Liechtensteinischer Krankenkassenverband

REGIERUNGSSEKRETARIAT
E 18. Aug. 2026
AZ: SPMM

Liechtensteinischer Krankenkassenverband
Wuhrstrasse 13
9490 Vaduz
Tel. +423 233 43 00
Fax +423 233 43 01
info@lkv.li

www.lkv.li

Für Rückfragen: Karin.Zech-Hoop@lkv.li

Ministerium für Gesellschaft und Justiz
Dr. Emanuel Schädler
Regierungsrat
Peter-Kaiser-Platz 1
9490 Vaduz

Vaduz, 17. August 2026

Stellungnahme zum Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und des Gesundheitsgesetzes (GESG)

Sehr geehrter Herr Regierungsrat Dr. Schädler,

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Gerne nehmen wir im Namen der in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer innerhalb der laufenden Vernehmlassungsfrist wie folgt Stellung:

I. Allgemeine Bemerkungen

Der LKV begrüsst die vorgeschlagenen Änderungen des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sowie des Gesundheitsgesetzes (GesG). Besonders erfreulich ist, dass zahlreiche Anliegen und Vorschläge des LKV in die vorliegende Vorlage eingeflossen sind.

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung wird ausdrücklich unterstützt. Sie schafft Transparenz hinsichtlich der Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen und ermöglicht erstmals einen direkten Vergleich der Kostenstrukturen. Positiv hervorzuheben ist, dass die Umsetzung über klar definierte Verträge erfolgt und auf komplizierte Prozesse wie in der Schweiz verzichtet wird. Zudem ist die Präzisierung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens zusammen mit der Neuregelung des Beschwerdeverfahrens ein grosser Schritt in Richtung Effizienzsteigerung und klare Spielregeln. Bezüglich der Verfeinerung des Risikoausgleichs haben die Krankenversicherer unterschiedliche Ansichten. Concordia unterstützt die Verfeinerung. Die FKB und SWICA erachten das heutige duale System als effektiver.

Im Bereich der Digitalisierung ist für die Krankenversicherer insbesondere der elektronische Rechnungsaustausch von zentraler Bedeutung. Der LKV regt deshalb an, dass das Amt für Gesundheit den Krankenversicherern Rechnungen künftig in einem strukturierten XML-Format zur Verfügung stellt. Die elektronische Übermittlung erfolgt zwar bereits heute digital, bietet jedoch aufgrund fehlender Strukturierung keinen Mehrwert für die automatisierte Weiterverarbeitung.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen und Erläuterungen im KVG

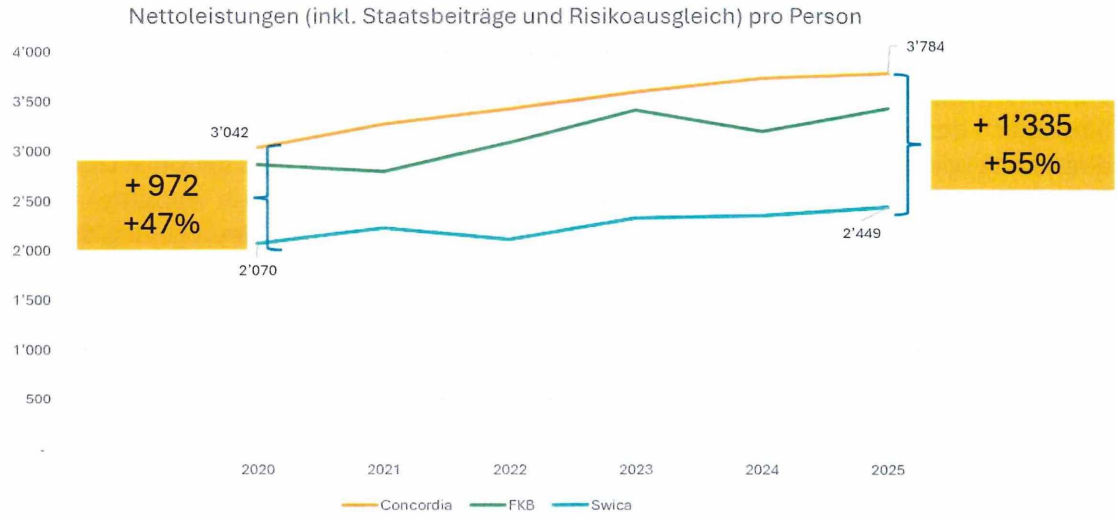
Zu Art. 3a – Verfeinerung Risikoausgleich

Generell wird festgehalten, dass die Darstellung der Prämienentwicklung mittlere Prämie Erwachsene auf S. 29 des Vernehmlassungsberichts missverständlich interpretiert werden kann und nicht zwingend auf einen schlechten Risikoausgleich hindeutet. Die mittlere Prämie ist eine bestandesgewichtete Durchschnittsprämie. Krankenversicherer mit einem höheren Anteil an Versicherten mit Standardfranchise weisen höhere mittlere Prämien aus, Krankenversicherer mit einem höheren Anteil an Versicherten mit Maximalfranchise weisen tiefere mittlere Prämien aus.

