

# Liechtensteinisches Landesgesetzblatt

Jahrgang 1989

Nr. 52

ausgegeben am 28. September 1989

---

## Verordnung

vom 16. August 1989

### zum Gesetz über die Krankenversicherung

Aufgrund von Art. 7 Abs. 2, Art. 13 Abs. 1 Bst. a und d sowie Abs. 2, Art. 14 Abs. 8 und 9, Art. 15 Abs. 6, Art. 17 Abs. 3, Art. 19 Abs. 2, Art. 22 Abs. 2, Art. 23 bis Abs. 1 und Art. 30 Abs. 1 des Gesetzes vom 24. November 1971 über die Krankenversicherung, LGBL 1971 Nr. 50, in der Fassung des Gesetzes vom 18. Dezember 1974, LGBL 1975 Nr. 16, und des Gesetzes vom 16. November 988, LGBL 1989 Nr. 28, verordnet die Regierung:

#### I. Krankenpflegeversicherung

##### Art. 1

###### *Arzneimittel, Spezialitäten und Analysen*

Die vom Schweizerischen Bundesamt für Sozialversicherung herausgegebenen Arzneimittel-, Spezialitäten- und Analysenlisten finden auf die Leistungen der Kassen für Arzneimittel und Analysen Anwendung mit Ausnahme von Tarifen, die gemäss Art. 3 und Art. 3 bis des Gesetzes geregelt sind.

##### Art. 2

###### *Präventivmedizinische Massnahmen*

1) Als präventivmedizinische Massnahmen, die der Krankenpflege gleichgestellt werden, gelten:

- a) Schutzimpfungen, ausgenommen die gesetzlich angeordneten, vom Staat bezahlten Schutzimpfungen;

b) Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen.

2) Als Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen gelten:

- a) Untersuchungen von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten und Gebrechen, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Masse gefährden;
- b) Untersuchungen von Erwachsenen zur Früherkennung von Krebs-, Stoffwechsel- und Kreislaufkrankheiten ab dem 30. Lebensjahr.

3) Personen zwischen dem 30. und 70. Lebensjahr erhalten alle zwei Jahre eine schriftliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung. Personen nach dem 70. Lebensjahr können auf eigenen Wunsch weiterhin an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen.

4) Zu den Vorsorgeuntersuchungen, welche die im Lande konzessionierten Ärzte durchführen, werden Personen eingeladen, die im Lande Wohnsitz haben und einer im Lande konzessionierten Krankenkasse angehören.

### Art. 3

#### *Präventivmedizinisches Untersuchungsprogramm*

1) Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Männer setzt sich zusammen aus:

- a) Messungen und Registrierungen:
- Grösse, Gewicht, Allgemeinstatus, Anamnese;
  - Physikalischer Thoraxbefund, Abdomen, Reflexe, Blutdruck;
  - Rektal- und Prostatauntersuchung.
- b) Laboratoriumsanalysen:
- Blutsenkungsgeschwindigkeit, Haemoglobin, Leukozyten;
  - Blutchemische Befunde: Harnsäure, Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker nach Glukosebelastung, Gamma-GT;
  - Urin: Eiweiss, Zucker, Sediment;
  - Stuhl: Benzidinprobe oder eine andere mindestens gleichwertige Untersuchungsprobe ab dem 40. Lebensjahr. Wenn die durchgeführte Probe positiv ist, muss dies auf einem speziellen Formular gemeldet werden und es sind Rektoskopie und Koloskopie oder andere gleichwertige Folgeuntersuchungen durchzuführen;
  - Ab dem 50. Lebensjahr: Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA).

2) Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Frauen setzt sich zusammen aus:

- a) Messungen und Registrierungen:
  - Grösse, Gewicht, Allgemeinstatus, Anamnese;
  - Physikalischer Thoraxbefund, Abdomen, Reflexe, Blutdruck;
  - Palpation der Mammae;
  - Erste eingehende gynäkologische Untersuchung (inkl. bimanuelle Untersuchung, Spekulum-Untersuchung und Zervixabstrich für die zytologische Untersuchung);
  - Rektaluntersuchung.
- b) Laboratoriumsanalysen:
  - Blutsenkungsgeschwindigkeit, Haemoglobin, Leukozyten;
  - Blutchemische Befunde: Harnsäure (ab dem 50. Lebensjahr), Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker nach Glukosebelastung, Gamma-GT;
  - Urin: Eiweiss, Zucker, Sediment;
  - Stuhl: Benzidinprobe oder eine andere mindestens gleichwertige Untersuchungsprobe ab dem 40. Lebensjahr. Wenn die durchgeführte Probe positiv ist, muss dies auf einem speziellen Formular gemeldet werden und es sind Rektoskopie und Koloskopie oder andere gleichwertige Folgeuntersuchungen durchzuführen;
  - Zytologische Untersuchung des Zervixabstriches.

3) Das präventivmedizinische Untersuchungsprogramm für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr setzt sich zusammen wie folgt:

- a) Neugeborene:
  - Neugeborenen-Erstuntersuchung;
  - Neugeborenen-Basisuntersuchung (vom 5. bis 10. Tag);
  - Neugeborenen-Hüftscreening mittels Ultraschall (Hüftsonographie).
- b) In der 4. bis 6. Lebenswoche:

Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- c) Im 4. bis 6. Lebensmonat:

Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- d) Im 9. bis 12. Lebensmonat:

Allgemeine pädiatrische Untersuchung.
- e) Im 21. bis 24. Lebensmonat:

Allgemeine pädiatrische Untersuchung.

f) Gegen Ende des 4. Lebensjahres:

Eingehende pädiatrische Untersuchung und Urinstatus.

#### Art. 4

##### *Leistungen bei Aufenthalt in Heilanstalten*

1) In den Heilanstalten, mit welchen das Land Verträge abgeschlossen hat, übernehmen die Kassen die vollen Arzt-, Arznei- und Aufenthaltskosten in der Allgemeinen Abteilung.

2) In anderen Heilanstalten sind die Kassen zur Übernahme der Arzt-, Arznei- und Aufenthaltskosten in der Allgemeinen Abteilung verpflichtet, jedoch nur bis zum Höchstansatz der unter Abs. 1 genannten Heilanstalten.

3) Ist aus medizinischen Gründen die Behandlung eines Versicherten in einer anderen als den in Abs. 1 genannten Heilanstalten erforderlich, übernehmen die Kassen die Arzt-, Arznei- und Aufenthaltskosten in der Allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt. Die Kassen haben das Recht, sich die Notwendigkeit der Behandlung in einer solchen Heilanstalt ärztlich oder durch ein Vertragsspital bescheinigen zu lassen.

#### Art. 5

##### *Leistungen bei Hauskrankenpflege*

1) Bei ärztlich angeordneter Hauskrankenpflege decken die Kassen die Kosten für Grundpflege und Behandlungspflege.

2) Die Grundpflege umfasst insbesondere folgende Verrichtungen:

- Patientenüberwachung;
- Ganzwäsche, Teilwäsche, Haarwäsche, Kämmen;
- Bad, Heilbad;
- Nagelpflege;
- Mundpflege;
- Prophylaxe (z. B. Dekubitus-, Pneumonie-, Kontrakturprophylaxe);
- Lagerung;
- Mobilisation (ohne Rehabilitation);
- Betten;
- Einreiben von indifferenten Hautpflegemitteln;
- Inhalation ohne Medikamentenzusätze.

3) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere folgende Verrichtungen:

- Vornahme von Injektionen;
- Vornahme von Infusionen;
- Katheterisierung;
- Einführung von Magensonden;
- Vornahme von Spülungen;
- Anbringung von Verbänden inkl. Wundspülung;
- Anbringung von Wickeln und Kataplasma;
- Rehabilitationsmassnahmen (z. B. Packungen, Bewegungsübungen, Massage);
- Absaugen;
- Einreiben von differenten Salben;
- Inhalationen mit Medikamenten;
- Atemtherapie;
- Diagnostische Massnahmen (Blutdruckmessung, Urin- und Blutproben);
- Weitere ärztlich verordnete Massnahmen.

