtshaus auch in Liechtenstein geben könnte. In der Schweiz sind Geburtshäuser ausdrücklich in der Liste der in der OKP anerkannten Leistungserbringer erwähnt (Art. 35 Abs. 2 Bst. i CH-KVG). In Liechtenstein wären Geburtshäuser in weiterer Folge ebenfalls in den Katalog der OKP-Leistungserbringer aufzunehmen, hiezulande sind diese in der KVV bestimmt.

In Abs. 1 Bst. c wird die Stillberatung ausdrücklich auf Gesetzesstufe als besondere Leistung bei Mutterschaft erwähnt. In der Praxis wird diese Leistung von Hebammen oder speziell in der Stillberatung ausgebildeten Pflegefachfrauen gemäss KVV schon länger abgegolten. Die Kostenübernahme beschränkt sich auf drei Sitzungen.

In Abs. 1 Bst. d wird wie bisher die Kostenübernahme für das Kind durch die Kasse der Mutter unmittelbar nach der Geburt geregelt. Die geltende Bestimmung, wonach dies in den ersten zehn Wochen der Fall sei, hat schon mehrfach zur Dis-

kussion geführt „ab wann das Kind ein eigenständiger Fall sei“. Die klare Antwort hierauf lautet, dass ein Kind vom ersten Lebenstag an als eigenständiger Fall zu werten ist. Kinder zahlen zwar keine Prämien und Kostenbeteiligungen, sind aber trotzdem selbst zu versichern. Mutterschaft und Geburt sind, wie schon oben ausgeführt, keine Krankheit. Deswegen werden die Kosten der Pflege und Behandlung eines gesunden Kindes von der Kasse der Mutter unter diesem Titel übernommen. In der Praxis erfolgt dies, so lange sich das Kind gemeinsam mit der Mutter im Spital aufhält. Das Abrechnungssystem der Spitäler (DRG) kennt definierte Fallpauschalen, die diese Leistung abdecken. Fallen bei einem Säugling darüber hinaus Kosten aufgrund von Krankheit an (z.B. für die Intensivbetreuung von Frühgeborenen), so laufen diese nicht über die Kasse der Mutter, sondern von Beginn an über die eigene Versicherungsnummer des Kindes. Die Änderung entspricht der gängigen Praxis. Die bisherige (willkürliche) Beschränkung auf zehn Wochen ist nicht erforderlich.

In Abs. 2 entfällt die Mindestzugehörigkeit von 270 Tagen zu einer Versicherung als Voraussetzung für einen OKP-Leistungsanspruch. Nach geltendem Recht ist auch der Leistungsanspruch auf Krankenpflegeleistungen bei Mutterschaft nur gegeben, wenn die Mutter einer Versicherung 270 Tage angehörte. Während es einsichtig ist, dass der Anspruch auf Krankgeldleistungen bei Mutterschaft (Verweis auf Art. 14) von der Mindestzugehörigkeit zu einer Versicherung von 270 Tagen abhängig gemacht wird, gibt es für die Leistungen für Krankenpflege (Verweis auf Art. 13) keinen nachvollziehbaren Grund dafür. Die Beibehaltung dieser Mindestzugehörigkeit als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch für Krankenpflege würde bedeuten, dass Schwangere, die zuvor nicht lange genug versichert waren, nicht zu Lasten der OKP gebären dürften. In der Praxis wird ein solcher Fall kaum eintreten, da ausländische Versicherungszeiten im EWR oder in der Schweiz angerechnet werden müssen. Lediglich im Falle von schwangeren Drittstaatsangehörigen, die erst seit weniger als neun Monaten in Liechtenstein

(oder im EWR oder in der Schweiz) versichert sind, könnte es zu solchen Fällen kommen. Es ist ein Grundprinzip, dass die Leistungen der OKP vom ersten Tag an gewährt werden. Daher ist auch aus dieser Überlegung heraus obige Anpassung schlüssig und stimmig. Auch die Schweiz kennt heute keinen Ausschluss von Leistungen der OKP mangels Versicherungsdauer. Selbstverständlich schränken Zusatzversicherungen ihre Leistungen bei Mutterschaft abhängig von der Zugehörigkeit zur Versicherung ein, insbesondere den Aufenthalt in der Privat- oder Halbprivatabteilung nach einer Entbindung. Das ist einsichtig und auch weiterhin möglich.

Der LKV hat darauf hingewiesen, dass bei einer Fehl- oder Totgeburt die Kassen oft mit der Frage konfrontiert sind, ob auch in diesem Fall ein Taggeld bei Mutterschaft⁵ zu leisten sei. In der Schweiz gebe es hierzu eine Regelung, und sei eine solche zur Schaffung von Rechtssicherheit auch in Liechtenstein aufzunehmen.

Die Regierung nimmt diesen Hinweis entgegen. Gemäss den Schweizer wie den Liechtensteiner Bestimmungen entsteht der Anspruch auf Mutterschaftstaggelder mit der Niederkunft (Art. 16c CH-EOG⁶ bzw. Art. 15 KVG). Der Begriff der „Niederkunft“ muss daher präzisiert werden. In Liechtenstein existieren dazu weder rechtliche Bestimmungen noch Rechtsprechung. In der Schweiz gilt rechtlich gesehen eine Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche als Niederkunft (Art. 105 Abs. 2 CH-KVV). Gemäss der Schweizer Verordnung zum Erwerbssatzgesetz besteht ab diesem Zeitpunkt auch Anspruch auf Erwerbssatz (Art. 23 EOV). Für Liechtenstein ist also der Begriff der „Niederkunft“ zu definieren, was auf Verord-

⁵ Nachdem Schwangerschaft und Geburt per se keine Krankheiten sind, stellt sich bei Fehl- oder Totgeburten nicht die Frage nach Krankengeld, sondern allenfalls nach Mutterschaftstaggeld.

⁶ Schweizer Bundesgesetz über den Erwerbssatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (Erwerbssatzgesetz, EOG)

nungsebene erfolgen kann. Hierzu kann auf die Schweizer Vorlage (Art. 105 Abs. 2 CH-KVV) zurückgegriffen werden. Frühere Fehlgeburten sind per Definition keine Niederkunft, somit kommt die Regelung, wonach Leistungen bis acht (bzw. zehn) Wochen nach der Niederkunft von der Kostenbeteiligung befreit sind, grundsätzlich nicht zur Anwendung.

Der LKV hat weiter angeregt, für den Fall, dass ein Kind aufgrund von Komplikationen längere Zeit im Spital bleiben muss, die Möglichkeit einzuführen, den Beginn des Mutterschaftstaggeldes zu verschieben.

In der Schweiz ermöglicht dies Art. 16c Abs. 2 CH-EOG, wonach bei längerem Spitalaufenthalt des neu geborenen Kindes die Mutter beantragen kann, dass die Mutterschaftsentschädigung erst ausgerichtet wird, wenn das Kind nach Hause kommt. Grundsätzlich handelt es sich dabei um eine wertvolle Unterstützung für Mütter eines frühgeborenen Kindes, weil sie so entsprechend länger für dieses sorgen können.

Mit dem Aufschub allein ist allerdings nicht klar geregelt, wer während der Zeit des Spitalaufenthalts des Kindes für Lohn bzw. Lohnersatz sorgt. Das Schweizer EOG sieht aktuell für die Dauer dieses Spitalaufenthalts keinen Erwerbssersatz für die Mutter vor. Gemäss Obligationenrecht hat die Mutter in dieser Zeit je nach Dienstalter einen unterschiedlich befristeten und gesetzlich nicht klar geregelten Anspruch auf Lohnfortzahlung. Es gab laut Berichten aus der Schweiz immer wieder Fälle, in denen Mütter in Schwierigkeiten geraten sind, weil sie während der Zeit des Spitalaufenthalts keinen Lohnersatz erhalten haben. Zugleich gilt nach der Geburt aber ein achtwöchiges Beschäftigungsverbot, sodass die Mutter in der Zwischenzeit auch nicht arbeiten darf.

Der Schweizerische Bundesrat hat zur Schliessung dieser Gesetzeslücke im März 2018 eine Änderung des EOG in die Vernehmlassung geschickt.⁷ Es wird darin vorgeschlagen, die Ausrichtung der Mutterschaftsentschädigung um 56 Tage zu verlängern, und zwar nur für jene Frauen, die nach dem Mutterschaftsurlaub weiter erwerbstätig sind. Die Mindestspitalaufenthaltsdauer von drei Wochen wird beibehalten. Parallel werden im Obligationenrecht Anpassungen beim Mutterschaftsurlaub und beim Kündigungsschutz vorgenommen. Mit diesen Anpassungen könne der Lohnausfall in rund 80% der Fälle mit längerem Spitalaufenthalt vollständig ausgeglichen werden; die Regelung decke zudem auch das achtwöchige Arbeitsverbot nach der Niederkunft ab. Die Vernehmlassungsvorlage wurde in der Schweiz insgesamt sehr positiv aufgenommen,⁸ die rechtliche Umsetzung ist noch ausstehend. Die Regierung möchte diese abwarten, um - sofern vom Gesetzgeber gewünscht - eine komplette Lösung der Problematik umsetzen zu können, ohne nochmals eine neue Gesetzeslücke im Verhältnis zum Arbeitsrecht zu produzieren.

In Abs. 3 wird klarstellend ergänzt, dass das Mutterschaftstaggeld keine Auswirkung auf die (maximale) Bezugsdauer von Krankengeld hat und umgekehrt auch dann auszurichten ist, wenn ein allfälliger Bezugszeitraum beim Krankengeld ausgeschöpft wäre. Die Bestimmung wird von Art. 74 Abs. 2 CH-KVG übernommen. Die liechtensteinische Praxis ist hier schon bisher keine andere als in der Schweiz gewesen.

