

**VERNEHMLASSUNGSBERICHT**

**DER REGIERUNG**

**BETREFFEND**

**DIE ABÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE**

**KRANKENVERSICHERUNG (KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ; KVG)**

**Ministerium für Gesellschaft**

**Vernehmlassungsfrist: 5. Juli 2019**



## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Zusammenfassung .....	4
Zuständiges Ministerium.....	5
Betroffene Stellen .....	5
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 beim Krankengeld.....	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 .....	15
3. Schwerpunkte der Vorlage .....	16
3.1 Leistungen bei Mutterschaft und Befreiung von der Kostenbeteiligung.....	16
3.1.1 Befreiung während eines definierten Zeitraums.....	16
3.1.2 Frühe Fehlgeburt.....	20
3.1.3 Schwangerschaftsabbruch .....	22
3.1.4 Leistungen nach der Geburt .....	23
3.1.5 Freiwillig höhere Kostenbeteiligung .....	24
3.2 Versorgungsnetze.....	26
3.3 Krankengeld: Versicherter Verdienst .....	28
3.4 Entschädigung von Versicherungsvermittlern (Provisionen, Maklergebühren, Courtagen).....	33
3.5 Gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug .....	38
3.6 Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen .....	41
4. Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln .....	45
5. Verfassungsmässigkeit / Rechtliches.....	56
6. Regierungsvorlage .....	57

## **ZUSAMMENFASSUNG**

*Die gegenständliche Vorlage hat die Themen Leistungen bei Mutterschaft und Befreiung von der Kostenbeteiligung, Versorgungsnetze, Krankengeld (versicherter Verdienst), Entschädigung von Versicherungsvermittlern (Provision, Maklergebühren und Courtagen), die gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug sowie die Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen zum Gegenstand.*

*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 diese allgemeine 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 auch einer einzelnen Krankenkasse möglich sein, einen diesbezüglichen Versorgungsvertrag abzuschliessen. Bisher besteht diese Möglichkeit nur für den Kassenverband als Ganzes.*

*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.*

*Die Entschädigung von Versicherungsvermittlern soll in der vorliegenden Vorlage nicht generell verboten, aber die Regierung ermächtigt werden, auf Verordnungsebene entsprechende Regelungen zu erlassen. Damit soll eine marktübliche Entschädigung der Vermittlertätigkeit weiterhin erlaubt bleiben, wobei das „Auftraggeberprinzip“ gestärkt werden soll. 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 Zah-*

*lungsverzug 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 sollen mit dieser Vorlage ebenfalls nicht geändert werden.*

**ZUSTÄNDIGES MINISTERIUM**

Ministerium für Gesellschaft

**BETROFFENE STELLEN**

Amt für Gesundheit

Amt für Soziale Dienste



Vaduz, 7. Mai 2019

LNR 2019-616

P

## 1. AUSGANGSLAGE

Im Zentrum der letzten grösseren Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes (LGBl. 2016 Nr. 2 und 2017 Nr. 418) standen Strategien zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Auslöser waren die fortschreitend hohen und steigenden Gesundheitsausgaben.<sup>1</sup> Von der Jahrtausendwende bis zum Jahr 2013 hatten sich die Aufwendungen für die obligatorisch Versicherten nahezu verdoppelt. Die Kosten der OKP wuchsen in diesem Zeitraum um durchschnittlich 4-5% pro Jahr, während das liechtensteinische Bruttoinlandsprodukt demgegenüber um gerade einmal durchschnittlich 2.1% pro Jahr angewachsen war.

Es war und ist unbestritten, dass mit steigendem Alter auch die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen und damit die Gesundheitskosten steigen. Mittels einer einfachen Simulation wurde versucht, diesen Einfluss zu quantifizieren. Die Berechnungen ergaben damals als Grössenordnung für den demografischen Effekt eine Wachstumsrate von 2.7% pro Jahr. Da sich die Anzahl der Versicherten ebenfalls erhöht, sollten die Kosten pro versicherte Person mit rund 2% pro Jahr etwas weniger stark steigen. Ziel der jüngeren Bemühungen war es, das reale Kostenwachstum spürbar in Richtung der aufgrund der Demografie zu erwartenden Zuwachsrates zu dämpfen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetzes; KVG) und weiterer Gesetze vom 8. Juli 2014 (LNR 2014-875), S.12 ff; [https://www.llv.li/files/srk/Vernehmlassungsbericht%20Krankenversicherung\\_3.pdf](https://www.llv.li/files/srk/Vernehmlassungsbericht%20Krankenversicherung_3.pdf).

Unter den ergriffenen Massnahmen sind insbesondere zu nennen: Die Steigerung der Eigenverantwortung durch Erhöhung der Kostenbeteiligung, die Schärfung der Bestimmungen über die Bedarfsplanung und über OKP-Verträge, die Straffung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens, die Stärkung der Rolle der Regierung in Tariffragen sowie die gesetzliche Verankerung der geltenden gesamtschweizerischen Tarifstruktur (Tarmed) für die Berechnung ärztlicher Leistungen.

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.

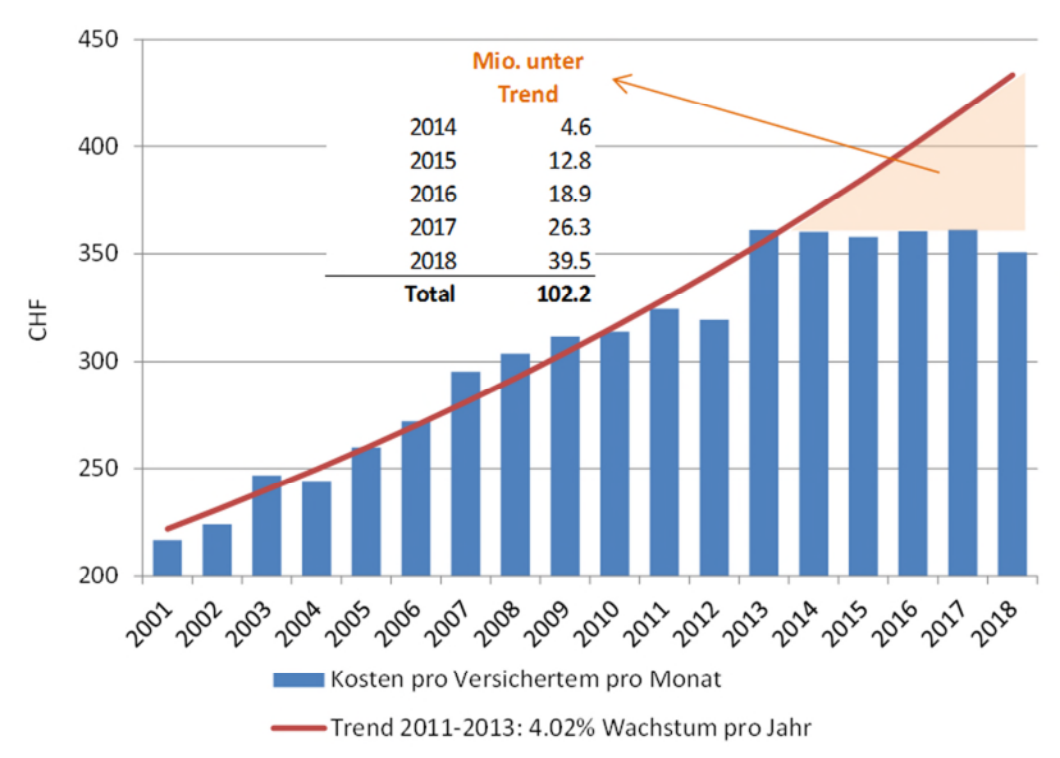


Abbildung 1: Entwicklung der Kosten pro Versicherungsmonat in der OKP 2001-2018

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 ist. In den beiden nachfolgenden Jahren sind die Prämien im Mittel ebenfalls zurückgegangen. Ausserdem leistet 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. Rund CHF 8 Mio. beträgt das Gesamtvolumen der Rückzahlung, welche in die Berechnung der untenstehenden Durchschnittsprämie nicht eingeht, sondern für die Begünstigten eine weiter gehende Verbesserung darstellt.

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 (322)	-8.8% (-7.2)
2018	311 (324)	-1.8% (+0.6)
2019	308 (325)	-1.0% (+0.3)

\*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. In Klammer ist ab 2017 die Durchschnittsprämie mit gesetzlicher Kostenbeteiligung angegeben.

**Tabelle 1: Entwicklung der Durchschnittsprämie in der OKP 2013 bis 2019**

Quelle: Rechenschaftsberichte der Regierung an den Hohen Landtag

Die Kostenentwicklung und damit die Prämie unter Kontrolle zu halten, wird weiterhin eine ständige Herausforderung im Gesundheitswesen bleiben. Für den Moment sind jedoch keine grösseren Systemveränderungen angezeigt, sondern es stehen einzelne Änderungen und Korrekturen an, die mit der vorliegenden

Vernehmlassung aufgegriffen werden sollen. Zudem müssen die geschaffenen und in den letzten Jahren verbesserten Werkzeuge im Bereich der Kostensteuerung konsequent angewendet werden.

Insbesondere soll mit dieser Vorlage 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 sollten. 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 werdenden 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**

Das Ministerium für Gesellschaft hat mit dem „Gesundheitsseminar“ 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 eines integrierten Versorgungssystems mit interessierten Leistungserbringern.<sup>2</sup> Die Regierung hatte 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 ebenfalls die Prüfung neuer Versorgungsmodelle für die ambulante Akutversorgung vorgesehen.<sup>3</sup>

---

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

<sup>3</sup> 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.

Im Schlussbericht des Gesundheitsseminars wird als notwendiger Reformschritt die Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für Managed-Care-Systeme oder integrierte Versorgungsmodelle gefordert, welche auch Anreize für Leistungserbringer und Nutzer inkludieren.<sup>4</sup> 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. Ergänzend sind Regelungen zu treffen, die die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer auf der einen und die damit verbundene Möglichkeit zur Gewährung von Ermässigungen bei Prämie und Kostenbeteiligung auf der anderen Seite ermöglichen.

### **2.3 Versicherter Verdienst beim Krankengeld**

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 Lohnbestandteile in der Krankenversicherung und der Unfallversicherung sinnvoll sei. Zudem solle der Einbezug einmaliger Zulagen, wie z.B. Heirats- und Geburts-

---

<sup>4</sup> Vgl. Güntert (2018), S. 24.

zulagen oder Treueprämien, in die beitragspflichtigen Lohnsummen kritisch hinterfragt werden.