#### Art. 6

##### *Leistungen bei häuslicher Pflege*

1) Voraussetzung für die Übernahme von Leistungen durch die Kasse für Aufwendungen, die bei der häuslichen Pflege anfallen, ist eine ärztliche Bestätigung, dass die häusliche Pflege befürwortet wird und ohne häusliche Pflege Aufenthalt und Pflege in einer Heil- oder Pflegeanstalt nötig wäre.

2) Die Kassen übernehmen die Entschädigung der für die häusliche Pflege eingesetzten Personen bis höchstens 100 Franken im Tag.

3) Andere Unkosten, die in Zusammenhang mit häuslicher Pflege anfallen, sind von den Kassen zu übernehmen, soweit sie zur Durchführung der Pflege notwendigerweise aufgewendet werden mussten.

#### Art. 7

##### *Badekuren*

Die Beitragsleistung der Krankenkassen an medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Badekuren beträgt mindestens 50 Franken pro Tag.

## Art. 8

*Krankentransporte*

1) Die Leistungspflicht der Kassen zur Übernahme der Kosten für Krankentransporte ist beschränkt auf Transporte von Liechtenstein in Heilanstalten, mit welchen das Land Verträge abgeschlossen hat, auf Rücktransporte aus derartigen Heilanstalten, auf Transporte in die Praxis eines liechtensteinischen Arztes oder Zahnarztes und auf Rücktransporte aus derartigen Arztpraxen, vorausgesetzt, dass der Transport oder Rücktransport im zuletzt erwähnten Fall auf ärztliche Anordnung hin erfolgt. Vorbehalten bleiben die Abs. 2 und 3.

2) Krankentransporte von Liechtenstein oder von einem Vertragsspital in andere als die in Abs. 1 genannten Heilanstalten sowie von einem Vertragsspital in ein anderes Vertragsspital sind nur dann versichert, wenn die Behandlung des Versicherten in einer derartigen Heilanstalt aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Kassen haben das Recht, sich die Notwendigkeit der Behandlung in einer anderen als den in Abs. 1 genannten Heilanstalten ärztlich bestätigen zu lassen.

3) Bei Krankentransporten vom Ausland in die in den Abs. 1 und 2 genannten Heilanstalten sowie in die in Abs. 1 genannten Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei entsprechenden Rücktransporten haben die Kassen Krankentransportkosten bis zu höchstens 500 Franken pro Fall zu übernehmen.

4) Bei Krankentransporten im Ausland haben die Kassen Krankentransportkosten für medizinisch notwendige Transporte in die nächstliegende geeignete Heilanstalt bis zu höchstens 500 Franken pro Fall zu übernehmen.

5) Ist ein unter den Abs. 1, 2 oder 3 genannter Krankentransport aus medizinischen Gründen mit dem Helikopter notwendig, so übernehmen die Kassen diese Transportkosten, bei Krankentransporten aus dem Ausland jedoch höchstens 1000 Franken pro Fall.

6) Voraussetzung für die Übernahme der Krankentransportkosten durch die Kassen ist ferner, dass Krankentransporte durch dafür behördlich anerkannte Krankentransportunternehmen durchgeführt werden. Die im Inland dafür verwendeten Fahrzeuge müssen mit den erforderlichen und von der Sanitätskommission als geeignet befundenen Einrichtungen ausgestattet sein.

## II. Krankengeldversicherung

### Art. 9

#### *Unregelmässig beschäftigte Personen*

1) Die Versicherungspflicht für Krankengeld gemäss Art. 7 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes erstreckt sich nicht auf die unregelmässig beschäftigten Arbeitnehmer.

2) Als unregelmässig beschäftigt gelten Arbeitnehmer, die weniger als 12 Arbeitsstunden pro Woche bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind.