⁷ Zurück gehend auf eine Motion der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (16.3631) «Länger dauernde Mutterschaftsentschädigung bei längerem Spitalaufenthalt des Neugeborenen», vom Ständerat am 13. Dezember 2016 und vom Nationalrat am 7. Juni 2017 angenommen (vgl. Erläuterungen dazu unter <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/51305.pdf>)

⁸ Vgl. https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2937/Ergebnisbericht_EOG_de.pdf

Zu Art. 16c Abs. 2 – Tarife und Preise

Der LKV hat eine Anpassung von Art. 16c angeregt. Nach geltendem Recht sind Tarifverträge grundsätzlich mit Verbänden abzuschliessen. Es müsse möglich sein, Tarifverträge auch mit einzelnen Leistungserbringern abzuschliessen. Dies könne in Einzelfällen von Vorteil sein, beispielweise auch dort, wo kein Berufsverband besteht, wie bei den freiberuflichen Pflegefachpersonen.

Im ergänzten letzten Satz von Abs. 2 hat die Regierung dies aufgegriffen. Der Vertragsabschluss mit den einzelnen Leistungserbringern wird aber nur dort vorgesehen, wo eine Kategorie von Leistungserbringern nicht in einem Verband zusammengeschlossen ist, wie im vorgebrachten Beispiel der freiberuflich Pflegenden. Hier unterscheidet sich das Liechtensteinische System von jenem der Schweiz, welche die starke Stellung der Verbände bei Tarifvereinbarungen gesetzlich nicht vorsieht. Dort heisst es grundsätzlich (Art. 43 Abs. 4 CH-KVG): „Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart (...)“. In der Praxis gilt jedoch für ambulante Leistungen in der Schweiz das Primat der Verbandstarifverträge.⁹ Dies bedeutet, dass Tarifverträge in der Regel zwischen Verbänden geschlossen werden.

Ein generelles Zulassen von Verträgen mit einzelnen Leistungserbringern würde hierzulande eine Abkehr vom geltenden System bedeuten. Heute schon können Leistungserbringer, die nicht Mitglied eines Verbandes sind, dem Tarifvertrag gegen entsprechende Gebühr beitreten.

Die Regierung kann zudem heute schon gestützt auf Art. 16c Abs. 4 eine bestimmte Tarifart und Struktur vorschreiben und die Grundsätze der wirtschaftli-

⁹ Vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, N 1052, in: Ulrich Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016.

chen Bemessung vorgeben. Im angeführten Beispiel wäre dies etwa die in der Praxis ohnehin angewendete Schweizer Tarifstruktur für freiberuflich Pflegende mit einem Taxpunktwert, der sich an den anderen Pflegeorganisationen im Land (Familienhilfen, Pflegeheime) orientiert.

Zu Art. 16f Abs. 1 und 4 - Versorgungsnetze

Neue Versorgungsmodelle im Bereich der ambulanten Grundversorgung sollen einerseits helfen, drohenden Versorgungsengpässen entgegenzuwirken (Stichwort Ärztemangel) und andererseits die Effizienz und Kosten des Systems positiv beeinflussen. Für die Versicherten sollen sie günstigere Prämien zur Folge haben. In der Schweiz bieten Kassen derartige Versicherungsmodelle an, darunter beispielsweise das HMO-Modell, das Modell Telemedizin oder das Hausarztmodell. Allen diesen Modellen gemeinsam ist, dass die Versicherten im Krankheitsfall immer zuerst einen definierten „Gatekeeper“ aufsuchen bzw. kontaktieren, welcher die weitere Triagierung vornimmt. Diese freiwillige Einschränkung der Arztwahl wird je nach Modell und Kasse mit spürbaren Prämienrabatten von rund 15 bis zu 25% belohnt.¹⁰

Der geltende Art. 16f umschreibt solche und ähnliche Modelle mit dem Begriff der „Versorgungsnetze“. Bisher konnte nur der Kassenverband mit zur OKP zugelassenen Leistungserbringern Verträge für Versorgungsnetze abschliessen. Art. 22 Abs. 3 räumt den Kassen heute schon die Möglichkeit der Gewährung von Prämienrabatten für Versicherte im Rahmen eines Versorgungsnetzes ein.

Neu wird einen solchen Versorgungsvertrag grundsätzlich jede anerkannte Kasse einzeln abschliessen können. Die Regierung erwartet sich durch diese Änderung

¹⁰Zu den Modellen und ihrer Beschreibung vgl. <https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/hmo>;
<https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/telmed>;
<https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/hausarzt-modell>.

eine erleichterte Umsetzung. Auch könnten im Ausland bereits erfolgreich eingesetzte Modelle einfacher auf Liechtenstein übertragen werden. Am geltenden Wortlaut in Abs. 1 wird ausser der Ergänzung um die einzelne Kasse keine Abänderung gemacht.

Der VLD hat sich aus verschiedenen Gründen für eine Beibehaltung der geltenden Regelung ausgesprochen. Insbesondere wird das Thema der „kritischen Grösse“ angemerkt. Eine theoretisch mögliche Aufsplittung in drei verschiedene Versorgungsnetze würde eine Systemheterogenität schaffen und die Steuerbarkeit des Gesamtsystems vermindern.

Die Regierung teilt diese Befürchtung nicht. Auch nach geltendem Recht könnte es bereits unterschiedliche Versorgungsnetze geben. Sehr wohl aber müssen sich Versicherte, die einem Versorgungsnetz beitreten, mit den jeweils geltenden Bedingungen gut vertraut machen, handelt es sich doch um eine freiwillige Einschränkung der Auswahl unter allen möglichen OKP-Leistungserbringern. Die von der Regierung vorgeschlagene Änderung betrifft konkret die Bedingung, dass eine Mehrheit der im LKV vertretenen Kassen ihr Einverständnis erklären muss. Das ist in der Praxis eine zu hohe Hürde und gerade der Wettbewerb unter den Kassen soll durch individuell erarbeitete Angebote zu Gunsten der Versicherten verbessert werden.

Mehrere andere Vernehmlassungsteilnehmer haben angeregt, dass der Zusammenschluss zu einem Versorgungsnetz auch in Zukunft nicht nur durch einzelne Kassen sondern weiterhin auch durch den LKV möglich sein soll.

Die Regierung hat diese Anregung aufgenommen.

Dass der Zusammenschluss nur mit zugelassenen Leistungserbringern möglich sein soll, wird insbesondere vom LKV kritisiert. Die Bestimmung wäre nur dann sinnvoll, wenn sich Verträge auch auf nicht-OKP-Leistungserbringer erstrecken

können und hier vollständige Vertragsfreiheit der Kassen herrsche. Ansonsten könne der Artikel ganz gestrichen werden.

Der PVFL steht Versorgungsnetzen generell sehr skeptisch gegenüber. Diese würden nach seiner Ansicht vor allem die Krankenkassen stärken und die Leistungserbringer einschränken. Für die Ärztekammer scheint die Bedarfsplanung ein Hindernis für Versorgungsnetze zu sein. Sie wäre nach deren Ansicht in der heutigen Form abzuschaffen, wenn wirklich Versorgungsnetze entstehen sollen. Für den Liechtensteinischen Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege sind Versorgungsnetze grundsätzlich ein gangbarer Ansatz, allerdings dürften Behandlungen nicht aus Budgetüberlegungen verwehrt werden. Das Gesamtkonzept der Zulassung von Leistungserbringern (Bedarfsplanung) müsse angepasst werden.

Die Versorgungsnetze waren bereits bei ihrer Einführung als freiwillige Zusammenschlüsse von Ärzten und anderen Leistungserbringern der ambulanten wie der stationären Behandlung konzipiert, an denen sich nur solche Leistungserbringer beteiligen können, die nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen bereits für die Krankenversicherung zugelassen sind.¹¹ Der Zusammenschluss zu Versorgungsnetzen ist auch unter Einbezug nur dieser Leistungserbringern denkbar. Der Vorteil einer besseren Abstimmung und Triagierung von Leistungen kann auch in diesem Fall realisiert werden. Die Regierung möchte die Einführung von Versorgungsmodellen erleichtern, ohne das geltende Zulassungssystem zur OKP gänzlich auf den Kopf zu stellen. Das geltende Zulassungssystem zur OKP, insbesondere die Bedarfsplanung, ist nach Ansicht der Regierung ein wichtiger Faktor bei der Kostensteuerung. Es darf nicht kurzfristigen Überlegungen der Ärztekammer geopfert werden.

¹¹Vgl. BuA Nr. 72/2003, S. 7.

Dem VLD ist die Ergänzung um „in Liechtenstein zugelassene“ wichtig.

Hierzu ist festzuhalten, dass mit „zugelassen“ eine Zulassung im Sinne des liechtensteinischen KVG gemeint ist. Das können aus Gründen der Versorgungssicherheit auch Leistungserbringer im Ausland sein.

Weiterhin soll gelten, dass Versorgungsverträge der Genehmigung durch die Regierung bedürfen. In Abs. 4 wird die Bestimmung gestrichen, wonach die Regierung vorgängig die Ärztekammer anhört.

Die Ärztekammer hält die Anhörung tatsächlich nicht für sinnvoll, wenn nur einzelne Kassen Versorgungsnetze abschliessen dürfen. Wenn hingegen der LKV dies mache, sollte die Anhörung beibehalten werden.

Für die Regierung ist die Anhörung der Ärztekammer insofern nicht erforderlich, als dass der Versorgungsvertrag nur mit zur OPK zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden kann. Es können also nicht Ärzte ausserhalb der Bedarfsplanung in ein Versorgungsnetz integriert werden, die ärztliche Bedarfsplanung kann also durch ein Versorgungsnetz nicht umgangen werden. Da die Ärztekammer bei der Umsetzung der Bedarfsplanung weitreichende Mitspracherechte hat, ergibt sich keine Notwendigkeit für eine Anhörung. Das gesetzlich verankerte Anhörungsrecht soll daher wie vorgeschlagen gestrichen werden.

Aus Sicht des BPL ist darauf zu achten, dass damit nicht über Umweg das Schweizer Modell der delegierten Psychotherapie eingeführt wird, bei dem Psychotherapeuten (nur) im Anstellungsverhältnis bei einem Arzt tätig werden dürfen. Dieses Modell wird grundsätzlich abgelehnt.