Alle Krankenkassen sprechen sich für einen risikogerechten Ausgleich aus. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs wird unter den Krankenkassen jedoch kontrovers diskutiert. Zur Unterstützung einer differenzierten Diskussion im Landtag und in der Regierung werden die verschiedenen Positionen in dieser Stellungnahme dargelegt:

- **CONCORDIA:**

  In einem System mit einer obligatorischen Grundversicherung mit Aufnahmezwang besteht ohne ausreichenden Risikoausgleich für einzelne Versicherer der Anreiz der Risikoselektion (Rosinenpicken). Versicherer, die besonders viele ältere und/oder kranke Personen versichern werden bestraft (höheres Prämienniveau), während Versicherer, die sich auf jüngere und/oder gesunde Personen konzentrieren, belohnt werden (tieferes Prämienniveau). Die heutigen Staatsbeiträge und der bestehende Risikoausgleich gleichen diese Unterschiede nicht angemessen aus. Dies zeigt ein Vergleich der Nettoleistungen unter Berücksichtigung der ausgerichteten Staatsbeiträge und des bestehenden Risikoausgleichs.



(Quelle Aufsichtsdaten OKP, Liechtensteinische Landesverwaltung)

Die Unterschiede zwischen den Versicherern sind sehr gross und zeigen klare Effekte einer Risikoselektion. Dies untergräbt das Solidaritätsprinzip zwischen kranken und gesunden Versicherten.

Die CONCORDIA spricht sich für einen fairen Wettbewerb unter den Versicherern aus und unterstützt daher die Verfeinerung des Risikoausgleichs. Das vorgeschlagene Modell wird den Anreiz zur Risikoselektion deutlich verringern. Gleichzeitig ist es im Vergleich zum Schweizer Modell einfach ausgestaltet und daher für die Versicherer ohne nennenswerte Zusatzaufwände umsetzbar.

Die im neuen Risikoausgleich vorgesehene Schwelle von CHF 5'000 Arzneimittelkosten sollte höher angesetzt werden. Sie lehnt sich an die frühere Regelung in der Schweiz an und stammt aus dem Jahr 2017. Berücksichtig man die seither aufgelaufenen Teuerung auf Medikamenten sollte die Schwelle bei CHF 8'000 liegen. Zudem sollte auf Verordnungsebene eine periodische Überprüfung oder ein dynamischer Anpassungsmechanismus vorgesehen werden.

- **FKB:**

  Der in Liechtenstein geltende Risikoausgleich ist in Kombination mit den Hochkosten-abhängigen Staatsbeiträgen ein effektives Instrument, um den Wettbewerb um gute Risiken im Versichertenbestand auszugleichen. Es ist fraglich, ob zusätzliche Kriterien die Risiken besser abbilden. Es besteht die Befürchtung, dass der gewählte zusätzliche Parameter Spitalaufenthalt >2 Nächte vor dem Hintergrund der Strategie ambulant vor stationär und dem Thema vermeidbare Spitalaufenthalte kein zukunftsweisendes Kriterium ist und eher das Thema Alter und Fragilität nochmals verstärkt abbildet. Alter (bzw. Todesnähe[1], deren Wahrscheinlichkeit im Alter ansteigt) sind die weitaus zuverlässigsten Indikatoren für hohe Gesundheitskosten. Einer Krankenkasse finanziell weniger Risikoausgleich zu gewähren, deren Versicherte ambulante Behandlungen oder Kurzaufenthalte bei notwendigen stationären Behandlung in Anspruch nehmen, ist aus FKB-Sicht ein Schritt in die falsche Richtung.

  Auch der Aufnahme des Parameters Medikamentenkosten sehen sie kritisch entgegen. Eine nicht repräsentative Auswertung unserer Daten zeigt, dass Medikamentenkosten von über CHF 5'000 pro Jahr (und auch über 14'000 pro Jahr) nicht positiv korrelieren mit der Höhe der OKP-Leistungen (also hohe Medikamentenkosten sind nicht zwingend Indikator für hohe Gesamtleistungen). Gibt es hier aggregierte Daten, welche den erwarteten Zusammenhang stützen? Zudem befürchtet die FKB bei den Medikamentenkosten eine Verwischung der Datenlage, vorallem wenn die Rückforderung von Rabatten gemäss KVV71 eingerechnet werden sollte.

  Obige Ausführungen zeigen, dass es weiterhin wichtig ist, dass die Grundlagen zu neuen Indikatoren objektiv nachvollziehbar bzw. auf bestehenden Auswertungen/Hochrechnungen zu den zu erwartenden Effekten basieren.

  Die FKB appelliert, die bisherige Fassung des Art. 3a Abs. 1 und 2 KVG beizubehalten.

  Die FKB fordert, die Kombination Risikoausgleich und Hochkosten-Staatsbeiträge beizubehalten. Auf die Verfeinerung des Risikoausgleiches mit Medikamentenkosten ist zu verzichten. Die Erweiterung über den Parameter Spitalaufenthalt >2 Tage halten sie für einen nicht zeitgemässen Ansatz zur Verhinderung der Risikoselektion.

---

[1] vgl. Seite 9 von Working Paper der EFV Nr. 27, Juni 2025, Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheitsausgaben? Eine Analyse für die Schweiz von 1960 bis 2022, Benjamin Lerch et al (https://www.efv.admin.ch/dam/de/sd-web/1xQdaIIJKa6o/faktoren-beeinflussen-gesundheitsausgaben-CH-1960-2022.pdf)

- **SWICA:**

  Die SWICA erachtet das derzeitige duale System des Risikoausgleichs als effektiver und auch administrativ viel weniger kostenintensiv. Für einen optimaleren Ausgleich kann die Hochkostenschwelle regelmässig auf ihre Effektivität analysiert und bei Bedarf angepasst werden.

  Die folgenden zwei Darstellungen der Prämienentwicklung für Erwachsene mit Unfall und unterschiedlicher Franchise lassen erkennen, dass bei der Prämie Verschiebungen unter den Krankenkassen stattfinden.