### Art. 10

#### *Kurzfristig beschäftigte Personen*

Von der Versicherungspflicht für Krankengeld gemäss Art. 7 Abs. 1 Bst. b des Gesetzes ausgenommen sind Personen, die in einem auf maximal drei Monate befristeten Arbeitsverhältnis stehen (z. B. Praktikanten, Aushilfen, Gelegenheitsarbeiter).

### Art. 11

#### *Heimarbeit*

1) Heimarbeiter sind obligatorisch für Krankengeld versichert, wenn sie in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind.

2) Unterliegt ihr Lohn starken Schwankungen, so wird für die Berechnung des Krankengeldes auf den Durchschnittslohn der letzten drei Arbeitsmonate abgestellt.

### Art. 12

#### *Wöchnerinnen, Aufgabe der Erwerbstätigkeit*

1) Erwerbstätige Versicherte haben dann Anspruch auf Krankengeldleistungen gemäss Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes, wenn sie ihre Erwerbstätigkeit nicht früher als 20 Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, sofern nicht eine dieser Frist vorausgehende mindestens hälftige Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt ist.

2) Die Ansprüche nicht erwerbstätiger Versicherter auf Krankengeldleistungen gemäss Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes werden hiervon nicht berührt.

3) Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit nicht früher als 12 Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, dürfen vor Ablauf der Bezugsdauer für Krankengeld gemäss Art. 15 Abs. 2 des Gesetzes nicht zu einem niedrigeren Taggeld versichert werden.

### Art. 13

#### *Rentner der Invalidenversicherung und der obligatorischen Unfallversicherung*

Bezüger von Renten der Invalidenversicherung und der obligatorischen Unfallversicherung sind für Krankengeld obligatorisch nur für die Leistungen im Sinne von Art. 14 Abs. 4 des Gesetzes zu versichern.

### Art. 14

#### *Krankengeldversicherung bei Bezüger von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung*

1) Die Krankenkassen können die freiwillige Weiterführung der Krankengeldversicherung im bisherigen Umfang für Bezüger von Entschädigungen aus der Arbeitslosenversicherung im Sinne von Art. 14 Abs. 8 des Gesetzes von der Vorlage des amtlichen Kontrollausweises der Arbeitslosenversicherung abhängig machen.

2) Bezüger von Arbeitslosenversicherungen können ihre vor dem Zeitpunkt der Ausrichtung der Arbeitslosenentschädigung bestehende Krankengeldversicherung in derselben Taggeldhöhe wie bisher, jedoch mit Auszahlung ab dem 2. Tage nach dem Tage der Erkrankung, weiterführen. Sah die vorher bestehende Krankengeldversicherung einen späteren Auszahlungsbeginn vor, so ist der für diese Krankengeldversicherung zu entrichtende Beitrag entsprechend anzupassen.

3) Die Krankenkassen haben der Arbeitslosenversicherung eine Kopie der der Krankengeldauszahlung zugrunde liegenden ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbestätigung zu unterbreiten.

Art. 15

*Leistungspflicht für Versicherte im Ausland*

- 1) Bei Auslandsaufenthalt besteht Anspruch auf das Krankengeld nur bei stationärer Behandlung des Versicherten in einer Heilanstalt oder in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt.
- 2) Bei Grenzgängern fällt dieser Vorbehalt dahin, solange sie sich an ihrem Wohnort aufhalten.

### **III. Kollektivversicherung**

Art. 16

*Kreis der Versicherungsnehmer und Versicherten*

Kollektivversicherungsverträge im Sinne von Art. 22 Abs. 2 des Gesetzes sind zulässig mit:

- a) Arbeitgebern für sich, ihre Arbeitnehmer und die Familienangehörigen;
- b) Arbeitgeberorganisationen für ihre Mitglieder, die Arbeitnehmer ihrer Mitglieder und die Familienangehörigen.