Die Befürchtung ist unbegründet. In Liechtenstein hat sich die Leistungserbringung durch nichtärztliche Psychotherapeuten auf ärztliche Anordnung lange bewährt. Auch unterliegen die Psychotherapeuten einer eigenen Bedarfsplanung zur

Steuerung ihrer Leistungen. Ärzte dürfen Angehörige anderer Leistungserbringergruppen nicht anstellen und genauso wenig gemeinsam mit diesen eine Gesellschaft gründen, auch nicht in einem Versorgungsnetz. Eine Praxisgemeinschaft von freiberuflich tätigen Ärzten mit Personen, die nach dem Gesundheitsgesetz zur eigenverantwortlichen Ausübung eines anderen Gesundheitsberufes zugelassen sind, ist nur erlaubt, wenn sowohl die freiberufliche Tätigkeit der Ärzte wie jene der anderen Personen gewahrt ist (Art. 15 Abs. 2 Ärztegesetz). Im Zuge der Genehmigung von Versorgungsnetzen wird die Regierung darauf zu achten haben, dass die geltenden rechtlichen Bestimmungen nicht unterlaufen werden.

Zu Art. 18 Abs. 2a – Wahl der Leistungserbringer, Grundsatz

Hier war ein Einschub erforderlich, wonach die Kassen allen obligatorisch Versicherten eine erweiterte Krankenpflegeversicherung anbieten müssen, mit Ausnahme der Versicherten, welche einem Versorgungsnetz gemäss Art. 16f beigetreten sind. Würde man dies nicht vorsehen, so könnten Versicherte die Wahl der Leistungserbringer in einem Versorgungsnetz freiwillig einschränken und einen entsprechenden Prämienrabatt erhalten. Durch (kurzfristigen) Abschluss einer erweiterten OKP könnte die selbstgewählte Einschränkung im Bedarfsfall einfach unterlaufen werden. Dies soll mit der vorliegenden Bestimmung verhindert werden.

Der LKV begrüsst die Klarstellung.

Zu Art. 22 Abs. 4 – Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber

In Abs. 4 erfolgt eine Begriffsanpassung an den geänderten Art. 14 Abs. 3. Statt vom Lohn wird neu vom versicherten Verdienst gesprochen.

Zu Art. 23 Abs. 4 – Obligatorische Kostenbeteiligung

Die bisher in Abs. 4 aufgezählten Leistungen, welche von der Kostenbeteiligung generell befreit sind und die Ermächtigung der Regierung, für bestimmte Leis-

tungen die Kostenbeteiligung zu erhöhen oder aufzuheben, wurden neu in Art. 23b mit dem Sachtitel „Abweichungen von der Kostenbeteiligung“ aufgenommen. Dies dient der Übersichtlichkeit und ist von der Systematik her klarer, wonach in Art. 23 die obligatorische Kostenbeteiligung und in Art. 23a die freiwillige Kostenbeteiligung geregelt ist. Die Ausnahmen von der generellen Regelung bei der Kostenbeteiligung sind somit separat in Art. 23b angeführt. Der Abs. 4 war somit aufzuheben.

Zu Art. 23b (neu) - Abweichungen von der Kostenbeteiligung

Die von der Kostenbeteiligung generell befreiten Leistungen werden in Abs. 1 dieses neu eingeführten Artikels aufgezählt.

Nach geltendem Recht (Art. 23 Abs. 4 i.d.g.F.) sind die in Art. 15 Abs. 3 bis 5 KVG beschriebenen Leistungen bei Mutterschaft von der Kostenbeteiligung befreit (das sind neben der Geburtshilfe durch Arzt und Hebamme im Spital oder zu Hause die nötigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von zehn Wochen nach der Niederkunft, sowie die Kosten der Pflege und Behandlung des Kindes im Spital innerhalb von zehn Wochen nach der Geburt).

Alle anderen Leistungen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt sind nach geltendem Recht Leistungen im Sinne von Art. 13, also aufgrund von Krankheit, auf die eine Kostenbeteiligung zu erheben ist. Die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen ist heute somit eine Behandlung aufgrund Krankheit und daher kostenbeteiligungspflichtig. Das gleiche gilt beispielsweise für Spitalaufenthalte zwecks Vermeidung einer Frühgeburt, für eine medikamentöse Therapie bei Rhesusunverträglichkeit, oder für Medikamente zur Behand-

lung einer aufgrund der Schwangerschaft aufgetretenen Thrombose.¹² Dies soll nun geändert werden, indem zukünftig Schwangere, wie in der Schweiz, für alle Leistungen der OKP ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung befreit werden sollen.¹³

Behandlungen von Komplikationen in den ersten zwölf Wochen wie Spontanaborte oder Eileiterschwangerschaften sind gemäss der Schweizer Regelung nicht von der Kostenbeteiligung befreit. Dies wurde damit begründet, dass der Beginn der Schwangerschaft meist erst im Nachhinein festgestellt werden kann und der Versicherer allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben hat, wenn er von der Schwangerschaft erfährt. Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde zu unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand führen.¹⁴

In der Landtagsdiskussion der Motion vom 25. Januar 2019 (nicht an die Regierung überwiesen) wurde von einzelnen Abgeordneten vorgebracht, mit der generellen Kostenbefreiung ab der 13. Schwangerschaftswoche wären Frauen mit frühen Fehl- oder Totgeburten, die sich vor diesem Zeitpunkt ereignen, nicht nur seelisch belastet, sondern auch finanziell benachteiligt, müssen sie doch für die damit zusammenhängenden Leistungen Kostenbeteiligung zahlen. Als Zeichen der Verbundenheit mit diesen Frauen möge die Regierung für diese Fälle ebenfalls eine Befreiung vorsehen.

¹²Für die genannten Beispiele hat die Schweizer Rechtsprechung die Kostenbeteiligungspflicht nach damaligem Recht ausdrücklich bejaht, vgl. z.B. Eugster, G. (2018), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, S. 595f.

¹³Für die Schweiz siehe Art. 64 Abs. 7 CH-KVG (zu den Erläuterungen vgl. auch die Interpellation Maury Pasquier, 14.4158 vom 11.12.2014, und die Stellungnahme des Bundesrates vom 11.2.2015; <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20144158>).

¹⁴Siehe dazu den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 11.2.2013 zur Parlamentarischen Initiative Kostenbeteiligung bei Mutterschaft. Gleichbehandlung (<https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/2459.pdf>).

Im vorliegenden Gesetzesvorschlag sind daher in Art. 23b Abs. 1 Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche aufgeführt und somit als besondere Leistungen bei Mutterschaft von der Kostenbeteiligung befreit.

Der LKV und die Leistungskommission sehen derartige Abweichungen von den Schweizer Regelungen generell kritisch, da solche Abweichungen zusätzlichen Verwaltungsaufwand generieren und zu Rechtsunsicherheit führen können.

LIPO, Ärztekammer und BPL begrüßen hingegen den Vorschlag. Die DPL verlangen eine genaue Beschreibung der Voraussetzungen in der Verordnung. Aus diesem Grund solle die definitive Beschreibung dieser Leistungen bereits im Wortlaut im Bericht und Antrag kommuniziert werden. Es dürften nur die medizinischen Leistungen, nicht jedoch psychiatrische Leistungen befreit sein.

Die Konkretisierung der Leistungen im Zusammenhang mit frühen Fehlgeburten soll unter die Verordnungskompetenz der Regierung fallen. Wie beispielsweise auch bei den notwendigen Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft soll auf Verordnungsebene definiert werden, um welche Leistungen genau es sich handelt. In der Schweiz wurden mit Abänderung von Art. 13 Bst. f der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 6. Juni 2019 (AS 2019 1931) Untersuchungen nach Fehlgeburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche unter die Kontrolluntersuchungen bei Mutterschaft neu aufgenommen. Konkret sind darunter aufgeführt: Zwischenanamnese, gynäkologischer und klinischer Status, Beratung, Laboranalysen und Ultraschalluntersuchung nach klinischem Ermessen. Ausserdem vorgesehen sind bis zu zehn Hausbesuche von Hebammen, bzw. zusätzliche auf ärztliche Anordnung. Die Leistungskommission soll wie erwähnt mit der Ausarbeitung einer Empfehlung beauftragt werden. Die neuen Schweizer Bestimmungen können hierfür einen guten Anhaltspunkt liefern, freilich ohne die Begrenzung ab der 13. Schwangerschaftswoche.

Vor der 13. Schwangerschaftswoche ist wohlgermerkt keine generelle Kostenbefreiung vorgesehen, weswegen sich die Problematik des späten Bekanntwerdens der Schwangerschaft und einer allenfalls rückwirkenden Befreiung nicht stellt. Wenn nur definierte Leistungen befreit sind, kann als Voraussetzung für die Kostenbefreiung eine ärztliche Bestätigung der frühen Fehlgeburt gemeinsam mit der Rechnungsstellung für die entsprechenden Positionen vorgesehen werden.

Im Landtag wurde auch angesprochen, ein geplanter Schwangerschaftsabbruch dürfe ausdrücklich nicht von der Befreiung begünstigt werden. Die Regierung hatte im Vernehmlassungsbericht die geltende Rechtslage zu bedenken gegeben. Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs sind gemäss Anhang 1 Ziff. 3 KVV grundsätzlich nur dann von der OKP zu übernehmen, wenn dieser medizinisch indiziert, nach liechtensteinischem Recht straflos und nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs zulässig ist. Das trifft nur auf sehr eingeschränkte und spezielle Sachverhalte zu. Ein Schwangerschaftsabbruch ist nur dann straflos, wenn er zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist oder wenn an der Schwangeren eine Vergewaltigung, eine sexuelle Nötigung oder ein sexueller Missbrauch einer wehrlosen oder psychisch beeinträchtigten Person begangen wurde und die Schwangerschaft auf einer solchen Tat beruht (§ 96 Abs. 4 StGB).