Das KVG ist bezüglich des versicherten Verdienstes beim Krankengeld heute weniger genau als das Unfallversicherungsgesetz (UVersG). 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 – vergleichbar mit der betrieblichen Personalvorsorge – nicht mit der Überprüfung der Beitragsabrechnung, sondern mit Anschlusskontrollen beauftragt werden, d.h. der Überprüfung, ob ein Unternehmen überhaupt eine Taggeldversicherung abgeschlossen hat. Die Kontrolle der Beitragshöhe ist richtigerweise im Bereich der Kassen 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 teilweise Makler bzw. Versicherungsvermittler beauftragt, die für ihre Leistungen eine Vergütung (Provision, Maklergebühr, Courtage) berechnen. In diesem Zusammenhang werden Entschädigungsmodelle, die zu Lasten der Prämie gehen, im Bereich der Sozialversicherung von einigen Stellen kritisch gesehen. Von anderen wiederum wird ein generelles Verbot von

Vermittlerentschädigungen nicht befürwortet, da es sehr wohl Auftragsverhältnisse gebe, in denen Versicherungsvermittler relevante Leistungen für Unternehmen oder Kassen erbringen, die angemessen zu entschädigen wären.

Bislang konnten sich die Kassen untereinander nicht auf ein einheitliches Vorgehen einigen.

Mit der Richtlinie (EU) 2016/97, die in Liechtenstein mit dem Versicherungsvertriebsgesetz (VersVertG, LGBl. 2018 Nr. 9) umgesetzt wurde, liegen mittlerweile neue Regelungen zu Fragen der Versicherungsvermittlung vor. Die EU-Richtlinie und das erwähnte Gesetz finden allerdings für die unter ein gesetzliches System der sozialen Sicherheit fallenden Versicherungen keine Anwendung. In der Stellungnahme zur 2. Lesung des VersVertG wurde dazu festgehalten: *„Sollte ein Regulierungsbedarf hinsichtlich der Provisionierung für die Krankenversicherung nach KVG bestehen, müsste dies nach Ansicht der Regierung gesondert geregelt werden.“*<sup>5</sup>

Mit der Vorlage soll die Regierung nun ermächtigt werden, auf Verordnungsebene entsprechende Regelungen zu erlassen. Es soll dabei kein generelles Provisionsverbot vorgesehen werden. Eine marktübliche Entschädigung der Vermittlertätigkeit soll erlaubt bleiben, wobei das „Auftraggeberprinzip“ gestärkt und die Transparenz über Art und Höhe der Vergütung sichergestellt werden sollen.

## **2.5 Gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug**

Der Staatsgerichtshof hob mit Urteil vom 25. März 2019 Art. 36 Abs. 2a KVV als gesetzwidrig auf und trug der Regierung auf, dies unverzüglich im Landesgesetzblatt kundzumachen. In seiner Begründung führt der Staatsgerichtshof aus, die in Art. 13 Abs. 3 KVG vorliegende Verordnungsermächtigung reiche für die in Art.

---

<sup>5</sup> BuA Nr. 93/2017, S. 8.

36 Abs. 2a KVV im Jahre 2106 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 weist 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 sollen die bisher auf Verordnungsebene enthaltenen Regeln zum Zahlungsverzug neu in das Gesetz aufgenommen werden. Eine inhaltliche Änderung soll dabei nicht erfolgen.

## **2.6 Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen**

Die Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden einheitlich und unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen einer Person erhoben („Einheitsprämie“, „Kopfprämie“). Die Prämien selbst sind nicht einkommensabhängig. Einkommensschwache Versicherte erhalten aber staatliche Beiträge an ihre Prämien und Kostenbeteiligungen (Art. 24b KVG). Durch diese Form der Prämienverbilligung findet das Einkommen, und somit die soziale Kompo-

nente 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 die Beiträge mit der laufenden Prämie, sodass für die Versicherten eine Entlastung unmittelbar auf der Prämienrechnung wirksam wird.

Der Liechtensteinische Krankenkassenverband hat angeregt, dieses Vorgehen aus der Schweiz für Liechtenstein zu übernehmen. Dies wäre zudem eine zusätzliche und direkt wirksame Massnahme gegen Zahlungsausfälle. Die Ausrichtung der Prämienverbilligung soll wie bisher auf Antrag des Versicherten erfolgen. Derzeit sind politische Diskussionen um eine Veränderung der Prämienverbilligung im Gang. Die Anspruchsvoraussetzungen sollen jedoch in dieser Vorlage nicht verändert werden. Das soll gegebenenfalls Gegenstand einer weiteren Vorlage zur Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes sein.

### **3. SCHWERPUNKTE DER VORLAGE**

#### **3.1 Leistungen bei Mutterschaft und Befreiung von der Kostenbeteiligung**

##### **3.1.1 Befreiung während eines definierten Zeitraums**

Mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung sollen die Schweizer Regelungen betreffend die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft weitgehend

übernommen werden. Neu sollen im Zeitraum ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Geburt und in den ersten Wochen danach neben den (besonderen) Leistungen bei Mutterschaft im engeren Sinn auch jegliche Leistungen bei Krankheit von der Kostenbeteiligung befreit werden. Damit wird der Motion vom 6. September 2017 (anlässlich der Landtagssitzung vom 4. Oktober 2017 umgewandelt in ein Postulat) Rechnung getragen.

Im Rahmen der Postulatsbeantwortung (BuA Nr. 6/2018) hatte die Regierung den jährliche Einnahmehausfall 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.

Versicherte haben sich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Kosten zu beteiligen. Neben Vorsorgeuntersuchungen sind Leistungen bei Mutterschaft gemäss Art. 23 Abs. 4 KVG von der Kostenbeteiligung befreit. Die Leistungen bei Mutterschaft sind in Art. 15 Abs. 3 bis 5 KVG beschrieben. Bezahlt werden die Geburtshilfe durch Arzt und Hebamme (im Spital oder zu Hause), die nötigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von zehn Wochen nach der Niederkunft, ebenso 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 gelten als Leistungen im Sinne von Art. 13, also als Leistungen aufgrund von Krankheit, auf die eine Kostenbeteiligung zu erheben ist.

In der Schweiz war die Regelung bis Anfang 2014 ebenso. Die dortige Rechtsprechung hatte insbesondere für Schwangerschaftskomplikationen ausdrücklich die Kostenbeteiligungspflicht bejaht. Diese unterliegen demnach - aktuell in Liechtenstein und früher auch in der Schweiz - grundsätzlich der Kostenbeteiligung. Auf Spitalaufenthalte zwecks Vermeidung einer Frühgeburt muss die Kostenbeteiligung erhoben werden. Ebenso gilt dies beispielsweise für eine medikamentöse Therapie bei Rhesusunverträglichkeit. Auch ein Medikament, das zur Behandlung einer aufgrund der Schwangerschaft aufgetretenen Thrombose verabreicht wird, unterliegt der Kostenbeteiligung.<sup>6</sup>

Zur Abgrenzung zwischen Leistungen bei Mutterschaft und Krankheit unterschied die Schweizer Rechtsprechung (altrechtlich, also vergleichbar mit dem geltenden Liechtensteiner Recht) zwischen Früh- und Fehlgeburt wie folgt: Als Entbindung galten eine Frühgeburt nach der 28. und vor Beendigung der 37. Schwangerschaftswoche, selbst wenn das Kind nicht lebensfähig war, sowie auch die Geburt eines lebensfähigen Kindes vor der 28. Schwangerschaftswoche. Von einer Fehlgeburt sprach man in allen anderen Fällen. Letztere war der Krankheit gleichgestellt. Sämtliche mit einer Fehlgeburt verbundene Kosten (Spitalaufenthalt, Kürettage, Laborkosten, Nachuntersuchungen etc.) waren in der Schweiz früher und sind in Liechtenstein nach wie vor kostenbeteiligungspflichtig.

Um die Betroffenen finanziell zu entlasten, beschloss das Schweizer Parlament das KVG zu ändern: Seit 1. März 2014 dürfen Schweizer Versicherer grundsätzlich keine Kostenbeteiligung mehr erheben auf die allgemeinen Leistungen, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden. Somit sind in der Schweiz die spezifi-

---

<sup>6</sup> Für 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.

schen Leistungen bei Mutterschaft (u.a. Kontrolluntersuchungen und Entbindung) generell und die allgemeinen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung während des angegebenen Zeitraums von der Kostenbeteiligung befreit.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

Beginn und Ende des Zeitraums für die Befreiung von der Kostenbeteiligung sind auf Verordnungsebene näher zu präzisieren. Als Vorlage hierfür kann auf die ergänzenden 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 (vgl. Art. 105 Abs. 1 CH-KVV). Die acht (allenfalls zehn) Wochen nach der Niederkunft berechnen sich ausgehend vom effektiven Geburtstermin und nicht etwa von einem voraussichtlich ermittelten Termin.<sup>9</sup> In der Schweiz wurde ausserdem konkretisiert, dass eine Totgeburt nach

---

<sup>7</sup> 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>).

<sup>8</sup> Siehe 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>).

<sup>9</sup> Vgl. Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an die KVG-Versicherer zum Thema Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung vom 16. März 2018, S. 12f.

der 23. Schwangerschaftswoche als Niederkunft gelte (Art. 105 Abs. 2 CH-KVV). Frühere Fehlgeburten sind per Definition keine Niederkunft, somit kommt die Regelung, wonach Leistungen bis acht (allenfalls zehn) Wochen nach der Niederkunft von der Kostenbeteiligung befreit sind, grundsätzlich nicht zur Anwendung.

### 3.1.2 Frühe Fehlgeburt

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. Geplante Schwangerschaftsabbrüche könnten und dürfen aber ausdrücklich nicht von der Befreiung begünstigt werden.

Zunächst ist in dieser Sache eine Begriffsklärung angebracht: Von einer Totgeburt spricht man, wenn ein Kind prinzipiell lebensfähig gewesen wäre. „Eine Totgeburt liegt vor, wenn nach der Geburt eines Kindes kein erkennbares Lebenszeichen nachzuweisen ist und gewisse Mindestmaße (meist 500–1000 g Körpergewicht, 25–35 cm Körperlänge, 21–28 Wochen Schwangerschaftsdauer) erfüllt sind, andernfalls spricht man von einer Fehlgeburt. Die Mindestmaße und Lebenszeichen unterscheiden sich je nach Land, Institution und Zeitpunkt.“<sup>10</sup>

Hier können also nur Fehlgeburten gemeint sein, und zwar solche, die sich vor der 12. – 14. Schwangerschaftswoche ereignen. Diese werden auch als Frühaborte bezeichnet.