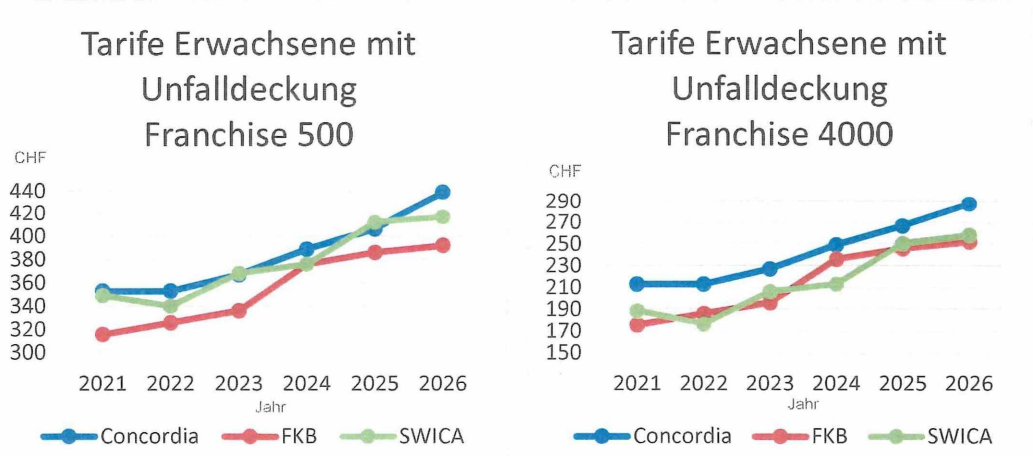


Abbildung 1 und 2: Tarife Erwachsene mit Unfalldeckung Franchise 500 und Tarife Erwachsene mit Unfalldeckung Franchise 4000, eigene Darstellung, Quelle Daten: Amt für Gesundheit

Eine datenbasierte Analyse zeigt, dass das heutige Zusammenspiel von Risikoausgleich und Staatsbeiträgen im FL das Restrisiko substanziell reduziert. Im Vergleich mit dem verfeinerten Risikoausgleich in der Schweiz schätzt die Analyse die Wirksamkeit des dualen FL-Systems deutlich höher ein. Mit einer Anhebung der Hochkostenschwelle von heute CHF 5'000 könnte der Risikotransfer zudem weiter erhöht werden.

Der administrative Aufwand für das Morbiditätskriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr ist aus Erfahrung sehr hoch und führt in der Schweiz regelmässig zu Neuberechnungen, da die Stichprobenprüfungen bei den Risikoausgleich-Audits häufig nicht korrekte Ermittlungen bei der Datenaufbereitung feststellen. Die Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen der ZHAW aus dem Jahr 2024 hält fest, dass Versicherte mit Spitalaufenthalt im Vorjahr systematisch überkompensiert werden. Die Güte des Merkmals, um ein erhöhtes Risiko des Versicherten im Folgejahr festzustellen, ist tief. Es sind in der Schweiz Bestrebungen im Gange, das Merkmal Spitalaufenthalt durch DRG-Gruppierungen abzulösen. Das Merkmal Medikamenten kosten ab CHF 5'000 war in der Schweiz von Beginn an nur als Übergangskriterium gedacht und wurde durch die PCG's abgelöst. Bezüglich Über- oder Unterkompensationspotential ist keine Aussage möglich.

Im Falle einer Beibehaltung des bisherigen, dualen Systems muss der Finanzierungsschlüssel im EFAS neu berechnet werden.

Aus Sicht von SWICA fehlt im Vernehmlassungsbericht ein datenbasierter Vergleich bezüglich der Effektivität zwischen dem heutigen dualen System und dem vorgeschlagenen verfeinerten

Risikoausgleich. Für eine fundierte Diskussion erachtet SWICA einen solche Analyse als unerlässlich.

Grundsatz:

SWICA ist für einen risikogerechten Ausgleich, erachtet aber das bisherige, duale System als effektiver und auch administrativ viel weniger kostenintensiv.

Unabhängig von der gewählten Variante zur Verfeinerung des Risikoausgleichs wird die Durchführung des Risikoausgleichs durch die Aufsichtsbehörde ausdrücklich begrüsst. Diese Aufgabe ist dort sachgerecht angesiedelt und hat sich bewährt. Der LKV erhebt keine Einwände gegen die Streichung der bisherigen Delegationsnorm zugunsten des LKV.

Zu Art. 4 Abs. 1 Bst. f

Die Aufhebung dieser Delegationsnorm wird begrüsst, da die entsprechende Regelung künftig in Art. 19 verankert wird.

Hinweis: Es findet sich zur Aufhebung dieser Bestimmung keine Erläuterung im VNB.

Zu Art. 12 Abs. 3a

Der LKV unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung. Die Aufhebung von Abs. 3a stellt folglich eine konsequente Folge dieser Neuregelung dar.

Gleichzeitig macht der LKV darauf aufmerksam, dass das bestehende System der Referenztarife in diesem Zusammenhang nochmals grundlegend überprüft werden sollte. Die Steuerung der Patientenströme in Vertragsspitäler wird künftig erheblich erschwert, was die Verhandlungsposition des LKV gegenüber ausländischen Spitälern bei Tarifverhandlungen schwächen könnte. Siehe dazu Punkt 5 bei den weiteren Anliegen sowie die Erwägungen zu Art. 24.

Zu Art. 13a (neu)– Leistungskommission

Der Verankerung der Leistungskommission auf Gesetzesebene steht der LKV neutral gegenüber. Infolge der Verankerung auf Gesetzesstufe müssten jedoch detaillierte Regelungen erfasst werden, beispielsweise zu Vorsitz/Stellvertretung, Beschlussfassung / Stimmrecht und deren Mitglieder.