Die Äusserungen in der Vernehmlassung gingen allesamt in die Richtung, es bedürfe wegen der äusserst geringen Zahl an Härtefällen und den sehr restriktiven Voraussetzungen keiner Regelung.

Die Regierung hält dies ebenfalls für vertretbar.

Die Änderungen im Zusammenhang mit der Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft werden von den meisten Vernehmlassungsteilnehmern grundsätzlich begrüsst. LKV und Leistungskommission sprechen sich aus verwaltungsökonomischen und aus Gründen der Rechtssicherheit, wie weiter oben schon erwähnt, für eine möglichst unveränderte Übernahme der Schweizer Bestimmungen aus.

Die DPL führt neben anderem aus, der Beginn der 13. Schwangerschaftswoche müsse eindeutig formuliert sein.

Die Regierung plant, sowohl den Beginn als auch das Ende des Zeitraums für die Befreiung von der Kostenbeteiligung auf Verordnungsebene näher zu präzisieren. Als Vorlage hierfür soll auf die massgebenden Schweizer Verordnungsbestimmungen zurückgegriffen werden. So hat der Arzt, der die Schwangerschaft begleitet, den Beginn der 13. Schwangerschaftswoche zu bestimmen (voraussichtlicher Geburtstermin minus 196 Tage) und auf der Rechnung anzugeben (Art. 105 Abs. 1 CH-KVV). Die von der Kostenbeteiligung befreiten Wochen nach der Niederkunft berechnen sich ausgehend vom effektiven Geburtstermin und nicht etwa von einem voraussichtlich ermittelten Termin.¹⁵ Was das Ende des Zeitraums angeht, wird auf die Ausführungen zu Art. 15 verwiesen.

In der Schweiz ist der Zeitraum nach der Geburt nicht wie vorgeschlagen mit zehn, sondern mit acht Wochen begrenzt. Die Motionäre hatten die etwas länger dauernde Befreiung mit der Unterstützung junger Menschen bei der Familiengründung sowie der Würdigung und Wertschätzung der Leistungen der Familien an der Gesellschaft durch eine Besserstellung der Mütter begründet. Für die Ge-

¹⁵Vgl. Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an die KVG-Versicherer zum Thema Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung vom 16. März 2018, S. 12f.

samtheit der Prämienzahler sei der Solidarbeitrag verschwindend gering, während er für die betroffene Familie eine grosse Unterstützung darstelle.

LIPO, Ärztekammer, BPL und DPL begrüssen den längeren Zeitraum. Die DPL bringen vor, Grund für die zehn Wochen Befreiung von der Kostenbeteiligung sei, dass das Kind nach „zehn Wochen ein eigenständiger Fall werde“. Es würde daraus die seltsame Situation entstehen, dass bei Komplikationen beim Kind die Kosten für zwei Wochen durch die Mutter kostenbeteiligungspflichtig zu tragen wären.

Diese Begründung ist nicht stichhaltig. Wie in den Erläuterungen zu Art. 15 Abs. 1 Bst. d ausgeführt, ist das Kind versicherungstechnisch ab Geburt ein „eigenständiger Fall“, lediglich die Kosten des (kostenbeteiligungsfreien) Spitalaufenthalts eines gesunden Kindes sind für die erste Zeit von der Kasse der Mutter zu tragen. Da die komplikationsfreie Geburt und Nachbetreuung im Besonderen und Kinder im Allgemeinen von der Kostenbeteiligung befreit sind, kann die geschilderte Situation gar nicht eintreten. Mit der vorgeschlagenen Erneuerung von Art. 15 entfällt in dieser Frage die zeitliche Begrenzung auf zehn Wochen ohnehin.

Der LKV findet keine sachlogische Begründung für die zehn Wochen. Eine Befreiung für acht Wochen wäre einfacher, weil auf die Schweizer Praxis abgestellt werden könnte, sodass insbesondere in der Schweiz domizilierte Gynäkologen auf das dort übliche System und die entsprechenden Formulare zurückgreifen könnten. Auch würde statistische Vergleichbarkeit mit der Schweiz herrschen. Der Zusatznutzen der zwei Wochen für die Versicherten sei aus Sicht des LKV unklar.

Auch die Leistungskommission und die LIHK sprechen sich für acht Wochen aus. Letztere bringt hierfür noch ein schlüssiges Argument. Die acht Wochen entsprechen dem Beschäftigungsverbot in Art. 35a Arbeitsgesetz. Eine längere Frist sei

nicht nachvollziehbar und sei im Vernehmlassungsbericht auch nicht begründet worden.

Der Gesetzesentwurf wurde im Vergleich zur Vernehmlassung nicht angepasst und lautet daher weiterhin auf zehn Wochen. Die vorgebrachten Diskussionsbeiträge sind einer politischen Würdigung durch den Landtag zu unterziehen.

Eine weitere Frage betrifft den Umgang mit einer gewählten freiwillig höheren Kostenbeteiligung. Das KVG ermöglicht den Versicherten, über die obligatorische Kostenbeteiligung – in Liechtenstein in Form eines festen Betrages von CHF 500 und eines prozentualen Selbstbehaltes von 20% bis maximal CHF 900 (Art. 23) - eine freiwillig höhere Kostenbeteiligung einzugehen (Art. 23a). Die Kassen bieten hierbei mindestens drei zusätzlich wählbare höhere Kostenbeteiligungen an. Aktuell werden feste Beträge (umgangssprachlich „Franchisen“) von total CHF 1'500, CHF 2'500 und CHF 4'000 angeboten, wobei der prozentuale Selbstbehalt von 20% darüber hinaus jeweils noch bis zur Hochkostengrenze (CHF 5'000) zu leisten ist. Für die Übernahme des höheren Risikos profitieren die Versicherten von einer reduzierten Prämie. Die Motionäre gingen davon aus, dass bei Mutterschaft die Frau von der gesamten Kostenbeteiligung, also auch von einer allenfalls gewählten höheren Beteiligung, befreit wird, zumal die Mehrkosten sehr gering ausfallen würden. In den Diskussionen im Landtag sprachen sich einzelne Abgeordnete dafür aus, die Befreiung möge sich nur auf den obligatorischen Teil der Kostenbeteiligung beziehen. Schliesslich werde die Prämienermässigung durch die Versicherte ja „konsumiert“.

Die Regierung hat im Vernehmlassungsentwurf ein Modell zur Diskussion gestellt, wonach bei Vorsorgeuntersuchungen und bei den besonderen Leistungen bei Mutterschaft weiterhin ausnahmslos keine Kostenbeteiligung erhoben wird. Es soll z.B. weiterhin niemand für die allgemeine Vorsorgeuntersuchung oder für Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft oder für die Geburt selbst

eine Kostenbeteiligung zahlen. Gemeinsam ist diesen Fällen, dass es sich nicht um Leistungen bei Krankheit handelt. Im Gesetz und auf Verordnungsebene sind diese Leistungen im Einzelnen genau bezeichnet. Dort, wo hingegen für Leistungen bei Krankheit eine generelle Befreiung ausgesprochen wird, also in dem definierten Zeitraum bei Mutterschaft, soll nur von der obligatorischen Kostenbeteiligung befreit werden.

Bei Chronischkranken ist dies heute schon umgesetzt, indem nur Personen mit gesetzlicher Kostenbeteiligung befreit werden können (Art. 81 KVV). Chronisch-krankte müssen daher als Voraussetzung der Befreiung zum nächstmöglichen Jahreswechsel hin auf die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung verzichten. Die Änderung wie auch die Befreiung werden dann zeitgleich zum Jahreswechsel hin wirksam. Da die Befreiung Chronischkranker von lebenslanger Dauer ist, ist diese Art der Umsetzung sachlogisch und zugleich einfach zu handhaben.

Bei Schwangerschaften, die sich in der Regel nicht an ein Kalenderjahr halten, kann dies hingegen nicht auf diese Weise gelöst werden. Im Vernehmlassungsbericht wurde darauf hingewiesen, dass die technische Umsetzung von Seiten der Kassen noch zu klären sei.

LIPO und Ärztekammer sprechen sich für das Modell aus, wonach Mütter freiwillig höhere Kostenbeteiligungen an Leistungen bei Krankheit zu entrichten haben.

LKV, Leistungskommission und DPL würden es befürworten, aus Gründen der Administrierbarkeit die gesamte Kostenbeteiligung, also auch einen allfällig gewählten höheren Beitrag zu erlassen. Die Befreiung nur des obligatorischen Teils wird insbesondere von den Kassenvertretern in der Leistungskommission deutlich abgelehnt. Ein wichtiger Vorteil der Befreiung während des definierten Zeitraums besteht darin, dass nicht mehr unterschieden werden muss, ob es sich beispielsweise um eine „normale“ Kontrolluntersuchung oder um eine Untersu-

chung aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen handelt. Diese Abgrenzung müsste nun auch in Zukunft weiterhin erfolgen, um zu entscheiden, ob allenfalls eine freiwillig höhere Kostenbeteiligung zu belasten ist. Die administrative Erleichterung würde hierdurch wieder zunichte gemacht.

Die DPL befürchten komplizierte und möglicherweise für die Versicherte nicht nachvollziehbare Abrechnungen, dies bei nur minimalem Sparpotenzial.

Die Regierung erkennt die Nachteile der praktischen Umsetzung bei den Kassen an. Wie von den Motionären ursprünglich vorgeschlagen, sollen Mütter daher während dem definierten Zeitraum auch von einer allfällig gewählten höheren Kostenbeteiligung befreit werden. In der Postulatsbeantwortung (vgl. BuA Nr. 6/2018) wurde aufgezeigt, dass nur ein kleinerer Teil der Frauen im gebärfähigen Alter eine freiwillig höhere Kostenbeteiligung gewählt hat und der zusätzliche Einnahmefall bei durchschnittlich 360 Geburten im Jahr nur sehr gering ausfallen würde.