---

<sup>10</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Totgeburt#cite\\_note-det-1](https://de.wikipedia.org/wiki/Totgeburt#cite_note-det-1)

In eine ähnliche Richtung geht die Motion „Kostenbefreiung für Schwangere während der ganzen Schwangerschaft“, welche die Abgeordnete Irène Kälin am 7. März 2019 im Schweizer Nationalrat eingereicht hat. Der Bundesrat soll damit beauftragt werden, das dortige Bundesgesetz über die Krankenversicherung (unter Art. 64 Abs. 7 Bst. b) dahingehend anzupassen, dass die Kostenbefreiung während einer Schwangerschaft ab der ersten Schwangerschaftswoche greife. Die Motion wurde im Nationalrat noch nicht behandelt.<sup>11</sup>

In der Landtagsdiskussion wurde als Begründung für die geforderte Befreiung unter anderem auf die Häufigkeit von Fehlgeburten hingewiesen. Jede Frau, die mindestens zwei lebende Kinder geboren habe, habe statistisch gesehen mindestens auch eine Fehl- oder Totgeburt erfahren. Die statistischen Angaben hierzu gehen auseinander und sind gleichzeitig auch zu relativieren.<sup>12</sup> Die Gefahr, ein Kind zu verlieren, ist am Anfang der Schwangerschaft am grössten und nimmt mit zunehmender Schwangerschaftsdauer ab. Die Zählung der Schwangerschaftswochen beginnt ab dem 1. Tag der letzten Periode. Die Befruchtung findet also in der 2.-3. Schwangerschaftswoche statt. Etwa 80% der Fehlgeburten passieren in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen. Die häufigsten darunter betreffen wiederum sehr frühe Fehlgeburten, bis zur 4./5. Schwangerschaftswoche. Eine Schwangerschaft ist zu diesem Zeitpunkt nur biochemisch, also mittels Urin- oder Bluttest, nachweisbar. Meist wusste die Frau zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht, dass sie schwanger war. Sobald ein Herzschlag des Fötus am Ultraschall erkennbar ist (dies ist üblicherweise ab der 6. oder 7. Schwangerschaftswoche der Fall), spricht man von einer klinischen Schwangerschaft. Etwa 15% aller klinischen Schwangerschaften enden als Fehlgeburt.

---

<sup>11</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20193070>

<sup>12</sup> Zu den folgenden Angaben vgl. <https://www.kinderwunsch-uk-bonn.de/wiederholte-fehlgeburten/haeufigkeit-von-fehlgeburten/>

Die meisten Fehlgeburten vor der 12.-14. Schwangerschaftswoche verlaufen unbemerkt als spontane Aborte. Vielfach ist daher auch keine Behandlung notwendig. In manchen Fällen wird eine Kürettage durchgeführt.

Die Regierung greift die Anregung auf, indem unter den besonderen Leistungen bei Mutterschaft „Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche“ mit aufgenommen werden. Es handelt sich vor der 13. Schwangerschaftswoche wohlgerne um keine allgemeine Kostenbefreiung. Wie bei den anderen (besonderen) Leistungen bei Mutterschaft, etwa den notwendigen Kontrolluntersuchungen, soll in weiterer Folge auf Verordnungsebene konkretisiert werden, um welche Leistungen es sich handelt (z.B. eine Kürettage). Zu berücksichtigen wären allenfalls auch Leistungen im Zusammenhang mit einer Windmole (einer Schwangerschaftsanlage, die sich nicht weiterentwickelt), oder bei einer Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter (Fachbegriff Extrauterin-Gravidität), im speziellen einer Eileiterschwangerschaft. Zur Festlegung im Detail wird die Regierung, wie es beim Leistungskatalog der OKP vorgesehen ist, die Leistungskommission gestützt auf Art. 46 Abs. 3 KVV mit der Ausarbeitung einer Empfehlung beauftragen.

### 3.1.3 Schwangerschaftsabbruch

In der Diskussion wurde ausserdem angesprochen, dass Leistungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch nicht von der Kostenbeteiligung befreit werden dürften. 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 (§ 96 Abs. 4 StGB) straflos und nach der Gesetzgebung am Ort des Eingriffs zulässig ist. Das trifft nur auf sehr eingeschränkte und spezielle Sachverhalte zu. Ein Schwangerschaftsabbruch ist laut Gesetz (§ 96 Abs. 4 StGB) nämlich 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. Der Schwangerschaftsabbruch ist ohne zeitliche Beschränkung auf allfällige Fristen unter den Voraussetzungen des § 96 Abs. 4 Ziff. 1 StGB zulässig.<sup>13</sup>

Eine Kostenübernahme durch die OKP ist also nur in sehr eng abgegrenzten Fällen überhaupt möglich. Bei dem einen möglichen Tatbestand, dem Verbrechen des Beischlafs mit einer Unmündigen, stellt sich die Kostenbeteiligungsfrage von vorneherein nicht, da Kinder und Jugendliche bekanntlich gänzlich von der Kostenbeteiligung befreit sind. In den anderen vom Gesetz gedeckten Fällen würden Leistungen im Zusammenhang mit dem erlaubten Schwangerschaftsabbruch, sofern nach der 13. Woche durchgeführt, unter die allgemeine Befreiung von der Kostenbeteiligung fallen. Es stellt sich die Frage, ob hier wirklich ein Regelungsbedarf gesehen wird oder ob die Befreiung in diesen sehr schwerwiegenden Fällen nicht in Kauf genommen werden soll.

#### 3.1.4 Leistungen nach der Geburt

Mit den Motionen vom 6. September 2017 und vom 25. Januar 2019 regten die unterzeichneten Abgeordneten an, die Schweizer Regelung für Liechtenstein zu übernehmen, mit der Abweichung, den Zeitraum nach hinten mit zehn Wochen nach der Geburt, statt wie in der Schweiz mit acht Wochen, zu begrenzen.

---

<sup>13</sup> Vgl. BuA Nr.111/2014 S.19.

Die andernorts in krankenversicherungsrechtlichen Regelungen gängigen acht Wochen kommen vermutlich daher, dass aus medizinischer Sicht üblicherweise davon ausgegangen wird, dass das Wochenbett 6-8 Wochen dauert.

Die Motionäre begründen ihren Vorschlag einer länger dauernden 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. Für die Gesamtheit der Prämienzahler sei der Solidarbeitrag verschwindend gering, während er für die betroffene Familie eine grosse Unterstützung darstelle. Eine Verlängerung der Befreiung von der Kostenbeteiligung für die Wöchnerin über den üblichen Zeitraum von 8 Wochen hinaus wurde von den Motionären mit familienpolitischen Zielen begründet. Der Vorschlag der Motionäre wird in der Vorlage aufgegriffen.

#### 3.1.5 Freiwillig höhere Kostenbeteiligung

Das KVG ermöglicht es den Versicherten, über die obligatorische Kostenbeteiligung in Form eines festen Betrages von CHF 500 und eines prozentualen Selbstbehaltes von 20% bis maximal CHF 900 (Art. 23 KVG) eine freiwillig höhere Kostenbeteiligung einzugehen (Art. 23a KVG). 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 im Gegenzug 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 Abgeordnete dafür aus, die Befreiung möge sich nur auf den obligatorischen Teil bezie-

hen. Schliesslich werde die Prämienermässigung durch die Versicherte ja „konsumiert“.

Die Regierung schliesst sich mit dem Gesetzesentwurf dieser Ansicht an. Es ist allerdings eine Unterscheidung und Präzisierung zu treffen: Bei Vorsorgeuntersuchungen und bei den besonderen Leistungen bei Mutterschaft ist es gewollt und soll es auch weiterhin so bleiben, dass 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.

Überall dort, wo hingegen für Leistungen bei Krankheit eine generelle Befreiung ausgesprochen wird, also bei Chronischkranken und zukünftig auch für einen definierten Zeitraum bei Mutterschaft, soll Folgendes geltend: Befreit wird in diesen Fällen nur von der obligatorischen Kostenbeteiligung. Darüber hinaus gehende, freiwillig gewählte höhere Beträge sind zu entrichten.

Bei Chronischkranken ist dies heute schon umgesetzt, indem nur Personen mit gesetzlicher Kostenbeteiligung befreit werden können (Art. 81 KVV). Chronisch-krankte müssen daher für eine Befreiung auf die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung verzichten. Die Änderung wie auch die Befreiung sind jeweils nur auf einen Jahreswechsel hin möglich.

Wie die technische Umsetzung bei Mutterschaft konkret aussehen könnte, ist von Seiten der Kassen noch zu klären.

### 3.2 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 zu beeinflussen. Für die Versicherten sollen sie günstigere Prämien zur Folge haben. In der Schweiz bieten Kassen bereits derartige Versicherungsmodelle an:<sup>14</sup>

- Das „HMO-Modell“ steht für Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation). Bei diesem alternativen OKP-Versicherungsmodell verpflichten sich die Versicherten, im Krankheitsfall immer zuerst eine bestimmte HMO-Praxis aufzusuchen. Ausgenommen sind üblicherweise Notfälle, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen beim Augenarzt. Die eingeschränkte Arztwahl wird mit einem Prämienrabatt von bis zu 25% im Vergleich zum Standard-Modell honoriert. In einer HMO-Praxis sind neben Allgemeinärzten üblicherweise auch Fachärzte und verschiedene Therapeuten tätig. Der HMO-Arzt fungiert als „Gatekeeper“, der die Behandlung seiner Patienten koordiniert. Für deren medizinische Versorgung erhält er eine monatliche Pauschale.
- Beim Telmed-Modell müssen sich die Versicherten bei jedem neuen Gesundheitsproblem zunächst telefonisch eine medizinische Auskunft einholen. Auch hier gibt es in der Regel Ausnahmen für Notfälle, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen beim Augenarzt. Die telefonische Beratung vor dem Aufsuchen des Arztes führt zu Kosteneinsparungen, weshalb die in diesem Modell Versicherten einen Prämienrabatt von rund 15 bis 20% erhalten.

---

<sup>14</sup> Zu 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>.

- Versicherte im Hausarzt-Modell wählen einen eigenen Hausarzt, wobei die Kassen definieren, unter welchen Ärzten dieser gewählt werden kann. Der Hausarzt ist dann für die medizinische Betreuung zuständig und überweist, sofern dies medizinisch notwendig ist, als „Gatekeeper“ die Versicherten zu einem Spezialisten. Aufgrund der gezielten Überweisung wird eine Kosteneinsparung erwartet, weshalb die Prämien in diesem Modell rund 15 bis 20% günstiger sind als in der Standard-Grundversicherung.

Im geltenden liechtensteinischen KVG umschreibt Art. 16f solche und ähnliche Modelle mit dem Begriff der „Versorgungsnetze“. Aktuell kann nur der Kassenverband Verträge für Versorgungsnetze abschliessen. Mit der vorliegenden Vorlage soll erreicht werden, dass zukünftig auch eine einzelne Kasse in diese Richtung initiativ werden kann und der Zwang zur Abstimmung der Kassen untereinander entfällt. Die heute geforderte Abstimmung unter den Kassen wird unter Anderem erschwert durch die Tatsache, dass diese als Konkurrenten am Markt auftreten. Das Angebot und die konkrete Ausgestaltung würden, wie in der Schweiz, zu einem zusätzlichen Wettbewerbselement führen. Die Regierung erwartet sich durch diese Änderung eine erleichterte Umsetzung. Auch könnten bereits erfolgreich eingesetzte Modelle aus dem Ausland einfacher auf Liechtenstein übertragen werden.