Zu Art. 14 Abs. 1 Bst. b

Der LKV geht davon aus, dass die bisherige Formulierung nicht versehentlich entfallen ist. Sollte die vorgesehene Ergänzung aufgenommen werden, ist zwingend eine Präzisierung erforderlich.

Nach Ablauf von 720 Taggeldtagen innerhalb von 900 Tagen endet die Leistungspflicht für den nicht arbeitsfähigen Anteil. Die bestehende Versicherung für den weiterhin erwerbstätigen Anteil bleibt jedoch bestehen. Diese Klarstellung ist wesentlich. Die vorgeschlagene Formulierung könnte ansonsten so verstanden werden, dass für die Beendigung der Taggeldleistungen keinerlei Erwerbstätigkeit mehr bestehen darf. Eine Beendigung der Leistungen bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wäre damit praktisch ausgeschlossen.

Beispiel:

Eine Person ist während 720 Tagen zu 50 % arbeitsunfähig und arbeitet die übrigen 50 % weiterhin. Nach Ablauf der 720 Tage endet die Taggeldzahlung. Für den weiterhin ausgeübten Erwerbsanteil bleibt die Person versichert. Erhöht sie das Arbeitspensum später wieder auf 100 % und wird innerhalb von 120 Tagen erneut arbeitsunfähig, besteht für die zusätzlich aufgenommenen 50 % kein Anspruch auf Krankengeld. Eine erneute Versicherung dieses Anteils ist erst nach Ablauf der 900-Tage-Frist möglich.

Zu Art. 16g (neu)

Der neue Pilotartikel wird begrüsst. Er eröffnet neue Perspektiven für innovative Versorgungsmodelle. So könnte beispielsweise geprüft werden, ob eine Gemeinde gemeinsam mit einem ansässigen Arzt eine aufsuchende Versorgung durch Advanced Practice Nurses (APN) oder die Spitex mit APNs einen mobilen Hospizdienst aufbauen möchte. Für das zweite müsste aber eine Anstellung bei der Familienhilfe auch ermöglicht werden. Dies würde eine Anpassung von Abs. 1 bedingen, dass APNs auch bei Einrichtungen des Gesundheitswesens angestellt werden können.

Zu Abs. 2 weist der LKV darauf hin, dass gegenüber den Krankenversicherern nur zugelassene Ärztinnen und Ärzte abrechnungsberechtigt sind. Die zugelassene Ärztegesellschaft verfügt über keine Abrechnungsnummer (ZSR-Nummer). Die Formulierung «oder die zugelassene Ärztegesellschaft» im ersten Satz von Abs. 2 ist deshalb zu streichen.

Die Vergütung der Leistungen sollte zwischen dem LKV und der Ärztekammer ausgehandelt und anschliessend von der Regierung genehmigt werden.

Die APN verfügen mind. über ein abgeschlossenes Master-Studium Pflege incl. Berufserfahrung. Daher sind Leistungen, welche sie im Rahmen der Pilotprojekte in Eigenverantwortung erbringen und abrechnen können, zu ermöglichen und zu definieren. Mit dem Entwurf soll unter anderem die Leistungserbringerkategorie der Pflegefachpersonen gestärkt werden. Mit der Anpassung des Gesundheitsgesetzes sollen Pflegefachpersonen zusätzliche Kompetenzen erhalten. Dies mit Blick auf ihren breiten Tätigkeitsbereich. Wichtig ist, im Pilotprojekt zu definieren, welche Leistungen eigenständig/eigenverantwortlich und welche unter der Verantwortung des Arztes mit Delegation erfüllt werden dürfen. Zudem sind Kostenstrukturelemente und Abrechnungstarife für das Pilotprojekt festzulegen. Dieser Artikel sollte so offen wie möglich formuliert werden, damit verschiedene Einsatzgebiete getestet werden können.

Um dem Hausärztemangel etwas entgegenzusetzen und die APNs weiter zu stärken, regen wir an, Art. 16g dahingehend anzupassen, dass APNs selbständig abrechnen können und die Abrechnung nicht über einen zugelassenen Arzt erfolgt. Konkret regen wir deshalb an, Art. 16g etwa wie folgt anzupassen:

Art. 16g (neu)

Pilotversuche für Vergütung der Leistungen von Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses)

1) Die Regierung kann befristete Pilotprojekte bewilligen, in denen Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis (Advanced Practice Nurses, APN), die bei einem zugelassenen Arzt oder einer Einrichtung des Gesundheitswesens angestellt sind, auf ärztliche Anordnung hin Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.

2) Advanced Practice Nurses können innerhalb eines bewilligten Pilotprojekts die im Versorgungskonzept definierten delegierten und nicht delegierten Leistungen eigenverantwortlich

erbringen und über den zugelassenen Arbeitgeber zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen. Die Vergütung erfolgt abweichend von Art. 16c durch Pauschalen oder Stundensätze und ist gegenüber der entsprechenden ärztlichen Vergütung angemessen reduziert zwischen Ärztekammer und Kassenverband mit Einbezug APN festzulegen. Sie bedarf der Genehmigung der Regierung.

3) Die am Pilotprojekt beteiligten Advanced Practice Nurses, zugelassenen Ärzte oder Einrichtungen des Gesundheitswesens erheben die für die Evaluation und für eine künftige Tarifierung erforderlichen Leistungs- und Kostendaten und übermitteln diese dem Amt für Gesundheit. Das Amt für Gesundheit erstattet der Regierung nach Abschluss der Pilotprojekte Bericht und unterbreitet gegebenenfalls Anträge für eine dauerhafte Regelung.