In Abs. 2 wird die bisherige Ermächtigung der Regierung aus dem aufgehobenen Art. 23 Abs. 4 aufgenommen, wonach für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung bis zum doppelten Betrag erhöht (Bst. a) und für bestimmte Leistungen, insbesondere bei Chronischkranken, die Kostenbeteiligung herabgesetzt oder ganz aufgehoben werden kann (Bst. b). Inhaltlich hat sich hier nichts geändert.

Neu hat die Regierung die Möglichkeit, die Kostenbeteiligung bei Versicherten in einem Versorgungsnetz gemäss Art. 16f herabzusetzen oder ganz aufzuheben (Bst. c). Diese Bestimmung orientiert sich an der Schweizer Bestimmung in Art. 64 Abs. 6 Bst. c CH-KVG. Eine geringere oder ganz erlassene Kostenbeteiligung

soll die Attraktivität von integrierten Versorgungsmodellen für Personen mit hohen Behandlungskosten steigern.¹⁶

Zu Art. 23c (neu) - Zahlungsverzug

Mit diesem neuen Artikel sollen die Grundzüge des Verfahrens bei Zahlungsverzug rechtlich auf Gesetzesebene verankert werden. Inhaltlich wird das Vorgehen nach dem geltenden Art. 36 KVV einschliesslich der bis vor kurzem nach Art. 36 Abs. 2a KVV bestandenen Möglichkeit eines Leistungsaufschubes übernommen.

Dem Artikel wird eine neue Sachüberschrift vorangestellt. Nach 2. „Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber“ und „3. Kostenbeteiligung der Versicherten“ folgt neu „3a. Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen“.

Wie bisher haben die Kassen Versicherte, die sich mit der Bezahlung fälliger Prämien und Kostenbeteiligungen in Verzug befinden, zunächst schriftlich unter Einräumung einer Nachfrist zu mahnen und auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Abs. 1). Beahlt der Versicherte aufgrund der Mahnung weiterhin nicht, so kann die Kasse eine Verfügung zur Bezahlung der ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen erlassen (Abs. 2 Bst. a). Gegen Verfügungen kann ein säumiger Prämienzahler binnen 60 Tagen beim Landgericht Klage erheben (Art. 27 Abs. 2). Auf Grundlage einer rechtskräftigen Verfügung kann bei Gericht Exekution geführt werden.

Abs. 2 Bst. b ermöglicht den Kassen, Versicherte, welche sich für die freie Arztwahl im Rahmen der erweiterten OKP entschieden haben, dann aber die vorgesehene Prämie nicht bezahlen, nach entsprechender Mahnung auf die Standard-

¹⁶Vgl. Botschaft des Schweizerischen Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 15. September 2004.

OKP zurückzustufen. Sobald die Prämie bezahlt wird, lebt die erweiterte Versicherungsdeckung wieder auf.

Durch Abs. 3 erhalten die Kassen die Möglichkeit, einen Leistungsaufschub aufgrund einer rechtskräftigen Verfügung zu setzen. Notfallbehandlungen werden jedenfalls auch im Falle von Prämienrückständen übernommen und die Kasse hat, sobald alle Ausstände beglichen sind, wiederum alle weiteren Behandlungskosten, auch rückwirkend, zu bezahlen. Beim Leistungsaufschub handelt es sich ausdrücklich um eine Kann-Bestimmung. In der Praxis zeigen sich die Kassen oftmals entgegenkommend, indem sie beispielsweise mit Versicherten, die sich in einer vorübergehenden Notlage befinden, Zahlungsvereinbarungen zum Abbezahlen der aufgelaufenen Prämienrückstände in kleinen Raten treffen und auf einen Leistungsaufschub verzichten.

Abs. 4 enthält Regelungen betreffend den Wechsel der Kasse durch einen säumigen Versicherten bzw. betreffend die Möglichkeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch die Kasse. Ein Kassenwechsel ist erst möglich, wenn sämtliche Ausstände bezahlt sind.

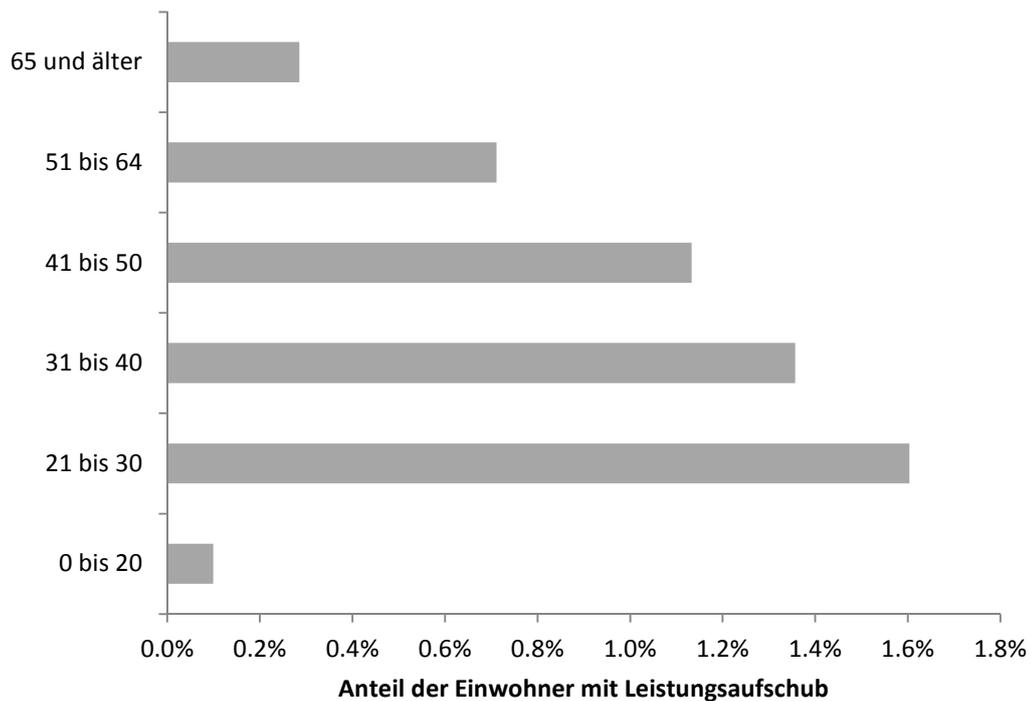
Ärztammer, LIPO und Seniorenbund lehnen die Möglichkeit eines Leistungsaufschubs bei Zahlungsverzug dezidiert ab und hätten diesbezüglich ein grundsätzliches Überdenken erwartet. Nach Ansicht von LIPO und Seniorenbund dürfen die Teilnahme am Gesundheitssystem bzw. der Bezug medizinischer Leistungen nicht direkt an die Bezahlung von Prämie und Kostenbeteiligung gekoppelt sein. Dem geringen finanziellen Vorteil der Kassen stünde ein hohes gesundheitliches Risiko der Patienten gegenüber. Der Seniorenbund sieht in dem Zusammenhang in der Ausweitung der Prämienverbilligung einen wichtigen und gangbaren Schritt. Die LIPO, der Seniorenbund und der Liechtensteinische Dachverband von Berufen der Gesundheitspflege laden die Regierung ein, Vorschläge für mögliche andere, für die Kassen praktikable Lösungen zu überdenken, haben

aber selbst keine konkreteren Anhaltspunkte geliefert, wie mit säumigen Zahlern umgegangen werden soll, abgesehen vom Verweis auf „Hilfestellungen“ bzw. die Übernahme nichtbezahlter Prämien durch Dritte.

Die Regierung sieht, wie bereits im Vernehmlassungsbericht ausgeführt, keinen Anlass zu einer grundsätzlichen Änderung des Verfahrens. Die im Jahr 2016 vorgenommenen Anpassungen des Art. 36 KVV haben sich aus ihrer Sicht bewährt. Notfallbehandlungen sind von einem Leistungsaufschub ausgenommen. Für Personen, die ihre Beiträge mangels Einkommen nicht bezahlen können, gibt es verschiedenste Unterstützungsmöglichkeiten, darunter insbesondere die Prämienverbilligung, die aufgrund von aktuellen Vorstössen im Landtag stark ausgebaut werden soll. Einkommensschwache Personen werden damit treffsicherer unterstützt. Ein indirekter „Erlass“ von Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen für Versicherte, welche sich dazu entscheiden, ihre Beiträge nicht mehr zu bezahlen, wäre hierfür der falsche Ansatzpunkt.

Unter den säumigen Zahlern wird es neben Personen, die nicht bezahlen können, nämlich immer auch solche geben, die nicht bezahlen wollen bzw. bei der Bezahlung von Rechnungen andere Prioritäten setzen. Zahlungsausfälle sind von den Kassen aus dem Prämienvolumen und somit von der Solidargemeinschaft aufzubringen. Ein griffiges Mahn- und Inkassowesen ist somit nicht nur im Sinne der Kassen sondern auch und gerade im Sinne aller Versicherten. Zudem wird das Problem der Prämienausstände auch durch die mit dieser Vorlage vorgesehene Einführung einer Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen verringert. Dadurch wird die Prämienrechnung geringer ausfallen und die Möglichkeiten für einkommensschwache Versicherte, die Prämien vollständig und pünktlich zu bezahlen, verbessern sich gegenüber der heutigen Situation einer einmaligen Auszahlung pro Jahr an die Versicherten. Die heutige Lösung verleitet dazu, das Geld für andere Ausgaben zu verwenden.

Die untenstehende Grafik, welche BuA Nr. 20/2019 (Seite 41) entnommen ist, zeigt, dass vor allem Personen im erwerbsfähigen Alter und speziell auch jüngere Personen wesentlich stärker vom Leistungsaufschub betroffen sind.