Jene Versicherten, welche die Wahl der Leistungserbringer bewusst einschränken wollen, sollen daraus einen Vorteil erzielen. Der Vorteil besteht in einer günstigen Prämie. Art. 22 Abs. 3 KVG räumt den Kassen heute schon die Möglichkeit ein, hierfür einen Prämienrabatt zu gewähren.

Die Besonderheit des liechtensteinischen Krankenversicherungssystems macht es insbesondere erforderlich, eine Kombination von Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer mit der erweiterten OKP zu verbieten. Hierfür ist eine Gesetzesanpassung erforderlich.

Wollen sich Leistungserbringer nicht nur als lose Netzwerkpartner, sondern auch organisatorisch zusammenschliessen, gibt es im Ärztegesetz bzw. im Gesundheitsgesetz (GesG) enge rechtliche Grenzen für den Betrieb von Ärzte- bzw. Gesundheitsberufesellschaften. Möglich ist auch der Betrieb einer Einrichtung des Gesundheitswesens (Art. 37ff GesG), welcher der Bewilligung durch die Regierung bedarf.

Mit dieser Vorlage wird ein Weg erleichtert, alternative Versorgungsmodelle einzuführen. Es sind auch andere Modelle denkbar, die eine weitere Liberalisierung der geltenden KVG-Bestimmungen erfordern würden. Im Rahmen des vom Ministerium für Gesellschaft initiierten Gesundheitsseminars wurden einzelne Vorschläge diskutiert.<sup>15</sup> Diese werden derzeit vom Ministerium näher analysiert. Daraus kann sich weiterer Anpassungsbedarf auf Gesetzesebene ergeben. Kassen und Leistungserbringer bleiben weiterhin eingeladen, innovative Ansätze einzubringen.

### **3.3 Krankengeld: Versicherter Verdienst**

Die Finanzkontrolle hat in ihrem Bericht über die Prüfung der Lohnbuchhaltung der Landesverwaltung pro 2016 empfohlen, gemeinsam mit dem zuständigen Ministerium zu thematisieren:

- Sinnhaftigkeit einer unterschiedlichen gesetzlichen Ausgestaltung der beitragspflichtigen Lohnbestandteile in der Unfall- bzw. der Krankenversicherung;
- kritische Hinterfragung des Einbezugs der einmaligen Zulagen, wie z.B. Heirats- und Geburtszulage oder Treueprämie in die Lohnsumme;

---

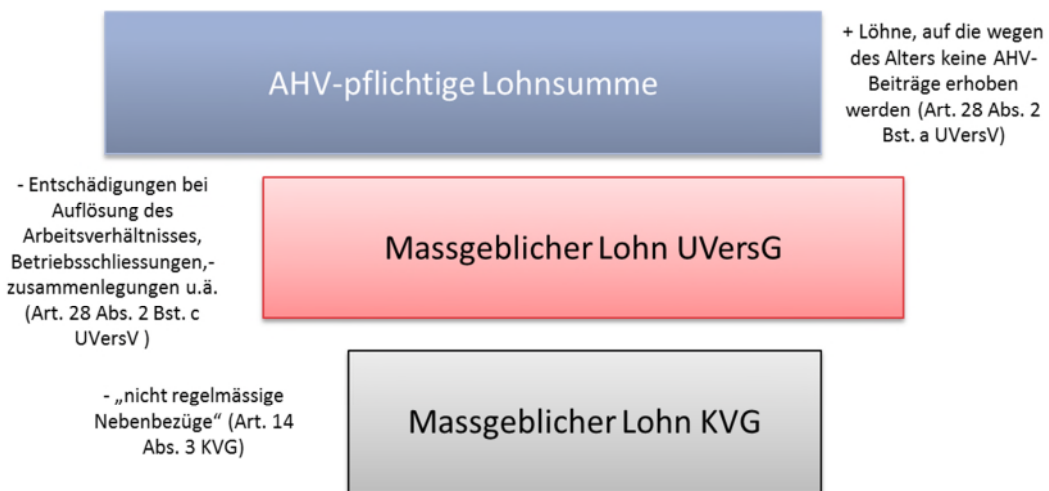
<sup>15</sup> Siehe Kapitel I.2.2.

- Erhöhung der Transparenz der abrechnungstechnischen Grundlagen, insbesondere bei der Krankenversicherung;
- Einführung von Arbeitgeberkontrollen zur Sicherstellung der Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften betreffend die beitragspflichtige Lohnsumme in der Kranken- und Unfallversicherung.

Wie im Prüfbericht festgestellt, sind in der Unfallversicherung die Grundlagen relativ klar definiert. Taggelder und Renten werden nach dem versicherten Verdienst bemessen (Art. 15 UVersG). Der versicherte Verdienst ist ebenso die Basis für die Erhebung der Prämien (Art. 82 Unfallversicherungsverordnung; UVersV). Definiert ist der versicherte Verdienst in Art. 15 UVersG i.V.m. Art. 28 UVersV. Demnach ist der massgebende Lohn gemäss AHV die Ausgangsbasis. Hinzu kommen Löhne, auf die wegen des Alters keine AHV-Beiträge erhoben werden (dies betrifft Personen im AHV-Alter, aber auch Lehrlinge jünger als 18). Abzuziehen sind Entschädigungen bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses oder bei ähnlichen Gelegenheiten.

In der Krankenversicherung sind die gesetzlichen Bestimmungen zum beitragspflichtigen Lohn, wie von der Finanzkontrolle festgestellt, wenig detailliert. Nach Art. 22 Abs. 4 KVG sind die Beiträge nach dem versicherten Lohn zu bemessen. Dieser ergibt sich gemäss Art. 14 Abs. 3 KVG als AHV-pflichtiger Lohn einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge. Einfach übersetzt hiesse das, „alles was AHV-pflichtig ist, abzüglich nicht regelmässiger Zahlungen“. Gestützt auf diese Bestimmung wäre jeweils die Regelmässigkeit einer Zahlung abzuklären.

Nachstehend findet sich eine einfache Gegenüberstellung der gemäss Gesetz relevanten Lohnsummen (Abbildung 2).



**Abbildung 2: Für Beiträge relevante Lohnsumme in unterschiedlichen Sozialversicherungszeigen**

Quelle: AG, eigene Zusammenstellung

In der Praxis werden die erwähnten Lohnbestandteile gemäss Krankenversicherung und Unfallversicherung trotz der unterschiedlichen Formulierungen im Gesetz nicht zwingend unterschiedlich behandelt.<sup>16</sup> Der Sinn einer abweichenden Behandlung erschliesst sich auch nicht unmittelbar. In beiden Fällen geht es um die Ausrichtung von Taggeldern bei Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung aus Gründen, die in seiner Person liegen,<sup>17</sup> wie Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.

Wenn die relevanten Lohnsummen auf gesetzlicher Ebene in Übereinstimmung gebracht werden sollen, ergibt sich folgender Handlungsbedarf im KVG bzw. in der zugehörigen Verordnung:

<sup>16</sup> Der Sozialfonds, Pensionskasse in Liechtenstein, gibt jährlich ein Merkblatt zur Beitragspflicht in den verschiedenen Sozialversicherungszeigen heraus, welches in der Praxis vielen Lohnverrechnern als Hilfestellung dient. Früher wurde dieses von der ehemals zuständigen Abteilung Sozialversicherungen des Amtes für Volkswirtschaft publiziert. Demgemäss sind Lohnbestandteile wie insbesondere Gratifikationen, Dienstaltersgeschenke, Treue- und Leistungsprämien in der Kranken- und auch in der Unfallversicherung nicht grundsätzlich von der Bemessungsgrundlage auszuscheiden (vgl. <https://www.sozialfonds.li/Arbeitgeber/Publikationen/Merkblätter.aspx>).

<sup>17</sup> So die übliche Formulierung im Arbeitsrecht (Vgl. § 1173a Art. 18 Abs.1 ABGB).

- Mit der letzten KVG-Revision wurden Personen, die nach Erreichen des gesetzlichen Rentenalters bis längstens zum vollendeten 70. Altersjahr der obligatorischen Versicherung unterstellt (Art. 14 Abs. 1 KVG). Nicht klar geregelt wurde damals die Prämienpflicht für diesen Personenkreis. In der Praxis werden auf diese Löhne selbstverständlich Prämien erhoben, im Regelwerk besteht allerdings eine Lücke, die analog Art. 28 Abs. 2 Bst. a UVersV zu schliessen wäre.
- Zu prüfen ist andererseits der Personenkreis der Jugendlichen, die noch keine AHV-Beiträge zahlen. Die AHV-Beitragspflicht beginnt am 1. Januar jenes Kalenderjahres, in dem Erwerbstätige 18 Jahre alt werden, Taggeldversicherungspflicht besteht hingegen für alle über 15-jährigen Arbeitnehmer. Die Löhne der Jugendlichen werden in der Praxis heute schon in die Lohnsumme für das Krankengeld eingerechnet. Auch in diesem Fall besteht aber eine Regelungslücke im KVG, die analog Unfallversicherung zu schliessen wäre.
- In der Unfallversicherung sind wie erwähnt Entschädigungen bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses nicht in den massgebenden Lohn mit einzu beziehen. Hinsichtlich dieser Entschädigungen ist die Krankenversicherung deckungsgleich, denn sie sind sicher nicht „regelmässig“. Bei anderen Beispielen (z.B. Heiratszulage) wäre Unfallversicherungspflicht gegeben. Gemäss KVG wäre diese Zahlung andererseits sicher nicht als „regelmässig“ zu beurteilen. Hier ist eine Angleichung empfehlenswert. Die Prämisse „so einfach wie möglich“ legt nahe, wie in der Unfallversicherung grundsätzlich auf die AHV-Pflichtigkeit des Beitrages abzustellen und die Regelmässigkeit nicht mehr als zusätzliches Kriterium heranzuziehen.

Die Regelung zum massgebenden Lohn ist wie erwähnt in Art. 14 Abs. 3 KVG enthalten. Es gibt an dieser und anderen Stellen des Gesetzes keine explizite

Verordnungsermächtigung zur inhaltlichen Konkretisierung des Lohnes bzw. der einzubeziehenden Nebenbezüge. Eine Verordnungsermächtigung zur Konkretisierung erscheint notwendig und sinnvoll.<sup>18</sup> Wie im UVersG soll auf Gesetzesstufe eine allgemeine Festlegung getroffen werden. Die Details sollen dann, ebenfalls nach der Vorlage der UVersV, auf Verordnungsebene folgen. Nach dem Vorbild von Anhang 3 der UVersV könnte insbesondere auch der Berechnungsmodus für den Taggeldanspruch mit einer verbindlichen Formel vorgegeben werden.