4) Die Regierung regelt das Nähere mit Verordnung, insbesondere die fachlichen Anforderungen an die Pflegefachpersonen mit erweiterter klinischer Praxis, den Umfang der zulässigen delegierten und nicht delegierten Leistungen, die Vergütung, die Datenerhebung sowie die Qualitätssicherung.

Der Pilot und die definitive Umsetzung der Vergütung von APNs soll eng mit der Schweiz abgestimmt werden, damit eine einheitliche Praxis gewährleistet ist.

Zu Art. 19 Abs. 1, 2a, 2b, 2c, 2d, 2e und 2f – Wirtschaftlichkeitsverfahren

Die Präzisierung des Wirtschaftlichkeitsverfahrens stellt aus Sicht des LKV einen bedeutenden Fortschritt dar. Damit wird ein wirksames Instrument geschaffen, um unwirtschaftliches Verhalten zu identifizieren und effizientes Arbeiten einzufordern.

Abs. 1

Abs. 1 verankert das WZW-Prinzip (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) als grundlegendes Prinzip der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diese drei Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein.

Abs. 2a

Die Bestimmung entspricht der gelebten Praxis. Der letzte Satz könnte mit folgendem Zusatz ergänzt werden:

„... und den Vergleichswerten nach Abs. 2b."

Abs. 2b

Diese Bestimmung bildet das Kernstück des Wirtschaftlichkeitsverfahrens und wird vom LKV als essenziell erachtet.

Der Vergleich soll mit sämtlichen Leistungserbringern derselben Vergleichsgruppe in der Schweiz und in Liechtenstein erfolgen. Grundlage dafür bildet der gesamtschweizerisch-liechtensteinische Gruppenfallwert gemäss den Statistiken des Branchenverbands der Schweizer Krankenversicherer.

Dadurch können unter anderem folgende Auffälligkeiten erkannt werden:

- überdurchschnittlich hohe Behandlungskosten pro Patient;
- auffällig hohe Anzahl von Konsultationen oder abgerechneten Leistungen;
- überdurchschnittlich viele Verordnungen von Medikamenten, Untersuchungen oder Therapien.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung dient nicht der Sanktionierung von Ärztinnen und Ärzten, sondern der Sicherstellung einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Versorgung. Sie trägt zur Kostendämpfung, zur Transparenz sowie zur langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems bei.

Praxisbesonderheiten stellen dabei ein zentrales Korrektivelement dar. Bereits heute werden Faktoren wie Alter, Geschlecht, Arzneimittel-Kostengruppen (PCG), Hospitalisationen im Vorjahr, Franchisehöhe und Facharztgruppe berücksichtigt. Darüber hinaus müssen Leistungserbringer die Möglichkeit haben, individuelle Praxisbesonderheiten geltend zu machen, indem er darlegt, warum diese zu nachweislich höheren Kosten führt.

Auf Verordnungsebene sollte zusätzlich geregelt werden, wie Leistungserbringer mit mehreren Fachgebieten eingeordnet werden. In solchen Fällen sollte der Leistungserbringer die prozentuale Aufteilung seiner Tätigkeit belegen, worauf der Kassenverband eine entsprechende Zuordnung zu den relevanten Vergleichsgruppen vornehmen kann.

Abs. 2c

Für die praktische Umsetzung empfiehlt der LKV die Weiterführung des bewährten dreistufigen Verfahrens:

1. Informationsschreiben
2. Mahnung
3. Rückforderung

Dieses Vorgehen trägt den zeitlichen Verzögerungen bei der Verfügbarkeit statistischer Daten Rechnung und ermöglicht den Leistungserbringern eine rechtzeitige Anpassung ihres Verhaltens.

Hinsichtlich Toleranzmarge und Rückforderungsberechnung wird empfohlen, sich an den in der Schweiz etablierten Verfahren zu orientieren.

Abs. 2d

Die Klarstellung der Fristen wird begrüsst.

Abs. 2e

Die ausdrückliche Verankerung der Mitwirkungspflicht wird begrüsst.

Zu Art. 19b Abs. 1, 1a und 4

Die Weiterführung der Kostenziele erachtet der LKV in Anbetracht der Kostenentwicklungen der letzten Jahre als essenziell. Die bisherige Umsetzung war allerdings unbefriedigend. Trotz teilweise deutlicher Kostenüberschreitungen wurden die gesetzlich vorgesehenen Korrekturmechanismen bislang nicht angewandt.

Der LKV beantragt daher, künftig Kostenziele nicht nur als Gesamtziel, sondern für die einzelnen Leistungserbringergruppen festzulegen und deren Einhaltung konsequent sicherzustellen. Dabei können Veränderungen bei der Anzahl der Leistungserbringer sowie tarifliche Anpassungen berücksichtigt werden. Generelle Kostenziele ohne Differenzierung nach Leistungserbringergruppen haben sich aus Sicht des LKV als wenig wirksam erwiesen.

Die Einsetzung einer unabhängigen Kosten- und Qualitätskommission wird ausdrücklich begrüsst.

Zu Art. 19c Abs. 2 Bst. g

Bei dieser Bestimmung ist der zeitliche Verzug der Statistiken zwingend zu berücksichtigen. Statistische Ergebnisse stehen regelmässig erst rund dreiviertel bis ein Jahr nach Ablauf des betreffenden Jahres zur Verfügung. Beispielsweise ist die Auswertung für das Statistikjahr 2024 erst im Herbst 2025 verfügbar. Mit der dadurch erhaltenen Information kann der Leistungserbringer erst das Jahr 2026 beeinflussen. Deshalb sollte dem Leistungserbringer ausreichend Zeit eingeräumt werden, sein Verhalten anzupassen.