Die Ärztekammer ist es wichtig, dass Massnahmen wirksam die „notorischen“ Nichtzahler treffen, welche prinzipiell über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen würden. Sie schlägt daher die Wiedereinführung der Verpflichtung zur Exekutionsführung vor. Eine verpflichtende Anmeldung beim Amt für Soziale Dienste wäre zu prüfen, ebenso die Übernahme von Ausständen, sofern wirtschaftliche Sozialhilfe zugesprochen wird. Exemplarisch genannt wird die zwingende Umstellung auf den tiers garant, mit der Pflicht, ein Depot zu hinterlegen. Ebenso könnte bei erwerbstätigen Versicherten nach erfolgreicher Exekution die Prämienzahlung mittels Lohnabzug verfügt werden.

Die Möglichkeit einer Exekutionsführung auf Grundlage einer rechtskräftigen Verfügung der Kasse besteht weiterhin. Dadurch können offene Forderungen bei

Zahlungsunwilligen einbringlich gemacht werden. Der Zahlungsmodus (tiers payant bzw. tiers garant) ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Eine Umstellung auf den tiers garant im Anlassfall können die Tarifpartner daher vereinbaren.

Der LKV hat darauf hingewiesen, dass die Regelung des Art. 36 Abs. 3 KVV, wonach die Prämienverbilligung bei Zahlungsverzug auf Antrag der Kasse direkt an sie ausbezahlt werden kann, entfallen kann. Aufgrund der vorgesehenen Änderung von Art. 24b Abs. 4 soll die Prämienverbilligung künftig generell an die Kassen ausbezahlt werden.

Die Regierung hat diesen Hinweis aufgegriffen.

Der LKV hat ausserdem noch vorgebracht, in Abs. 5 müsse eine Klarstellung erfolgen, dass eine Kündigung nichtig sei, sofern nicht alle Ausstände bezahlt wurden. Der Versicherte müsse nach Bezahlung eine neuerliche Kündigung vornehmen.

Aus Sicht der Regierung ist dies nicht erforderlich. Die Kündigung durch den säumigen Versicherten hat solange keine Wirkung, als die Kasse diesen nicht entlässt. Dass der Versicherte nach erfolgter Bezahlung der Ausstände nochmals eine Kündigung vornehmen muss, ist zudem nicht einsichtig, hat dieser doch schon davor seinen Willen geäussert, dass er die Kasse wechseln möchte.

Zu Art. 24b Abs. 4 und 4a – Beiträge an einkommensschwache Versicherte

Jede Person mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in Liechtenstein muss sich grundsätzlich obligatorisch für Krankenpflege versichern. Die Beiträge der Versicherten (Prämien und Kostenbeteiligungen) sind einkommensunabhängig für alle Personen einheitlich festgelegt. Als soziales Korrektiv richtet der Staat im Wege der Prämienverbilligung Beiträge an die Prämien und Kostenbeteiligungen einkommensschwacher Versicherter aus. Die Versicherten müssen einen Antrag beim Amt für Soziale Dienste stellen und erhalten bei Vorliegen der entspre-

chenden Voraussetzungen je nach Erwerb einen festgelegten Prozentsatz der Prämie und der Kostenbeteiligung gefördert.

In Abs. 4 war bisher nicht ausdrücklich geregelt, dass die Beiträge an den Versicherten auszuführen sind. In der Praxis wird dies gemacht, da der Versicherte auch der Antragsteller ist. Die Auszahlung erfolgt im Nachhinein in Form einer Einmalzahlung. Eine Auszahlung der Prämienverbilligung an Dritte ist nach geltendem Recht nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Zur Sicherstellung der zweckmässigen Verwendung kann dies im Einzelfall beim ASD beantragt werden (z.B. von einer Krankenkasse, von Amtsstellen oder Personen und Behörden, welche für die Versicherten die Prämie entrichten oder bevorschussen).

Neu sollen die Beiträge zwar weiterhin vom Versicherten beantragt werden, aber die Auszahlung durch das ASD soll direkt an jene Kasse erfolgen, bei der die Person versichert ist. Eine Barauszahlung an die Versicherten soll hinkünftig nicht mehr möglich sein. Dieser Ablauf ist in der Schweiz seit dem Jahr 2014 üblich (Art. 65 Abs. 1 CH-KVG). Die Kassen haben die Beiträge sodann mit der laufenden Prämie zu verrechnen. Damit wird die Prämienverbilligung ihrer ureigenen Funktion besser gerecht, die Versicherten unmittelbar bei den Krankenkassenprämien zu entlasten. Zugleich handelt es sich um eine wirksame ergänzende Massnahme gegen Zahlungsausfälle.

LIPO und Seniorenbund sprechen sich für eine Beibehaltung der heutigen Praxis aus. Es sei nicht davon auszugehen, dass damit die Zahlungsfähigkeit von Versicherten wieder hergestellt werden könne. Es wird als Bevormundung empfunden. Ausserdem sollen die Kassen nicht indirekt auf finanzielle Verhältnisse der bei ihnen versicherten Person rückschliessen können.

Von der überwiegenden Zahl der Vernehmlassungsteilnehmer wird der Vorschlag grundsätzlich gut geheissen, insbesondere, da damit die zweckgerichtete Verwendung sichergestellt werden könne.

Die Regierung hält an der vorgeschlagenen Auszahlung an die Kassen fest. An den geltenden Anspruchsvoraussetzungen (insbesondere Erwerbsgrenzen) und an der Beitragshöhe wird nichts geändert. Diesbezüglich wird auf die beiden parlamentarischen Initiativen zur Prämienverbilligung (BuA Nr. 69/2019 und Nr. 71/2019) sowie auf die entsprechende Behandlung und Beschlussfassung durch den Landtag verwiesen.

Damit die Krankenkassen den Beitrag mit den laufenden Prämien verrechnen können, wird das ASD in Abs. 4a zur zeitgerechten Meldung an die jeweilige Kasse verpflichtet. Die Kasse ihrerseits muss die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die Prämienverbilligung informieren. Bei einem unterjährigen Wechsel der Krankenkasse informiert die vorherige Krankenkasse das ASD und die noch nicht ausbezahlte Prämienverbilligung wird an die neue Krankenkasse weitergeleitet.

Der Zeitpunkt der Meldung an die Kasse ist für die Bezüger von Prämienverbilligungen besonders relevant, da sie bestimmt, wann die Bezüger von der Verbilligung profitieren. In der Schweiz nimmt etwa die Hälfte der Kantone die Meldung an die Krankenkassen im Vorjahr vor, so dass die Prämienverbilligung bereits ab Januar ausbezahlt werden kann. In anderen Kantonen erfolgen die Meldung und die Auszahlung erst im Verlauf des Jahres.¹⁷ Für Liechtenstein ist der zeitliche

¹⁷Vgl. dazu den alle drei Jahre (zuletzt für 2017) erscheinenden Monitoringbericht zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung des BAG, S. 62; zu beziehen unter:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemienverbilligung/monitoringpraemienverbilligung.html>

Ablauf noch zu definieren, nötigenfalls sind auch Anpassungen vorzunehmen. Ein massgebender (Engpass-)Faktor ist dabei das Vorliegen der rechtskräftigen Steuererklärung für das Vorjahr, nach der sich der massgebende Erwerb richtet (Art. 3 PVV¹⁸).

Für die Ärztekammer, welche die Möglichkeit ebenfalls befürwortet, muss sichergestellt sein, dass den Versicherten aus der Umstellung kein Nachteil erwächst, insbesondere auch keine zeitliche Verzögerung. Nach Ansicht der Kammer darf eine Systemumstellung keinen Einfluss auf die bisherige Zeitachse haben.

Am Beispiel des Jahres 2019 ist heute der Antrag beim ASD vollständig ausgefüllt bis zum 31. Oktober 2019 mit einer Kopie der detaillierten Versicherungspolice der Krankenkasse, gültig ab 1. Januar 2019, sowie einer detaillierten Aufstellung der Kostenbeteiligung der Krankenkasse für das Jahr 2018 einzureichen. Nach Vorliegen der rechtskräftigen Steuerdaten des Jahres 2018 leiten die Gemeinden die Erwerbsbescheinigungen direkt an das ASD weiter. Personen ohne ordentliche Steuerveranlagung in Liechtenstein haben dem Antrag eine Kopie des ausländischen Steuerveranlagungsentscheids für das Jahr 2018 sowie eine Vermögensaufstellung beizulegen. Die Auszahlung erfolgt etwa Ende 2019 bis Anfang 2020. Verzögerungen können sich wegen der Berücksichtigung des Arbeitgeberbeitrags für Personen ergeben, welche im massgeblichen Jahr nicht durchgehend oder nicht in gleichbleibendem Beschäftigungsausmass gearbeitet haben.

Mit der beschriebenen Verpflichtung zur zeitgerechneten Meldung an die Kassen und der Verpflichtung der Kassen, diese gleich bei der nächstfolgenden Prämien-

¹⁸ Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (Prämienverbilligungsverordnung; PVV), LGBl. 2017 Nr. 220

rechnung zu berücksichtigen, sollte es gegenüber dem heutigen Ablauf zu keinen gravierenden zeitlichen Verschiebungen kommen. Im Unterschied zu heute werden die Kassen aber keine Einmalzahlung des Gesamtbetrages an ihre Versicherten mehr vornehmen, sondern monatlich Teilbeträge an die Prämie anrechnen.

Die Gemeinde Mauren hat dazu die Frage gestellt, wie die Kassen mit der Prämienverbilligung umzugehen haben. Muss diese über alle zwölf Monate verteilt verrechnet werden oder soll für die ersten Monate die volle Prämie verrechnet werden, sodass z.B. dem Versicherten für drei Monate gar keine Prämie und ab dann die volle Prämie vorgeschrieben wird? Um Klarstellung wird ersucht.

Die Details der Umsetzung sind auf Verordnungsebene zu konkretisieren. Die konkreten Modalitäten sollen dabei unter Einbezug der Kassen und des ASD ausgearbeitet werden. In der Schweiz sind der Zeitpunkt der Auszahlung an die Krankenkassen und der Zeitpunkt der Weitergabe an die Versicherten je nach Kanton unterschiedlich.¹⁹ Wie genau die Beträge in weiterer Folge bei der Fakturierung der Prämien berücksichtigt werden, ist dort Sache der zuständigen Krankenversicherer.