Da festgestellt wurde, dass die Arbeitgeber im Land die Bestimmungen nicht einheitlich auslegen, wurde die Einführung von Arbeitgeberkontrollen angeregt, wie sie auch in Art. 28 AHVG vorgesehen sind. Dort ist festgehalten, dass die Arbeitgeber die AHV-Beiträge jährlich abzurechnen haben, wobei die AHV diese Abrechnungen an Hand der Geschäftsbuchhaltung zu kontrollieren hat (Art. 28 Abs. 2 AHVG). In diesem Fall geht es um die Kontrolle der an die AHV selbst geschuldeten Beiträge. Diese Rolle liegt im Fall der Krankengeldversicherung bei den Kassen. Sie haben dafür zu sorgen, dass die mit ihnen vertraglich vereinbarten Beiträge korrekt abgeliefert werden.

Die AHV könnte allerdings in einer anderen Hinsicht für die anderen Sozialversicherungszweige im Sinne der Aufsicht tätig werden, und zwar bei der Kontrolle der Versicherungspflicht. Wie heute schon bei der betrieblichen Personalvorsorge soll die AHV mit Anschlusskontrollen, d.h. der Überprüfung beauftragt werden, ob liechtensteinische Arbeitgeber für ihre Arbeitnehmer überhaupt eine Krankengeldversicherung abgeschlossen haben (analog Art. 4a des Gesetzes über die betriebliche Personalvorsorge; BPVG). Derartige Anschlusskontrollen dienen insbesondere der Überprüfung, ob der Arbeitgeber die Beiträge nicht nur vom Lohn der versicherten Arbeitnehmer abzieht, sondern diese Beiträge auch tat-

---

<sup>18</sup> Vgl. auch den Entscheid zu StGH 2011/045: Art. 100 AHVG berechtigt und verpflichtet die Regierung zur Konkretisierung der Lohnsumme.

sächlich an den entsprechenden Versicherer weiterleitet.<sup>19</sup> Systematische Anschlusskontrollen finden in der Kranken- und Unfallversicherung in Liechtenstein derzeit nicht statt.

Wenn Unternehmen ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommen, hat die AHV diese dem Amt für Gesundheit als zuständiger Aufsichtsbehörde zu melden, welches die entsprechenden behördlichen Massnahmen zu ergreifen hat.

Der bei der AHV-Anstalt für die zusätzlichen Prüfungen anfallende Aufwand wäre noch zu eruieren. Ähnlich wie bei der Einführung im Rahmen des BPVG kann wohl davon ausgegangen werden, dass die Kosten gering sein werden, da die Arbeitgeberprüfung durch die AHV-Anstalt grundsätzlich im Rahmen ihrer eigenen Prüfungstätigkeiten erfolgt.<sup>20</sup>

Die Kontrolle der Krankengeldversicherung durch die AHV liesse sich auch auf die Unfallversicherung übertragen.

### **3.4 Entschädigung von Versicherungsvermittlern (Provisionen, Maklergebühren, Courtagen)**

Die Krankenversicherung gemäss KVG umfasst als Versicherungszweige die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die Krankengeldversicherung sowie die freiwilligen Versicherungen. Für den Abschluss einer Krankenversicherung gibt es prinzipiell zwei unterschiedliche Vertragstypen, die Einzelversicherung und die Kollektivversicherung. Die Einzelversicherung wird zwischen der versicherten Person und der Kasse abgeschlossen. Die Kollektivversicherung schliessen Arbeitgeber oder Arbeitgeberorganisationen für ihre Arbeitnehmer bzw. Mitglieder ab (Art. 80 KVV). Kollektivversicherungen dürfen nur im Bereich Krankengeld und

---

<sup>19</sup> Vgl. BuA Nr. 44/2005, S.32.

<sup>20</sup> Vgl. ebenda.

in den Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist dies nicht möglich. Die Prämien können in Kollektivverträgen abweichend von jenen der Einzelversicherung festgelegt werden (Art. 22 Abs. 7 KVG). In der Praxis gibt es beim Krankengeld fast ausschliesslich Kollektivversicherungen zwischen Arbeitgebern und Kassen, die Einzelversicherung ist hier die Ausnahme.<sup>21</sup>

Beim Abschluss eines Kollektivvertrages für ihre Arbeitnehmer setzen manche Arbeitgeber einen Versicherungsvermittler ein, der für seine Leistungen eine Vergütung berechnet. Unter Versicherungsvermittlern versteht man einerseits Agenturen (Agenten), die von einem Versicherungsunternehmen mit dem Vertrieb betraut sind, und andererseits Makler, die vom Versicherungsnehmer betraut werden.<sup>22</sup>

Jene Vertragsverhältnisse, bei denen ein Versicherungsvermittler (Agent) für einen Versicherer bzw. eine Kasse administrative und/oder organisatorische Tätigkeiten vertraglich gegen Entgelt übernimmt, sind in der Regel unproblematisch. Das gilt auch für jene Fälle, in denen ein (potenzieller) Versicherungsnehmer einen Makler mit der Prüfung des vorhandenen Versicherungsschutzes und der allfälligen Empfehlung einer neuen Deckung beauftragt und diesem dafür direkt ein Honorar bezahlt.

Genauer zu betrachten sind jene Fälle, bei denen auf den ersten Blick ein „Dreiecksverhältnis“ vorliegt. Das gängige Modell beim Taggeld ist die so genannte Courtage. Sie ist Teil der Versicherungsprämie, die der Versicherungsnehmer an das Versicherungsunternehmen zahlt. Die Courtage wird vom Versicherungsun-

---

<sup>21</sup> Z.B. können sich arbeitslose Arbeitnehmer nach Ausscheiden aus einem Unternehmen in der Einzelversicherung gestützt auf Art. 14 Abs. 8 oder 8a KVG freiwillig weiter für Krankengeld versichern.

<sup>22</sup> Vgl. zu diesen Definitionen Art. 4 Abs. 1 Ziff. 1 und 12 VersVertG.

ternehmen an den Makler ausbezahlt. Dem Kunden entstehen so bei Zusammenarbeit mit einem Versicherungsmakler (scheinbar) keine zusätzlichen Kosten. Wirtschaftlich ist es aber so zu sehen, dass stets der Versicherungsnehmer den Vermittler mit der Bezahlung der Prämie entschädigt. Der Versicherer agiert quasi als „Durchlaufposten“.<sup>23</sup> „Dagegen ist nichts einzuwenden, denn er [Anm: gemeint ist der Versicherungsnehmer] profitiert auch von den in seinem Interesse erbrachten Dienstleistungen. Es muss dem Versicherungsnehmer auch klar sein, dass der Makler für seine Tätigkeit einen Anspruch auf ein Honorar hat.“<sup>24</sup> Dies gelte umso mehr, als Versicherungsmakler vor allem im Segment der Firmenkunden und im gehobenen Privatkundengeschäft tätig wären, also in einer Kundengruppe mit überdurchschnittlicher Geschäftserfahrung.<sup>25</sup>

In der Praxis sind Courtagen beim Krankengeld umstritten. Jedenfalls zu bedenken ist, dass die Prämien der Taggeldversicherung je zur Hälfte zu Lasten des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers gehen (Art. 22 Abs. 8 KVG). Die Hälfte der Maklerentschädigung wird somit vom Arbeitnehmer getragen.

Im Extremfall, so die Darstellung einer Kasse, können Courtagen dazu führen, dass ein Unternehmen den Kollektivtaggeldvertrag für seine Arbeitnehmer durch einen Makler neu ausschreiben bzw. verhandeln lassen würde, mit dem Ergebnis „Weiterführung durch den bestehenden Versicherer bei unveränderter Prämie.“ Die Kasse müsse sodann eine Courtage zu Lasten der Prämie bezahlen, obwohl sie weder den Vermittler beauftragt habe, noch eine echte Leistung erkennen

---

<sup>23</sup> Vgl. Gordon-Vrba, L., Kuhn, M., Courtagezahlungen an den Versicherungsbroker: Haben Sie Ihre Verträge der neuesten Entwicklung angepasst?  
[https://www.mme.ch/de/magazin/courtagezahlungen\\_an\\_versicherungsbroker/](https://www.mme.ch/de/magazin/courtagezahlungen_an_versicherungsbroker/)

<sup>24</sup> Fuhrer, S., Gebt dem Makler, was des Maklers ist, und dem Kunden, was des Kunden ist. Zur Entschädigung des Versicherungsmaklers im Lichte der Retrozessionsrechtsprechung des Bundesgerichts (HAVEA/REAS, 2/2013), S. 112.

<sup>25</sup> Ebenda.

könne. Um solche Situationen zu vermeiden, sei ein Verbot von Vermittlergebühren - zumindest im Obligatorium - angezeigt.

Auf der anderen Seite gibt es Kassen und Unternehmen, die gezielt auf die Unterstützung durch spezialisierte Versicherungsvermittler setzen, welche ein umfassenderes Leistungsspektrum übernehmen, bis hin zur konkreten Schadenabwicklung im Leistungsfall. Eine Entschädigung dieser Leistungen müsse weiterhin möglich sein, ein generelles Verbot von Vermittlungsgebühren wäre daher abzulehnen.

Eine ähnliche Diskussion wurde auch in der Schweiz geführt. Dort waren es vor allem aggressive Verkaufspraktiken in der OKP im Rahmen des Telefonmarketing, die die Diskussion auslösten.<sup>26</sup> Das Meinungsspektrum war auch in der Schweiz sehr breit. Im einen Extrem wurde die Ansicht geäußert, mit Prämien der Versicherten dürften überhaupt keine Maklerprovisionen und Werbekosten finanziert werden. Im Gesetz wären daher ein absolutes Verbot der Entschädigung von Maklern in der Sozialversicherung sowie ein Verbot von Quersubventionierungen zu verankern. Von der Gegenseite wurde ein zu starker Eingriff in die Autonomie der Kassen gesehen. Die Selbstregulierungsmassnahmen des Marktes würden ausreichen. Andere meinten, die Regelung wäre dann unnötig, wenn den Kassen Vorgaben bezüglich der Transparenz gemacht würden.<sup>27</sup>

In der Schweiz wurden Regeln zu Werbung und Vermittlertätigkeit schliesslich im Art. 19 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (CH-KVAG) aufgenommen.

---

<sup>26</sup> Während diese Thematik in Liechtenstein keine Rolle spielt, sind umgekehrt in der Schweiz Kollektivtaggeldverträge auf Basis des KVG kein Thema. Die Taggeldversicherung ist in der Schweiz bekanntlich nicht obligatorisch und wird nahezu ausschliesslich im Rahmen des Versicherungsvertragsgesetzes (CH-VVG) abgewickelt.

<sup>27</sup> Vgl. Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG), Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse (Ergebnisbericht) vom Juli 2011, [https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2039/Ergebnisbericht\\_Vernehmlassung\\_KVAG\\_de.pdf](https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2039/Ergebnisbericht_Vernehmlassung_KVAG_de.pdf), S. 20 f.