Art. 17

*Kontrolle*

- 1) Die Kassen sind verpflichtet, dem Amt für Volkswirtschaft von bestehen den ebenso wie vom Abschluss von neuen oder von der Übernahme von bestehenden Kollektivversicherungsverträgen von anderen Kassen Mitteilung zu machen, unter Beilage einer Kopie des jeweiligen Vertrages.
- 2) Kommt eine Kasse dieser Vorschrift sowie jenen des Art. 22 Abs. 2 des Gesetzes nicht nach, so kann ihr die Regierung nach fruchtloser schriftlicher Mahnung den Abschluss von Kollektivverträgen untersagen. Die Regierung kann in einem solchen Fall die Kasse verpflichten, bereits abgeschlossene Verträge auf den nächsten Termin zu kündigen.

## IV. Anrechnung bestimmter Renten an die Leistungen für Heilanstaltsaufenthalt

### Art. 18

#### *Betrag für persönliche Bedürfnisse*

Bei Berechnung der Kassenleistungen im Sinne von Art. 17 Abs. 3 des Gesetzes muss von der Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung dem Versicherten für seine persönlichen Bedürfnisse neben der Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein Mindestbetrag von 300 Franken monatlich verbleiben.

## V. Administrative Vorschriften

### Art. 19

#### *Vorlegung der Abrechnung an die Versicherten*

1) Die dem Versicherten durch die Krankenkassen zuzustellende detaillierte Abrechnung im Sinne von Art. 19 Abs. 2 des Gesetzes hat folgende Angaben zu beinhalten:

- a) Name des Leistungserbringers,
- b) Zeitperiode der Behandlung,
- c) Kosten der ambulanten bzw. stationären Behandlung (ohne die im Rahmen dieser Behandlung angefallenen Kosten für apparativ-technische Leistungen),
- d) Kosten für allfällig verordnete Behandlungen bei Personen in anderen Berufen der Gesundheitspflege,
- e) Medikamentkosten,
- f) Laborkosten,
- g) Kosten für apparativ-technische Leistungen.

2) Die einzelnen Kostenpositionen sind jeweils separat anzuführen.

## Art. 20

*Prämienreduktion bei freiwilliger Kostenbeteiligung durch den Versicherten*

- 1) Die Kassen können im Rahmen der Versicherung der obligatorischen Krankenpflegeleistungen als freiwillige Kostenbeteiligung feste Jahresbeiträge bis zu 500 Franken anbieten.
- 2) Die Kassen dürfen bei einem festen Jahresbetrag von 500 Franken den Mitgliedsbeitrag um höchstens 22 % reduzieren. Bei niedrigeren festen Jahresbeträgen reduziert sich die maximal zulässige Beitragsreduktion verhältnismässig.
- 3) Bei freiwilligen Zusatzversicherungen fallen diese Einschränkungen dahin.

**VI. Übergangs- und Schlussbestimmungen**

## Art. 21

*Übergangsbestimmung*

Bestehende Kollektivversicherungen haben sich bis zum 31. Dezember 1989 den Vorschriften von Art. 16 und 17 anzupassen.

## Art. 22

*Aufhebung früherer Verordnungen*

Mit dem Inkrafttreten dieser Verordnung werden aufgehoben:

- a) Verordnung vom 18. Februar 1975 zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBl. 1975 Nr. 19;
- b) Verordnung vom 1. Juli 1986 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung (Gesundheitsvorsorge), LGBl. 1986 Nr. 76;
- c) Verordnung vom 10. März 1987 zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBl. 1987 Nr. 11;
- d) Verordnung vom 24. Mai 1988 betreffend die Abänderung der Verordnung zum Gesetz über die Krankenversicherung (Gesundheitsvorsorge), LGBl. 1988 Nr. 27;

- e) Verordnung vom 20. September 1988 über die Abänderung der Verordnung vom 18. Februar 1975 zum Gesetz über die Krankenversicherung, LGBl. 1988 Nr. 34.

Art. 23

*Inkrafttreten*

Diese Verordnung tritt am Tage der Kundmachung in Kraft.

Fürstliche Regierung:  
gez. *Hans Brunhart*  
Fürstlicher Regierungschef