Im Sinne einer regelmässigen Verbilligung der laufenden Prämie wäre aus Sicht der Regierung eine gleichmässige, auf zwölf Monate verteilte Gutschrift wünschenswert. Dies würde auch bei einem unterjährigen Kassenwechsel die Abrechnung und Weitergabe erleichtern.

Die Gemeinde Mauren möchte zudem wissen, ob die Verpflichtung der Kassen, die anspruchsberechtigte zu Person zu informieren, die Information durch das ASD ersetze. Gemäss Art. 27 Abs. 4 KVG, wonach Rechtsmittel gegen Verfügun-

¹⁹Vgl. dazu die Ausführungen im weiter oben zitierten Monitoringbericht des BAG.

gen des ASD erhoben werden können, müsste doch das ASD informieren bzw. die betreffende Person bei Bedarf eine Verfügung erhalten. Die Regierung wird ersucht, dies nochmals zu prüfen.

Der antragsstellenden Person soll auch in Zukunft weiterhin durch das ASD in Form einer Verfügung mitgeteilt werden, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe sie Anspruch auf Prämienverbilligung hat. Die Information durch die Kassen betrifft die tatsächliche Gutschrift bzw. Verrechnung mit der Prämie.

Welche Daten zum Zweck der Kommunikation zwischen Kassen und ASD ausgetauscht werden müssen, ist näher zu definieren. In der Schweiz regelt der Bundesrat die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer (Art. 65 Abs. 2 CH-KVG). Es gilt ein einheitlicher Standard, welcher allenfalls als Vorlage herangezogen werden kann.

Die Ärztekammer legt Wert darauf, dass zwischen ASD und Kassen aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes nur das absolut notwendige Minimum an Daten kommuniziert werden dürfe. Es sei etwas irritierend, dass sich die Regierung im Vernehmlassungsbericht nicht zu dieser Datenminimierung bekenne und nicht bereits geklärt werden konnte, welche Datensätze zwischen den beteiligten Institutionen ausgetauscht werden müssen.

Die beteiligten Institutionen unterliegen der allgemeinen Datenschutzgesetzgebung und im Speziellen den Bestimmungen der Art. 26a und 26b KVG betreffend die Verarbeitung und Offenlegung personenbezogener Daten. Schon allein deswegen dürfen nur jene personenbezogenen Daten verarbeitet bzw. weitergegeben werden, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

Wie ausgeführt gibt es einen einheitlichen Schweizer Standard, welcher als Vorlage herangezogen werden kann. Massgebend hierfür sind das 4. Kapitel, 2. Abschnitt der Schweizer Krankenversicherungsverordnung (CH-KVV), Art. 106b bis

106e, sowie die Verordnung des EDI über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung (VDPV-EDI).

So meldet der Kanton dem Versicherer die versicherten Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligung haben, die Höhe der Prämienverbilligung je berechnete Person und Monat auf fünf Rappen gerundet sowie den Zeitraum in Monaten, für den die Prämienverbilligung ausgerichtet wird. Umgekehrt muss der Versicherer dem Kanton mitteilen, ob er die Meldung einer bei ihm versicherten Person zuordnen kann. Der Versicherer muss dem Kanton ausserdem wesentliche Änderungen im Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihm melden.

Der Versicherer legt dem Kanton eine Jahresrechnung vor. Diese umfasst je berechnete Person die Personendaten nach Art. 105g CH-KVV, den betroffenen Zeitraum, die Monatsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und die ausgerichteten Beträge. Personendaten gemäss Art. 105g CH-KVV sind Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Wohnsitz und AHV-Versichertennummer.

Der Datenaustausch erfolgt gemäss Art. 65 Abs. 2 CH-KVG nach einem einheitlichen Standard. Die verbindliche Einführung dieses Standards ist am 1. Januar 2014 erfolgt. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat auf Seiten der kantonalen Durchführungsstellen die Federführung für die koordinierte Umsetzung übernommen. Als Grundlage für die technische Umsetzung dient ein gemeinsames Konzept, welches in Zusammenarbeit zwischen der GDK und santésuisse erarbeitet wurde.²⁰

²⁰<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/datenaustausch-praemienverbilligung.html>

Das Konzept wird sich weitgehend übernehmen lassen. Liechtensteinspezifische Abweichungen bzw. Ergänzungen wird es aber geben müssen, zum Beispiel hinsichtlich der Kostenbeteiligung, die in Liechtenstein bekanntlich einer Förderung unterliegt, in der Schweiz hingegen nicht.

Zur Übergangsbestimmung und zum Inkrafttreten

Grundsätzlich soll die Vorlage auf den 1. Januar 2021 in Kraft treten.

Die Bestimmungen zum Zahlungsverzug, welche derzeit in der Krankenversicherungsverordnung enthalten sind bzw. welche teilweise vom StGH aufgehoben wurden, sollen unmittelbar nach der Kundmachung auf Gesetzesstufe wirksam werden. Die Regelungen zur Ausrichtung der Prämienverbilligungsbeiträge an die Kassen sollen ab dem Antragsjahr 2020 gelten.

In Bezug auf die Auszahlung der Prämienverbilligung ist mittels einer Übergangsbestimmung klarzustellen, dass der neue Modus erstmals für Anträge ab dem Antragsjahr 2020 zum Tragen kommt. Sämtliche Anträge, welche noch das Antragsjahr 2019 betreffen, sind nach dem alten Recht zu behandeln. Die Auszahlung erfolgt also in diesen Fällen direkt an den Versicherten bzw. den Antragsteller für die Prämienverbilligung. Dies gilt auch dann, wenn die Auszahlung erst nach dem 31.12.2019 erfolgt, weil beispielsweise länger dauernde Abklärungen erforderlich waren.

5.2 Abänderung des Gesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (Unfallversicherungsgesetz; UVersG)

Zu Art. 59a (neu) - Überprüfung der obligatorischen Unfallversicherung

Mit dem vorliegenden Art. 59a (neu) soll die AHV auch mit Arbeitgeberkontrollen in Bezug auf die obligatorische Unfallversicherung betraut werden. Wie bei der betrieblichen Personalvorsorge und beim Krankengeld geht es um eine Überprüfung, ob der Arbeitgeber eine entsprechende Versicherung abgeschlossen hat

(Anschlusskontrolle). Die materiell-rechtliche Zuständigkeit und die Aufsicht über die Unfallversicherung bleiben beim Amt für Gesundheit. Im Übrigen wird auf die Erläuterungen zu Art. 11a (neu) – Überprüfung der Versicherungspflicht für Krankengeld im Abschnitt 5.1 verwiesen.

6. VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT / RECHTLICHES

Die gegenständliche Vorlage wirft keine verfassungsrechtlichen Fragen auf.

7. AUSWIRKUNGEN AUF VERWALTUNGSTÄTIGKEIT UND RESSOURCENEIN- SATZ

7.1 Neue und veränderte Kernaufgaben

Die Auszahlung der Prämienverbilligung durch das ASD soll künftig statt direkt an die Versicherten an die Kassen erfolgen, damit eine Verrechnung im Zuge der laufenden Prämienfakturierung erfolgen kann. Gänzlich neu ist für das ASD in dem Zusammenhang die Notwendigkeit zur Koordination und zum Datenaustausch mit den Kassen. Hierzu müssen neue Schnittstellen und Prozessbeschriebe etabliert werden, für die aber auf Schweizer Vorlagen zurückgegriffen werden kann.

Der AHV wird mit der Kontrolle der Versicherungspflicht beim Krankengeld sowie in Bezug auf die obligatorische Unfallversicherung eine neue Aufgabe zugewiesen. Nachdem derartige Anschlusskontrollen schon im Geltungsbereich des BPVG erfolgen, ergeben sich hierbei grosse Synergien.

7.2 Personelle, finanzielle, organisatorische und räumliche Auswirkungen

Zur Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft hatte die Regierung im Rahmen der Postulatsbeantwortung (BuA Nr. 6/2018) den jährlichen Einnah-

menausfall auf den vorliegenden Kostendaten der 20- bis 45-jährigen Frauen abgeschätzt. Je nachdem, ob auch eine freiwillig gewählte höhere Kostenbeteiligung der Befreiung unterliegen soll oder nicht, sowie in Abhängigkeit von der Dauer der Befreiung (acht oder zehn Wochen nach der Geburt), wurde der Entfall an Kostenbeteiligung mit CHF 150'000 bis CHF 170'000 pro Jahr beziffert. Dies entspricht rund 0.1% des Prämienvolumens oder umgerechnet auf die Durchschnittsprämie weniger als 50 Rappen pro Monat und versicherte Person. Bei diesen Angaben handelt es sich wohlgerne um Einnahmehausfälle der Kassen und nicht um unmittelbare finanzielle Auswirkungen für den Staat.

Zu den Implementierungskosten beim ASD aufgrund der geänderten Auszahlungsmodalitäten der Prämienverbilligung können derzeit noch keine genauen Angaben gemacht werden.

Ähnlich wie bei der Einführung der Anschlusskontrollen im Rahmen des BPVG kann davon ausgegangen werden, dass die zusätzlichen Kosten für die Prüfung der Versicherungspflicht beim Krankengeld sowie bei der obligatorischen Unfallversicherung gering sein werden, da die Arbeitgeberprüfung durch die AHV grundsätzlich im Rahmen ihrer eigenen Prüfungstätigkeiten bereits erfolgt.²¹ Die AHV geht davon aus, dass der geringe Zusatzaufwand, wie schon bei den BPVG-Anschlusskontrollen, vom Land Liechtenstein abzugelten wäre, und zwar ohne nähere Unterscheidung, ob eine BPVG oder KVG-Kontrolle durchgeführt wird.

7.3 Evaluation

Es kann davon ausgegangen werden, dass die zusätzlichen Aufgaben mit den bestehenden personellen und finanziellen Ressourcen bewältigt werden können.