Diese Bestimmung schreibt den Kassen den getrennten Ausweis von Werbungs- und Vermittlungskosten vor. Ursprünglich war ausserdem eine Verordnungsermächtigung vorgesehen, die es dem Bundesrat erlaubt hätte, Vorschriften betreffend die Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung erlassen.<sup>28</sup>

Aufgrund der Vernehmlassung des CH-KVAG wurde es schlussendlich doch den Versicherern überlassen, eine Vereinbarung untereinander abzuschliessen, in welcher die Telefonwerbung und der Verzicht auf Leistungen der Call Center sowie die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit geregelt wird. Eine solche Vereinbarung ist gemäss der zugehörigen Verordnung der Aufsichtsbehörde zuzustellen (Art. 35 CH-KVAV).<sup>29</sup>

In Liechtenstein ist es den Kassen untereinander in mehreren Anläufen nicht gelungen, eine vergleichbare gemeinsame Lösung betreffend Maklergebühren zu finden. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung gibt es bis dato ebenso wenig. Zwar gibt es im Versicherungsvertriebsgesetz (VersVertG, LGBl. 2018 Nr. 9) Bestimmungen zum Versicherungsvertrieb. Diese finden aber ausdrücklich keine Anwendung auf die unter ein gesetzliches System der sozialen Sicherheit fallenden Versicherungen, also etwa die AHV, oder die obligatorische Kranken- und Unfallversicherung. Die Regulierung von Vertriebsentschädigungen in der Krankenversicherung hat, sofern gewünscht, auf spezialgesetzlicher Ebene zu erfolgen.<sup>30</sup> Mit

---

<sup>28</sup> Vgl. Art. 19 der Vernehmlassungsvorlage zum Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, [https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2039/KVAG\\_d\\_finale.pdf](https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2039/KVAG_d_finale.pdf)

<sup>29</sup> In der Schweiz existiert die Branchenvereinbarung santésuisse betreffend Kundenwerbung (vom Verwaltungsrat santésuisse am 17. Juli 2015 genehmigte Fassung), vgl. [https://www.santesuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/santesuisse/Documents/Branchenvereinbarung\\_im\\_Wortlaut.pdf](https://www.santesuisse.ch/fileadmin/user_upload/santesuisse/Documents/Branchenvereinbarung_im_Wortlaut.pdf); Die Aufwandentschädigung für Makler und Vermittler wird darin bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf pro Versicherungsabschluss höchstens 50 Franken beschränkt.

<sup>30</sup> Vgl. BuA Nr. 53/2017, S.8.

dieser Vorlage soll daher die Regierung zur Regelung von Vertriebsentschädigungen auf Verordnungsebene ermächtigt werden.

Inhaltlich ist aus Sicht der Regierung unbedingt die Transparenz hinsichtlich der Vergütung zu gewährleisten. Auch soll dem „Auftraggeberprinzip“ zum Durchbruch verholfen werden. Als Vorbild für die Regelung in der Verordnung könnte Art. 39 VersVertG dienen. Demnach hat ein Versicherungsvermittler vor Abschluss eines Versicherungsvertrages dem Kunden die Art der erhaltenen Vergütung mitzuteilen und konkret auf welcher Basis er arbeitet, insbesondere einer Entschädigung, die direkt vom Kunden zu bezahlen ist oder einer Provision, die mit der Versicherungsprämie abgerechnet wird.

In der Krankenversicherung sollen Versicherungsvermittler, wenn überhaupt, grundsätzlich auf Honorarbasis arbeiten. Werden Courtagen oder Provisionen vereinbart, soll die so genannte „Nettoquotierung“ gelten. Das bedeutet, dass die Vermittlerentschädigung nicht in die Prämie eingerechnet werden darf, sondern auf die angebotene Prämie aufgeschlagen werden muss.<sup>31</sup> Ausserdem sollen Zusatzcourtagen oder Sondervergütungen, die über eine marktübliche Entschädigung der Vermittlertätigkeit hinausgehen, ausdrücklich verboten werden.

### **3.5 Gesetzliche Verankerung der Massnahmen bei Zahlungsverzug**

In Art. 36 der Krankenversicherungsverordnung (KVV) ist das Verfahren bei Zahlungsverzug geregelt. Wenn sich ein Versicherter mit der Bezahlung fälliger Prämien und Kostenbeteiligungen in Verzug befindet, haben die Kassen ihn zunächst schriftlich unter Einräumung einer Nachfrist zu mahnen und auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen. Beahlt der Versicherte aufgrund der Mahnung weiterhin nicht, so kann die Kasse eine Verfügung zur Bezahlung der ausstehen-

---

<sup>31</sup> Ebenda, S. 118.

den Prämien und Kostenbeteiligungen erlassen und auf Grundlage der rechtskräftigen Verfügung Exekution führen.<sup>32</sup>

Weiter 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. Es handelte sich hierbei 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 treffen und auf einen Leistungsaufschub verzichten.

Der Staatsgerichtshof hat mit Urteil vom 25. März 2019 (StGH 2018/133) Art. 36 Abs. 2a KVV als gesetzwidrig aufgehoben und der Regierung aufgetragen, dies unverzüglich im Landesgesetzblatt kundzumachen. Die Kundmachung ist am 9. April 2019 (LGBl. 2019 Nr. 91) erfolgt und die Aufhebung seither rechtswirksam. Der Staatsgerichtshof wies in seiner Urteilsbegründung auch auf die Regelung in der Schweiz hin, wo in Art. 64a Abs. 7 CH-KVG die vorübergehende Sistierung im Gesetzesrang verankert ist.

Für den Fall, dass Versicherte ihrer Pflicht zur Zahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen nicht nachkommen, sollen daher Massnahmen im KVG vorgesehen werden. Wie im Schweizer Krankenversicherungsgesetz soll nicht nur eine Verordnungsermächtigung für den Leistungsaufschub geschaffen werden, sondern es sollen die Grundzüge des Verfahrens bei Zahlungsverzug auf Gesetzesebene vorgegeben werden. Hierzu werden die bisher geltenden Bestimmungen des Art. 36 KVV in das Gesetz übernommen.

---

<sup>32</sup> Siehe auch Art. 27 Abs. 3 KVG.

Gemäss einer Auswertung der beiden grössten in Liechtenstein anerkannten Krankenkassen mit einem gemeinsamen Marktanteil von 93% der Versicherten bestand im Februar 2019 bei 290 Personen ein Leistungsaufschub. Das sind relativ betrachtet 0.73% der Versicherten oder 0.76% der Einwohner Liechtensteins.<sup>33</sup> Nach einer aktuellen Erhebung aus der Schweiz beträgt dort die Schuldnerquote – das ist der Anteil sämtlicher Privatpersonen, welche über Betreibungen ab Fortsetzungsbegehren, Konkurse und Verlustscheine verfügen - über alle Kantone 6.13% per Ende Januar 2019.<sup>34</sup> Mit 0.73% der Versicherten, die sich im Leistungsaufschub befinden, kann die Zahlungsmoral im Bereich der Krankenversicherung als vergleichsweise gut bezeichnet werden.

Für Personen, die ihre Beiträge mangels Einkommen nicht bezahlen können, gibt es verschiedenste Unterstützungsmöglichkeiten, darunter die Prämienverbilligung, wirtschaftliche Sozialhilfe, Ergänzungsleistungen zu Renten und nicht zuletzt Beiträge von Stiftungen und karitativen Organisationen.

Unter den säumigen Zahlern wird es neben Personen, die nicht bezahlen können, 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 im Sinne aller Versicherten.

Regelungen zum Zahlungsverzug, darunter insbesondere die Möglichkeit des sogenannten Leistungsaufschubs, sind bereits seit Erlass der Krankenversicherungsverordnung im Jahr 2000 in Art. 36 KVV enthalten. Die Bestimmung wurde in der Folge wiederholt revidiert, zuletzt im Jahr 2016 (LGBl. 2016 Nr. 519). Zuvor

---

<sup>33</sup> Vgl. Beantwortung der Kleinen Anfrage des Abgeordneten Elfried Hasler zur Zahlungsmoral bei den Krankenkassenprämien vom 1. März 2019.

<sup>34</sup> Vgl. Crif AG, <https://www.crif.ch/news-und-events/news/2019/februar/schuldnerquote-2019/>

erfolgte ein Leistungsaufschub erst dann, wenn sich die Nichteinbringlichkeit von Beiträgen im Zwangsvollstreckungsverfahren erwiesen hatte. Die Dauer von Zwangsvollstreckungsverfahren bei Gericht ist in der Regel sehr lang, nach Angabe der Kassen bis zu zwei Jahren. 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 im Jahr 2016 vorgenommenen Anpassungen des Art. 36 KVV haben sich aus Sicht der Regierung bewährt. Eine Änderung des Ablaufes ist daher aktuell nicht geboten.

### **3.6 Auszahlung der Prämienverbilligung an die Kassen**

Jede Person mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in Liechtenstein muss sich obligatorisch für die Krankenpflege versichern. Die Beiträge der Versicherten (Prämien und Kostenbeteiligungen) werden unabhängig vom Einkommen für alle Personen einheitlich festgelegt. Unterschiede gibt es nach Altersgruppen<sup>35</sup> und allenfalls Versicherungsmodell (Standard- bzw. erweiterte OKP), nicht jedoch nach Einkommensstufen. Als soziales Korrektiv zur Einheitsprämie sieht das Krankenversicherungsgesetz die so genannte Prämienverbilligung vor, d.h. der Staat richtet Beiträge an die Prämien und Kostenbeteiligungen einkommensschwacher Versicherter aus (Art. 24b KVG).

Bei einem Erwerb des Versicherten bis zu CHF 30'000 (bei Ehegatten CHF 42'000) werden 60% der Prämie und 40% der Kostenbeteiligung, bei einem Erwerb zwischen CHF 30'001 und CHF 45'000 (bei Ehegatten CHF 57'000) werden 40% der

---

<sup>35</sup> Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sind von der Prämie und Kostenbeteiligung gänzlich befreit. Jugendliche vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 20. Lebensjahr zahlen die halbe Prämie und keine Kostenbeteiligung. Bei Rentnern ist die Kostenbeteiligung zu einem Teil ermässigt. Sie bezahlen nur die Hälfte des prozentualen Selbstbehalts (10% bis maximal CHF 450 statt 20% bis maximal CHF 900).

Prämie und 30% der Kostenbeteiligung übernommen. Versicherte müssen einen Antrag beim Amt für Soziale Dienste stellen und erhalten bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen die Prämienverbilligung im Nachhinein in Form einer Einmalzahlung, in der Regel gegen Jahresende, ausbezahlt.

Im Jahr 2018 erhielten insgesamt 2'857 Versicherte einen solchen staatlichen Beitrag an ihre Krankenkassenprämie. In Summe gelangten CHF 6.0 Mio. an Prämienverbilligung zur Auszahlung, das entspricht einem durchschnittlichen Auszahlungsbetrag von CHF 2'083 pro Bezüger.<sup>36</sup>

Eine Auszahlung der Prämienverbilligung an Dritte ist in Liechtenstein heute nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Zur Sicherstellung der zweckmässigen Verwendung der Prämienverbilligung 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).