Die Kündigung eines Vertragsverhältnisses sollte zudem stets das letzte Mittel darstellen und strengeren Voraussetzungen unterliegen als ein reguläres Wirtschaftlichkeitsverfahren.

Der LKV schlägt folgende Formulierung vor:

g) ein Leistungserbringer bei der Zusammenfassung der Kosten nach Art. 19 Abs. 2a und Abs. 2b während fünf aufeinanderfolgenden Jahren die Toleranzmarge überschreitet und in den letzten drei betrachteten Jahren die festgelegte Toleranzmarge um das Doppelte überschreitet, soweit diese Überschreitungen nicht durch vom Kassenverband anerkannte Praxisbesonderheiten begründet werden können.

Art. 23b Abs. 2 Bst. a und b

Die mit Bst. a vorgesehenen zusätzlichen Anreize zur Verhaltenssteuerung werden aufgrund der aktuellen Kostenentwicklung begrüsst.

Ebenso wird die Streichung des Einschubs „insbesondere bei Chronischkranken" in Bst. b voll unterstützt. Die bisherige Regelung führte zu Ungleichbehandlungen zwischen verschiedenen chronischen Krankheitsbildern und war weder sachgerecht noch praktikabel. Die Streichung beseitigt eine bestehende Ungleichbehandlung. Die Regierung kann finanziell schwächere über den Kanal der Prämienverbilligung besser erreichen.

Art. 24a Abs. 2, 2a, 2b, 2c und 4

Grundsätzlich unterstützen wir die einheitliche Finanzierung der Leistungen. Die vorgeschlagene Umsetzung erscheint kompliziert. Der LKV plädiert für eine zeitnahe, aber leicht handhabbare Kostenbeteiligung des Staates. Für die Rechnungsprüfung (WZW) sind weiterhin primär die Krankenversicherer in der Pflicht und das Amt für Gesundheit prüft mittels Audits oder Stichkontrollen.

Akonto-Beiträge und jährliche definitive Abrechnungen sind sinnvoll für Beiträge in der Höhe, wie sie durch den Risikoausgleich und die Hochkosten entstehen. Eine nur jährliche definitive Abrechnung des Staatsbeitrages von 31% aller ambulanten und stationären Leistungen bedeutet aber, dass die Krankenkassen in Vorleistung gehen müssen, was eine nicht zu unterschätzende Belastung der Krankenkassen darstellt. Damit wird das gesamte Kostenschwankungsrisiko auf die Krankenkasse übertragen. Diese müsste ihre Reserven damit je nach Versichertenbestand und abgerechnete Leistungen möglicherweise sogar unterjährig deutlich anheben. Wir sind der festen Überzeugung, dass dies nicht so gewollt sein kann. Somit plädiert der LKV für eine monatliche oder mindestens quartalsmässige Abrechnung des Staatsbeitrages an die ambulanten und stationären Kosten. Alle Kassen bitten um eine enge Abstimmung mit ihnen betreffend die geplante Umsetzung. Gerade die zeitnahe Abstimmung der Vorgaben zur genauen Abwicklung und der Zahlungsmodalitäten sind essentiell, damit eine reibungslose Einführung sichergestellt werden kann.

Die Staatsbeiträge für Kinder und Rentner würden analog heute nachträglich berechnet. Die Staatsbeiträge für Kinder würden um ca. CHF 2 Mio. sinken, da die Kinderleistungen bereits durch die einheitliche Finanzierung gedämpft wurden. Für eine kostenneutrale Umsetzung müsste dies beim Kostenteiler einfliessen.

In einer weiteren Variante könnten sogar die Staatsbeiträge für Kinder in die einheitliche Finanzierung integriert werden. Dies würde jeweils einen Kostenteiler für Erwachsene und ein Kostenteiler für Kinder bedingen

Auch der Staatsbeitrag für Rentner könnte grundsätzlich vereinfacht werden. Anstatt diesen auf den effektiv angefallenen Kostenbeteiligungen zu ermitteln, könnte man einfach pro versicherte Person im Rentenalter einen fixen Betrag auszahlen. Dieser wäre etwas tiefer als die maximal möglichen CHF 450 anzusetzen. Übrigens werden die Staatsbeiträge für Rentner ansteigen, wenn die chronisch Kranken nicht mehr Kobe-befreit sind.

Die Anpassung der Artikel Art. 24a Abs. 2, 2a, 2b, 2c und 4 stehen in Abhängigkeit zur Änderung oder Beibehaltung des heutigen dualen Systems in Bezug auf den Risikoausgleich, deshalb müsste dies entsprechend berücksichtigt werden.

Abs. 4

Zu Abs. 4 stellt sich die Frage, weshalb die Regelung ausschliesslich stationäre Rechnungen erfasst. Dies sollte in den Erläuterungen näher begründet werden.

generell Systematik EFAS

Bei Nicht-Vertragsspitälern gab es bisher stationäre OKP-Leistungen, an denen sich der Staat nicht beteiligte. Aus der OKP wurden entweder 45% oder 100% des Referenztarifs übernommen (siehe dazu auch Punkt III.5 dieser Stellungnahme). Das kann und darf es mit der neuen Finanzierung nicht mehr geben. Aus unserer Sicht beträgt in diesem Fall neu der OKP-Anteil 69% und der Staatsanteil 31%. Die Zusatzversicherungen würden dafür entlastet. Es gibt also eine (unbeabsichtigte) Verschiebung zwischen OKP und Zusatzversicherungen.