²¹Vgl. BuA Nr. 44/2005, S.32.

II. ANTRAG DER REGIERUNG

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen unterbreitet die Regierung dem Landtag den

Antrag,

der Hohe Landtag wolle diesen Bericht und Antrag zur Kenntnis nehmen und die beiliegenden Gesetzesvorlagen in Behandlung ziehen.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Landtagspräsident, sehr geehrte Frauen und Herren Abgeordnete, den Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung.

**REGIERUNG DES
FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN**

gez. Adrian Hasler

III. REGIERUNGSVORLAGEN

1. ABÄNDERUNG DES KRANKENVERSICHERUNGSGESETZES

Gesetz

vom ...

**betreffend die Abänderung des Gesetzes über die
Krankenversicherung**

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine
Zustimmung:

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. 2 Bst. c

- 2) Die Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:
- c) Mutterschaft; sie umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

Art. 4c

Verwaltungskosten

1) Die Kassen haben die Verwaltungskosten für die Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken. Zu den Verwaltungskosten zählen unter anderem die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung.

2) Die Kassen weisen in ihrer Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlungsprovisionen gesondert aus.

3) Die Regierung kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen. Sie kann insbesondere Vorschriften über die Höhe der Entschädigung der Vermittlertätigkeit und der Kosten für Werbung festlegen.

Art. 9 Abs. 3

3) Der Versicherungsschutz ist dem in die Kasse Aufgenommenen vom ersten Tag der Mitgliedschaft an zu gewähren. Vorbehalten bleibt Art. 15 Abs. 2.

Art. 11a

Überprüfung der Versicherungspflicht für Krankengeld

1) Die Liechtensteinische Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) überprüft, ob die von ihr erfassten Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer nach Massgabe von Art. 7 Abs. 1 Bst. b iVm Art. 14 für Krankengeld versichert haben.

2) Der Arbeitgeber muss der AHV alle für die Überprüfung nach Abs. 1 notwendigen Auskünfte erteilen. Auf Verlangen muss der Arbeitgeber eine Bescheinigung über die abgeschlossene Krankengeldversicherung zustellen, aus der

hervorgeht, dass eine Krankengeldversicherung für die Arbeitnehmer abgeschlossen wurde.

3) Die AHV fordert die Arbeitgeber, die ihrer Auskunftspflicht nicht nachgekommen sind, auf, innert zwei Monaten eine Bescheinigung über die abgeschlossene Krankengeldversicherung vorzulegen. Kommt der Arbeitgeber dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, meldet die AHV dies dem Amt für Gesundheit.

4) Das Amt für Gesundheit weist den säumigen Arbeitgeber einer Kasse zur Versicherung für Krankengeld seiner Arbeitnehmer zu. Die Regierung legt durch Verordnung das Verfahren zur Zuweisung der säumigen Arbeitgeber fest.

5) Das Amt für Gesundheit erlässt Richtlinien über den Ablauf und den Zeitpunkt der Überprüfung der Versicherungspflicht sowie über die zu liefernden Dokumente.

Art. 12 Abs. 1 und 5

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

5) Aufgehoben

Art. 14 Abs. 3 und 3a

3) Das Krankengeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 % des versicherten Verdienstes; als versicherter Verdienst gilt der letzte vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogene Lohn. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % wird das Krankengeld entsprechend gekürzt.

3a) Die Regierung legt mit Verordnung den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes nach Abs. 3 fest und bezeichnet die dazugehörenden Nebenbezüge. Sie erlässt Bestimmungen über den versicherten Verdienst in Sonderfällen, insbesondere bei:

- a) Versicherten, auf deren Löhne wegen des Alters keine Beiträge der AHV erhoben werden;
- b) Versicherten, die unregelmässig beschäftigt sind.

Art. 15

Leistungen bei Mutterschaft

1) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft. Diese Leistungen umfassen:

- a) die von Ärzten oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;
- b) die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte oder Hebammen;
- c) die notwendige Stillberatung;
- d) die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält.

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

3) Die Leistungen nach Art. 14 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. Diese Leistung darf nicht auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Art. 14 Abs. 1 Bst. b angerechnet werden und ist auch nach deren Ausschöpfung zu leisten.

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

Art. 16c Abs. 2

2) Leistungserbringer, die nicht Mitglied eines am Vertrag beteiligten Verbandes sind, haben einen angemessenen, im Vertrag festzulegenden Beitrag an die Kosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung zu leisten. Ist eine Kategorie von Leistungserbringern nicht in einem Verband zusammengeschlossen, erfolgt der Vertragsabschluss mit den einzelnen Leistungserbringern.

Art. 16f Abs. 1 und 4

1) Der Kassenverband oder eine Kasse 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.

4) Der Versorgungsvertrag zwischen dem Versorgungsnetz und dem Kassenverband oder einer Kasse bedarf der Genehmigung der Regierung.

Art. 18 Abs. 2a

2a) Die Kassen müssen den Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - mit Ausnahme der Versicherten, die einem Versorgungsnetz nach Art. 16f beigetreten sind - eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung anbieten, welche die Kosten sowohl bei zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern als auch die nach Abs. 2 nicht übernommenen Leistungen bis maximal zur Höhe der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarife übernimmt. Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung.

Art. 22 Abs. 4

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 Verdienstes zu erheben.

Art. 23 Abs. 4

Aufgehoben

Art. 23b

c) Abweichungen von der Kostenbeteiligung

1) Für folgende Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird keine Kostenbeteiligung nach Art. 23 oder 23a erhoben:

- a) Vorsorgeuntersuchungen;
- b) Leistungen bei Mutterschaft;

- c) Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche;
- d) sonstige Leistungen, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis zehn Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

2) Die Regierung kann mit Verordnung die Kostenbeteiligung nach Art. 23:

- a) für bestimmte Leistungen bis zum doppelten Betrag erhöhen;
- b) für bestimmte Leistungen, insbesondere bei Chronischkranken, herabsetzen oder aufheben;
- c) bei Versicherten in einem Versorgungsnetz (Art. 16f) herabsetzen oder aufheben.

Sachüberschrift vor Art. 23c

3a. Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 23c

Zahlungsverzug

1) Bezahlen Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, hat die Kasse die Versicherten schriftlich unter Einräumung einer Nachfrist von 30 Tagen zu mahnen und auf die Folgen des Zahlungsverzuges nach Abs. 2 und 3 hinzuweisen.

2) Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, so kann die Kasse:

- a) die Bezahlung der ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen nach Massgabe von Art. 27 verfügen;

b) eine erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 18 Abs. 2a in eine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 18 Abs. 2 umwandeln.

3) Die Kasse kann aufgrund einer rechtskräftigen Verfügung Exekution führen und die Übernahme der Kosten für weitere Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen bis zur Einbringlichkeit der Prämien oder Kostenbeteiligungen bzw. bis zu deren Bezahlung aufschieben.

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

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

Art. 24b Abs. 4 und 4a

4) Die Beiträge zur Prämienverbilligung werden auf Antrag der Versicherten durch das Amt für Soziale Dienste ausgerichtet. Die Beiträge werden direkt an die Kasse ausbezahlt, bei der diese Personen versichert sind.

4a) Das Amt für Soziale Dienste meldet der Kasse unverzüglich bei Vorliegen der rechtskräftigen Verfügung die anspruchsberechtigten Versicherten und die Höhe der Beiträge. Die Kasse informiert den anspruchsberechtigten Versi-

cherten spätestens bei der nächsten Prämienfakturierung über die Verrechnung der rechtskräftig zugesprochenen Beiträge zur Prämienverbilligung.

II.

Übergangsbestimmung

Art. 24b Abs. 4 und 4a ist erstmals für die Auszahlung der Beiträge zur Prämienverbilligung des Antragsjahres 2020 anzuwenden.

III.

Inkrafttreten

1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich Abs. 2 am 1. Januar 2021 in Kraft.

2) Die Sachüberschrift vor Art. 23c, Art. 23c sowie Art. 24b Abs. 4 und 4a treten am Tag nach der Kundmachung in Kraft.

2. **ABÄNDERUNG DES UNFALLVERSICHERUNGSGESETZES**

Gesetz

vom ...

über die Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes

Dem nachstehenden vom Landtag gefassten Beschluss erteile Ich Meine Zustimmung:

I.

Abänderung bisherigen Rechts

Das Gesetz vom 28. November 1989 über die obligatorische Unfallversicherung (Unfallversicherungsgesetz; UVersG), LGBl. 1990 Nr. 46, wird wie folgt abgeändert:

Art. 59a

Überprüfung der obligatorischen Unfallversicherung

1) Die Liechtensteinische Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) überprüft, ob die von ihr erfassten Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer nach Massgabe von Art. 1 Abs. 1 iVm Art. 3 obligatorisch versichert haben.

2) Der Arbeitgeber muss der AHV alle für die Überprüfung nach Abs. 1 notwendigen Auskünfte erteilen. Auf Verlangen muss der Arbeitgeber eine Be-

scheinigung über die abgeschlossene Unfallversicherung zustellen, aus der hervorgeht, dass eine Versicherung für die Arbeitnehmer abgeschlossen wurde.

3) Die AHV fordert die Arbeitgeber, die ihrer Auskunftspflicht nicht nachgekommen sind, auf, innert zwei Monaten eine Bescheinigung über die abgeschlossene Unfallversicherung vorzulegen. Kommt der Arbeitgeber dieser Anforderung nicht fristgerecht nach, meldet die AHV dies dem Amt für Gesundheit.

4) Das Amt für Gesundheit weist den säumigen Arbeitgeber einem Versicherer zur Versicherung seiner Arbeitnehmer zu. Die Regierung legt durch Verordnung das Verfahren zur Zuweisung der säumigen Arbeitgeber fest.

5) Das Amt für Gesundheit erlässt Richtlinien über den Ablauf und den Zeitpunkt der Überprüfung der Versicherungspflicht sowie über die zu liefernden Dokumente.

II.

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt gleichzeitig mit dem Gesetz vom ... betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung in Kraft.