Zukünftig soll, wie in der Schweiz seit dem Jahr 2014 üblich (Art. 65 Abs. 1 CH-KVG), die Prämienverbilligung vom ASD generell direkt an die Krankenkassen ausbezahlt werden. Eine Barauszahlung an die Versicherten soll nicht mehr möglich sein. Die Kassen haben die Beiträge sodann mit der laufenden Prämie zu verrechnen. Damit wird die Prämienverbilligung ihrer ureigenen Funktion besser gerecht, indem die Versicherten unmittelbar bei den Krankenkassenprämien entlastet werden. Zugleich handelt es sich um eine wirksame Massnahme gegen Zahlungsausfälle. In der Schweiz müssen die Kantone ausserdem dafür sorgen, dass die Auszahlung so erfolgt, dass die Versicherten nicht den vollen Betrag ihrer Prämien vorschüssen müssen (Art. 65 Abs. 3 CH-KVG).

---

<sup>36</sup> Quelle: Rechenschaftsbericht 2018.

An den in Liechtenstein geltenden Anspruchsvoraussetzungen (insbesondere Erwerbsgrenzen) und an der Beitragshöhe soll aufgrund des neuen Auszahlungsmodus nichts geändert werden. Auch wenn der Regierung bewusst ist, dass politische Diskussionen zu Veränderungen in der Prämienverbilligung im Gang sind, soll mit der gegenständlichen Vorlage ausschliesslich der Auszahlungsmodus geändert werden.

In der Schweiz wird die Prämienverbilligung durch Bundes- und Kantonsbeiträge finanziert. Die Kantone setzen nicht nur unterschiedlich hohe Finanzierungsbeiträge ein, sondern gestalten auch den Prämienverbilligungsprozess unterschiedlich.<sup>37</sup> Beispielsweise gibt es Unterschiede bei der Ermittlung der Anspruchsbeurteilung: Einige Kantone ermitteln automatisch für alle Steuerpflichtigen, ob sie aufgrund ihrer Steuerdaten Anspruch auf Prämienverbilligung haben, in der Mehrzahl der Kantone müssen die Personen eigenständig einen Antrag stellen. In Liechtenstein soll die Ausrichtung der Prämienverbilligung wie bisher auf Antrag des Versicherten erfolgen.

Unterschiede gibt es in der Schweiz auch hinsichtlich der Aktualität des Systems: Eine Mehrheit der Kantone stützt sich für die Ermittlung des Anspruchs auf die Steuerdaten des Vorjahres oder sogar auf drei Jahre zurückliegende Steuerdaten. Die Steuerdaten des Vorjahres bzw. die aktuellsten verfügbaren Steuerdaten sind in sieben Kantone die massgebende Grundlage.

In Liechtenstein richtet sich der massgebende Erwerb nach der rechtskräftigen Steuerveranlagung des Vorjahres, für welches die Prämienverbilligung beantragt wird. Der Anspruch auf Prämienverbilligung richtet sich nach der Höhe der Prä-

---

<sup>37</sup> Vgl. dazu den alle drei Jahre (zuletzt für 2017) erscheinenden Monitoringbericht zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung des BAG, zu beziehen unter:  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemienverbilligung/monitoringpraemienverbilligung.html>

mie am 1. Januar des Anspruchsjahres sowie der nachweislich entrichteten obligatorischen Kostenbeteiligung des Vorjahres (Art. 3 der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung; Prämienverbilligungsverordnung; PVV, LGBI. 2017 Nr. 220).

Konkret verhält es sich in Liechtenstein, gezeigt am Beispiel des Antragsjahres 2019 also wie folgt:<sup>38</sup> Der Antrag für das Jahr 2019 ist 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 an die versicherte Person (oder im Einzelfall an Dritte) erfolgt Ende 2019 bis Anfang 2020.

Damit die Krankenkassen den Beitrag mit den laufenden Prämien verrechnen können, muss ihnen das ASD zukünftig rechtzeitig melden, wer Anspruch auf Prämienverbilligung hat. Bezüglich des Auszahlungszeitpunkts ist zwischen der Meldung an die Kassen und der eigentlichen Auszahlung zu unterscheiden. Letztere ist für die Bezüger von Prämienverbilligungen besonders relevant, da sie bestimmt, wann sie 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.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Vgl. Merkblatt des ASD zur Prämienverbilligung 2019, zu beziehen unter <https://www.llv.li/inhalt/1646/amtsstellen/finanzielle-hilfen>

<sup>39</sup> Vgl. Monitoringbericht des BAG für 2017, S.62.

Für Liechtenstein ist der zeitliche Ablauf noch zu definieren. Nötigenfalls sind Anpassungen im Zeitablauf vorzunehmen. Ein massgebender (Engpass-)Faktor ist dabei das Vorliegen der rechtskräftigen Steuererklärung für das Vorjahr. Verzögerungen können sich auch ergeben für Personen, welche im massgeblichen Jahr nicht durchgehend oder nicht in gleichbleibendem Beschäftigungsausmass gearbeitet haben. Da der Arbeitgeberbeitrag bei der Ermittlung der Prämienverbilligung berücksichtigt wird, kann im Einzelfall die Behandlung eines Antrags hohen Aufwand verursachen.

Bei einem unterjährigem Wechsel der Krankenkasse informiert die vorherige Krankenkasse das ASD und die noch nicht ausbezahlte Prämienverbilligung wird automatisch an die neue Krankenkasse weitergeleitet.

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.

#### **4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN ARTIKELN**

##### **Zu Art. 1 Abs. 2 Bst. c**

In diesen Artikel 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 im CH-ATSG in Art. 5 ausgeführte Definition übernommen. Bisher fehlte eine solche Definition.

**Zu Art. 4c Abs. 1a und 2**

Wie bereits unter Kapitel 2.4 angeführt, gab es verschiedentlich Kritik an der Verrechnung von Courtagen im Bereich der Sozialversicherungen. In Abs. 1a wird die Bestimmung aufgenommen, wonach die Kassen in ihrer Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlungsprovisionen gesondert ausweisen müssen. Damit ist eine höhere Transparenz gewährleistet und auch eine bessere Kontrolle von allenfalls ungerechtfertigten Prämienbelastungen durch Courtagen möglich. Der Regierung wird in Abs. 2 neu eine Verordnungsermächtigung eingeräumt, Vorschriften betreffend der Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung zu erlassen.

**Zu Art. 11a (neu)**

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. Nachdem die AHV-Arbeitgeberkontrollen in eigener Sache sowie auch im Auftrag für die betriebliche Personalvorsorge durchführt (Art. 4a BPVG), wird in Art. 11a neu die AHV auch mit der Überprüfung in Bezug auf das Krankengeld beauftragt. Die AHV soll dabei prüfen, ob die von ihr erfassten Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer nach Massgabe von Art. 7 Abs. 1 Bst. b für Krankengeld im gesetzlichen Ausmass versichert haben. Hierzu wird in Art. 11a die gesetzliche Prüfgrundlage für die AHV geschaffen. Der Arbeitgeber muss die notwendigen Auskünfte der AHV erteilen und auch entsprechende Bescheinigungen über die abgeschlossene Krankengeldversicherung zustellen. Im ersten Schritt fordert die AHV die säumigen Arbeitgeber zur Auskunft und Vorlage innert zwei Monaten auf. Erst nachdem dies ergebnislos verläuft, meldet die AHV dem Amt für Gesundheit den Missstand. Das Amt für Gesundheit weist den säumigen Arbeitge-

ber rückwirkend einer Kasse zur Versicherung für Krankengeld seiner Arbeitnehmer zu.

Das Amt für Gesundheit kann Richtlinien über den Ablauf und den Zeitpunkt der Überprüfung der Versicherungspflicht und der zu liefernden Dokumente erlassen. Die AHV wird hier als Durchführungsorgan und nicht als inhaltlich verantwortliches Organ gesehen.

Das Verfahren zur Zuweisung der säumigen Arbeitgeber wird durch die Regierung mit Verordnung festgelegt (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).

#### **Zu Art. 12 Abs. 1 und 5**

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 – „*Mutterschaft ist der Krankheit gleichgestellt*“ – kann verzichtet werden, wenn in Abs. 1 im ersten Satz klargestellt wird, dass Leistungen den obligatorisch und freiwillig Versicherten bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft zu gewähren sind. Bisher war 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.

#### **Zu Art. 14 Abs. 3 und 3a**

Auf Empfehlung der Finanzkontrolle wurden die Begrifflichkeiten bezüglich der beitragspflichtigen Lohnbestandteile in der Kranken- und Unfallversicherung überprüft. Entsprechend soll eine Anpassung in Art. 14 Abs. 3 stattfinden (vgl. ausführlich unter Kapitel 2.3). In Abs. 3 wird nicht mehr vom AHV-pflichtigen Lohn gesprochen, sondern analog Unfallversicherungsgesetz, auf den Begriff des

„versicherten Verdienstes“ abgestellt (vgl. Art. 15 und 17 UVersG). Das Krankengeld beträgt 80% vom versicherten Verdienst, wobei unter versicherter Verdient der letzte vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogene Lohn verstanden wird. Der bisherige Passus „einschliesslich regelmässiger Nebenbezüge“ wurde gestrichen. Stattdessen wird die Verordnungskompetenz der Regierung betreffend den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes, welche ursprünglich in Abs. 3 aufgeführt war, in Abs. 3a übernommen. Die Verordnungskompetenz wird um die Bezeichnung der relevanten Nebenbezüge erweitert. Zudem können Bestimmungen über den versicherten Verdienst in Sonderfällen von der Regierung erlassen werden, namentlich bei Löhnen, auf die wegen Alters keine Beiträge der AHV erhoben werden und bei unregelmässig Beschäftigten.

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.

#### **Zu Art. 15 Abs. 1, 2, 2a, 3, 4 und 5**

Die Einführung einer allgemeinen Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft wird zum Anlass für einige zeitgemässe 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 obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 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 innerhalb von 10 Wochen 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 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.<sup>40</sup> Auf Verordnungsebene sind hingegen die „notwendigen Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft“ genau bestimmt (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 der Schweiz sind Geburtshäuser ausdrücklich in der Liste der in der OKP anerkannten Leistungserbringer erwähnt (Art. 35 Abs. 2 Bst. i CH-KVG). Im Art. 39 Abs. 1 Bst. d CH-KVG wird präzisiert, dass Geburtshäuser auf der kantonalen Spitalplanungsliste stehen müssen, damit ihre Leistungen von der OKP übernommen werden. In einem nicht zugelassenen Geburtshaus gibt es Kosten, die zulasten der Versicherten gehen, was in einer zugelassenen Einrichtung nicht der Fall wäre (z.B. Saalbenutzung, Zimmerbenutzung für den Aufenthalt, Verpflegungskosten während des Aufenthalts).<sup>41</sup>

In Liechtenstein gibt es zwar derzeit kein Geburtshaus, es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass Versicherte eine solche Einrichtung in der benachbarten Schweiz

---

<sup>40</sup> Vgl. ebenda, S. 13.