Aus diesem Grund muss auch eine Anpassung von **Art. 18 Abs. 3 KVG** vorgenommen werden und die letzten zwei Sätze: «D*ie im Tarifvertrag vorgesehenen Beiträge des Staates werden nicht ausgerichtet. Diese sind vom Versicherten oder seiner Zusatzversicherung zu tragen.»* sind zu streichen.

Es gibt keine Beiträge des Staates mehr, wie wir sie heute kennen. Wählt ein Versicherter für eine stationäre Behandlung, die auch in einem Vertragsspital angeboten wird, ein Spital, mit welchem kein Tarifvertrag besteht, vergütet die Kasse als obligatorisch versicherte Leistung die auf ihre Rechnung entfallenden Kosten nach dem Tarifvertrag mit einem für die Behandlung geeigneten Spital.

Fiktives Praxisbeispiel heute und künftig

Stationäre Behandlung erfolgt im Stadtspital Zürich (Standort Triemli), welches kein Vertragsspital ist. Baserate 10'325 Franken. Dieselbe Behandlung könnte im Vertragsspital HOCH stattfinden (Standort Grabs) gem. Tarifvertrag, Baserate prov. 10'150 Franken. Der Referenztarif, welcher maximal in der Nicht-universitären Akutsomatik bezahlt wird, beträgt Baserate 9'963.-. Folgend dazu die Kostenverteilung:

Heute:	**Künftig:**
Kostenübernahme KVG:	**Kostenübernahme KVG**:

OKP 45% von CHF 9'963.- = CHF 4483.35 **Restkosten**: 55% von CHF 9'963 = CHF 5'479.65 Differenz Baserate Zürich zu Referenztarif = CHF 10'325 - CHF 9'963= CHF 362.- Total Restkosten = CHF 5'841.65	KVG 100% von CHF 9'963 • OKP 69% = CHF 6'874.47 • Staat 31% = CHF 3'088.53 **Restkosten**: Differenz Baserate Zürich zu Referenztarif = CHF 10'325 - CHF 9'963= CHF 362.-
Versicherungsnehmer oder seine Spitalzusatzversicherung übernimmt **die Restkosten von CHF 5'841.65**	Versicherungsnehmer oder seine Spitalzusatzversicherung übernimmt **die Restkosten von CHF 362.-**

Art. 28

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüsst. Künftige Verfahren können dadurch schneller, kostengünstiger und effizienter durchgeführt werden. Das bisherige Schiedsverfahren stellte aufgrund des finanziellen und administrativen Aufwands oftmals eine Hürde dar.

Der LKV ist sich bewusst, dass die Neuregelung voraussichtlich zu einer höheren Anzahl von Verfahren führen wird. Dies wird jedoch positiv beurteilt, da eine gefestigte Rechtsprechung zur Auslegung des Gesetzes beiträgt.

II. Inkrafttreten

Aufgrund der mit der Gesetzesanpassung verbundenen Systemanpassungen weisen wir darauf hin, dass eine finale Version des Gesetzestextes im Frühjahr vorliegen muss, damit eine fristgerechte Umsetzung garantiert werden kann.

III. Weitere Anliegen

1. Krankentaggeld Art. 14 Abs. 8a – Berücksichtigung Gesundheitszustand

Heute bestehen unterschiedliche Interpretationen bei der Anwendung von Art. 14 Abs. 8a KVG betreffend die Berücksichtigung des Gesundheitszustandes. In Art. 14 Abs. 8 KVG wird explizit erwähnt, dass bei Arbeitslosen mit vorheriger Erwerbstätigkeit im Inland der Gesundheitszustand nicht zur berücksichtigen ist. In Art. 14 Abs. 8a KVG wird dies für Arbeitslose mit vorheriger Erwerbstätigkeit im Ausland nicht erwähnt.

Der LKV bittet um eine Überprüfung von Art. 14 Abs. 8a KVG und gegebenenfalls um eine Klärung.

2. Krankentaggeld Art. 14 Abs. 5 – Prämienzahlung analog Arbeitslose

Nach heutigem System ist es so, dass Arbeitnehmende, die bei Austritt aus dem Unternehmen weiterhin krank waren, im bisherigen Krankengeldvertrag weiter versichert bleiben, bis sie wieder arbeitsfähig sind oder sie Ende BB erreicht haben.

Belastet werden solche Fälle dem ehemaligen Unternehmen, was sich dann negativ auf die Schadensbelastung im Unternehmen auswirkt und somit künftige Prämienerhöhungen für AG/AN nach sich ziehen kann, obwohl die entsprechende Person schon länger nicht mehr im Unternehmen ist.

Praxisbeispiel:

AN X arbeitete während 12 Monaten in einem KMU Unternehmen Y und wurde per 30.6.25 gekündigt. Ist seit 15. Juni 2025 durchgängig arbeitsunfähig, tritt somit krank aus und bezieht anschliessend bis 20. Mai 2026 Krankengeldleistungen, in Höhe von gesamthaft 110'000 Franken. Der Krankengeldvertrag weist somit während der Jahre 2025 und 2026 eine deutliche negative Schadensbelastung aus, was anschliessend zu einer deutlichen Prämienerhöhung ab 2027 führt. Die AN Person selbst, ist seit Mitte 2025 nicht mehr im Unternehmen. Die Erhöhung zu tragen haben die AN des Unternehmens, wie auch der AG selbst.