<sup>41</sup> Vgl. Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an die KVG-Versicherer zum Thema Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung vom 16. März 2018, S. 7.

in Anspruch nehmen. Aus diesen Überlegungen heraus werden in Anlehnung an die schweizerische Rezeptionsvorlage auch Geburten in Geburtshäusern unter den besonderen Leistungen bei Mutterschaft aufgenommen. Es gelten die weiteren Voraussetzungen einer Kostenübernahme durch die OKP.

Allenfalls wird es in Zukunft ein solches Geburtshaus auch in Liechtenstein geben. Die Voraussetzungen, damit ein inländisches Geburtshaus zu Lasten der OKP tätig werden kann, müssten allenfalls noch geklärt werden. Gestützt auf Art. 16a Abs. 2 und 4 kann die Regierung hierzu auf Verordnungsebene nähere Vorschriften erlassen.

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 Diskussion 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.

In Abs. 2 entfällt die Mindestzugehörigkeit von 270 Tagen zu einer Versicherung als Voraussetzung für einen Leistungsanspruch auf das Krankengeld. 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 Schwangeren, 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 im 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.

In Abs. 2a 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.

#### **Zu Art. 16f Abs. 1 und 4**

Bisher konnte der Kassenverband mit zugelassenen Leistungserbringern einen Versorgungsvertrag abschliessen. Neu wird einen solchen Versorgungsvertrag grundsätzlich jede anerkannte Kasse einzeln abschliessen können. Vorliegend wird am geltenden Wortlaut in Abs. 1 ausser der vorhin genannten keine Abänderung gemacht.

Weiterhin soll gelten, dass Versorgungsverträge der Genehmigung durch die Regierung bedürfen. In Abs. 4 wird die Bestimmung, wonach die Regierung vorgängig die Ärztekammer anhört, gestrichen. Nach geltendem Recht ist es der Kassenverband, welcher Vereinbarungen über Versorgungsnetze abschliessen kann. Mit der Anhörung der Ärztekammer wird auf der anderen Seite ein Verband der Leistungserbringer einbezogen. Wenn auf der einen Seite neu nur eine einzelne Kasse und nicht wie bisher der Kassenverband steht, und diese Kasse im Wettbewerb innovativ sein kann und soll, wäre es kontraproduktiv, der Ärztekammer (und mithin nur einem bestimmten Verband von Leistungserbringern) ein Mitspracherecht in die betrieblich-strategischen Überlegungen einzuräumen.

Die Anhörung der Ärztekammer ist auch insofern nicht erforderlich, als dass der Versorgungsvertrag nur mit zur OPK zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden kann. 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.<sup>42</sup>

#### **Zu Art. 18 Abs. 2a**

Hier war ein Einschub erforderlich, wonach die Kassen zwar 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 eine entsprechende Prämienvergünstigung erhalten. Durch (kurzfristigen) Abschluss einer erweiterten OKP könnte die selbstgewählte Einschränkung im Bedarfsfall einfach unterlaufen werden. Dies soll mit der vorliegenden Bestimmung verhindert werden.

#### **Zu Art. 22 Abs. 4**

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**

Die bisher in diesem Absatz aufgezählten Leistungen, welche von der Kostenbeteiligung generell befreit sind und die Ermächtigung der Regierung, für bestimmte Leistungen 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 im Art. 23b angeführt. Der Abs. 4 ist somit aufzuheben.

---

<sup>42</sup> Vgl. BuA Nr. 72/2003, S.7.

**Zu Art. 23b (neu)**

Wie oben angeführt, werden nun in Art. 23b in Abs. 1 die von der Kostenbeteiligung generell befreiten Leistungen aufgezählt. Inhaltlich gibt es hinsichtlich der besonderen Leistungen bei Mutterschaft folgende Erweiterung: Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche sind von der gesamten Kostenbeteiligung befreit.

In Abs. 2 wird explizit angeführt, dass auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 13 Abs. 1, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis zehn Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, die obligatorische Kostenbeteiligung nicht erhoben wird. Darüber hinaus gehende, freiwillig gewählte höhere Franchisen (Art. 23a KVG) sind zu entrichten. In Abs. 3 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 und für bestimmte Leistungen, insbesondere bei Chronischkranken, die Kostenbeteiligung gesenkt oder ganz aufgehoben werden kann. Inhaltlich hat sich hier nichts geändert. Neu hat die Regierung die Möglichkeit, die Kostenbeteiligung bei Versicherten in einem Versorgungsnetz gemäss Art. 16f zu senken oder ganz aufzuheben. 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.<sup>43</sup>

**Zu Art. 23c (neu)**

Mit der Modifizierung der Bestimmung zum Zahlungsverzug in Art. 36 KVV im Jahr 2016 (LGBl. 2016 Nr. 519) sollte insbesondere eine Straffung des Verfahrens

---

<sup>43</sup> Vgl. Botschaft des Schweizerischen Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 15. September 2004.

zum Einbringlichmachen von offenen Beiträgen der Versicherten bewirkt und die Zeit bis zu einer möglichen Exekution verkürzt werden. Dies erhöht die Chance der Kassen, die offenen Beiträge doch noch einbringlich zu machen.

Diese Bestimmung soll nun ins KVG übernommen und gleichzeitig die Möglichkeit eines Leistungsaufschubes durch die Kasse, die vom Staatsgerichtshof mit Urteil zu StGH 2018/133 als gesetzwidrig aufgehoben wurde, auf gesetzlicher Ebene wieder eingeführt werden. 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“.

Das Vorgehen im Falle eines Zahlungsverzuges ist dergestalt, dass von den Kassen nach der Mahnung (Abs. 1) eine Verfügung nach Abs. 2 Bst. a erlassen wird. Sobald diese rechtskräftig wird, 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 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.

Die Abs. 4 und 5 enthalten Regelungen betreffend den Wechsel der Kasse durch einen säumigen Versicherten bzw. betreffend die Möglichkeit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch die Kasse.

**Zu Art. 24b Abs. 4 und 4a**

In Abs. 4 war bisher nicht ausdrücklich geregelt, dass die Beiträge an den Versicherten ausbezahlt werden. In der Praxis wurde dies allerdings gemacht, da dieser Antragsteller war. Neu werden die Beiträge zwar vom Versicherten beantragt, aber die Auszahlung soll direkt an die Kasse erfolgen, bei der die Person versichert ist.

In Abs. 4a wird das ASD zur zeitgerechten Meldung an die jeweilige Kasse verpflichtet, sodass diese die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Die Kasse ihrerseits muss die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die Prämienverbilligung informieren.

**5. VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT / RECHTLICHES**

Die gegenständliche Vorlage wirft keine verfassungsrechtlichen Fragen auf.

6. **REGIERUNGSVORLAGE**

**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),  
LGBl. 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, wobei Mutterschaft die Zeit der Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgenden Erholungszeit der Mutter umfasst.

Art. 4c Abs. 1a und 2

1a) Die Kassen weisen in ihrer Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlungsprovisionen gesondert aus.

2) Die Regierung kann Bestimmungen über eine Begrenzung der Verwaltungskosten erlassen. Sie kann Vorschriften betreffend der Entschädigung der Vermittlertätigkeit und der Kosten für Werbung erlassen.

Art. 11a (neu)

*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 i.V.m. Art. 14 für Krankengeld versichert haben.

2) Der Arbeitgeber muss der AHV alle für die Überprüfung gemäss 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 Anforderung nicht fristgerecht nach, meldet die AHV dies dem Amt für Gesundheit.

4) Das Amt für Gesundheit weist den säumigen Arbeitgeber rückwirkend einer Kasse zur Versicherung für Krankengeld seiner Arbeitnehmer zu. Die Regie-

zung 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 setzt durch Verordnung den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes fest und bezeichnet die dazugehörenden Nebenbezüge. Sie erlässt Bestimmungen über den versicherten Verdienst in Sonderfällen, namentlich bei:

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

Art. 15 Abs. 1, 2, 2a, 3, 4 und 5

*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 gemäss Art. 14 zu gewähren, wenn sie bis zum Tage der Niederkunft während wenigstens 270 Tagen, ohne eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten, Kassen angehört haben.

2a) Die Leistungen gemäss 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.

3) Aufgehoben

4) Aufgehoben

5) Aufgehoben

Art. 16f Abs. 1 und 4

1) Die Kassen können 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 den Kassen bedarf der Genehmigung der Regierung.

Art. 18 Abs. 2a

2a) Die Kassen müssen den Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Ausnahme der Versicherten, welche einem Versorgungsnetz gemäss 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 Tarifen 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 Krankenpflegeleis-

tungen und das Krankengeld in festen Beträgen oder in Prozenten des versicherten Verdienstes zu erheben.

Art. 23 Abs. 4

4) Aufgehoben

Art. 23b (neu)

*c) Abweichungen von der Kostenbeteiligung*

1) Für folgende Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird weder eine Kostenbeteiligung gemäss Art. 23 noch gemäss Art. 23a erhoben:

- a) Vorsorgeuntersuchungen;
- b) Leistungen bei Mutterschaft;
- c) Leistungen aufgrund von Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche.

2) Für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis zehn Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, und die keine Leistungen nach Abs. 1 Bst. a und b sind, wird keine Kostenbeteiligung gemäss Art. 23 erhoben.

3) Die Regierung kann:

- a) für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung gemäss Art. 23 bis zum doppelten Betrag erhöhen;
- b) für bestimmte Leistungen, insbesondere bei Chronischkranken, die Kostenbeteiligung gemäss Art. 23 senken oder ganz aufheben;

- c) die Kostenbeteiligung gemäss Art. 23 bei Versicherten in einem Versorgungsnetz (Art. 16f) senken oder ganz aufheben.

### *3a. Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen*

#### Art. 23c (neu)

#### *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 2a hinzuweisen.

2) Hat die Mahnung keine Zahlung zur Folge, so kann dies 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) Hat der Versicherte Anspruch auf Beiträge des Landes im Sinne von Art. 24b, kann die Kasse unter Nachweis des Zahlungsverzuges beim Amt für Soziale Dienste beantragen, dass diese Beiträge direkt an die Kasse ausbezahlt werden.

5) 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.

6) 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 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 die Versicherten, die Anspruch auf eine Prämienverbilligung haben, und die Höhe der Beiträge so früh, dass die Kasse die Prämienverbilligung bei der Prämienfakturierung berücksichtigen kann. Die Kasse informiert die anspruchsberechtigte Person spätestens bei der nächsten Fakturierung über die tatsächliche Prämienverbilligung.

## II.

### **Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt unter Vorbehalt des ungenutzten Ablaufs der Referendumsfrist am ... in Kraft, andernfalls am Tag nach der Kundmachung.