Die erkrankte Person bezieht Krankengeldleistungen (Lohnersatz) und hat daraus keine Kostenfolgen. Im Sinne des Systems wäre es richtig, wenn sich die erkrankte Person in Form von Beiträgen/Prämien an den von ihr verursachten Kosten beteiligt. Eine Person, welche OKP-Leistungen bezieht zahlt unabhängig von ihrem Gesundheitszustand OKP-Prämien. Dies sollte ebenfalls im OKG-Bereich so sein. Aus diesem Grund wird die folgende Anpassung von Art. 14 Abs. 5 KVG (analog Arbeitslose) beantragt:

> *5) Das **bisherige** Krankengeld ist **gegen angemessene Prämienanpassung und** ohne Rücksicht auf den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses auszubezahlen.*

3. Keine Krankengeldprämien während der Elternzeit

Art. 22 Abs. 8a KVG beinhaltet folgende Regelung:

> *„8a) Der Arbeitgeber hat die Beiträge der obligatorischen Krankengeldversicherung des Arbeitnehmers bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen. Bezüger von Elterngeld im Sinne des Familienzulagen- und Erwerbsersatzgesetzes haben ihren Beitrag der obligatorischen Krankengeldversicherung an den Arbeitgeber zu leisten. Der Arbeitgeber hat die Beiträge des Arbeitnehmers zusammen mit seinen eigenen periodisch, spätestens auf das Ende des jeweiligen Kalenderquartales, der Kasse zu entrichten."*

Die praktische Umsetzung dieser Bestimmung kollidiert mit dem bestehenden System der Lohnsummenversicherung und der Prämienerhebung auf AHV-pflichtigen Lohn. Daraus ergeben sich folgende Punkte:

- Arbeitnehmer über 15 Jahre sind obligatorisch krankengeldversichert (Art. 7 Abs. 1 lit. b KVG). Dies gilt auch bei bezahlter und unbezahlter Elternzeit.
- Krankenkassen erheben Prämien auf AHV-pflichtige Lohnzahlungen = versicherter Verdienst (Art. 44b KVV). Die Prämie kann fix oder prozentual bemessen werden (Art. 22 Abs. 4 KVG).
- Elterngeld gehört nicht zum massgebenden Lohn und ist nicht AHV-IV-FAK pflichtig (AHVG).
- Art. 22 Abs. 8a KVG verpflichtet Bezüger von Elterngeld zur Beitragsleistung ihres Anteils an den Arbeitgeber.
- Während bezahlter und unbezahlter Elternzeit besteht kein Anspruch auf Krankengeldleistungen. Leistungen werden nur bis zum letzten Arbeitstag vor Beginn und ab dem ersten Arbeitstag nach Ende der Elternzeit ausgerichtet. (Bericht und Antrag Nr. 2024/115, S.15)
- Eine gleichzeitige Auszahlung von Krankengeld und Elterngeld ist ausgeschlossen, da dies eine Überversicherung darstellen würde. Folglich besteht während Elternzeit kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der Krankengeldversicherung.
- Für die Berechnung künftiger Ansprüche nach der Elternzeit gilt der zuletzt vor Antritt der Elternzeit bezogene Lohn als versicherter Verdienst (Art. 14 Abs. 3 KVG).

- Freiwillige nicht obligatorische Krankengeldversicherungen beinhalten keine Mutterschaftsleistungen, da das Mutterschaftsrisiko beim Krankengeld nach KVG entfallen ist (Art. 8 KVG und Bericht und Antrag Nr. 2024/115 S 26).

Schlussfolgerung:

- Auf den versicherten Lohn wurden bereits Krankengeldbeiträge abgeführt.
- Während der Elternzeit (bezahlt oder unbezahlt) besteht kein Leistungsanspruch und folglich werden für diese Zeit keine Prämien eingefordert. Arbeitgeber müssen für diese Zeit keine Lohnsummen deklarieren.
- Prämienpflicht und Leistungsanspruch setzen erst mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz wieder ein (nach Ende Elternzeit).
- Die Form des Bezugs (am Stück oder tageweise) ist unerheblich. In beiden Fällen reduziert sich die Lohnsumme und es erfolgt keine Krankengeldleistung während der Elternzeit.
- Der Verzicht auf Prämien während der Elternzeit entspricht der sachlogischen Sicht der Krankenkassen auf das Krankengeldsystem. Kein Arbeitnehmer fällt durchs Raster, wenn er erkrankt. Dies ist sichergestellt, da das Arbeitsverhältnis aufrecht bleibt und ein Krankengeldversicherungsschutz besteht, auch wenn während der Elternzeit kein Leistungsanspruch besteht.
- Der Versicherungsschutz ist bei aufrechtem Arbeitsverhältnis gewährleistet.

Antrag:

Der LKV beantragt eine Anpassung von Art. 22 Abs. 8a KVG, dass klar hervorgeht, dass während der Elternzeit (bezahlt oder unbezahlt) keine Krankengeldprämie erhoben werden. Arbeitgeber und Arbeitnehmer entrichten in dieser Zeit keine Beiträge.

4. Ambulante Gesundheitszentren

Ambulante Gesundheitszentren werden aus Sicht des LKV als vielversprechendes Instrument zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung betrachtet. Der LKV regt an, dieses Thema zeitlich vorzuziehen und nicht erst im Rahmen eines späteren Versorgungspakets zu behandeln.

Digital vernetzte Gesundheitszentren können Versorgungswege verkürzen, die Koordination verbessern und langfristig zur Kostendämpfung beitragen.

5. Referenztarife

In Ergänzung zu den bisherigen Ausführungen unter Art. 12 und 24 sind noch folgende Punkte zu bedenken:

- Um die Versorgungsplanung unter EFAS nicht zu unterwandern, müssen sich Referenztarife klar von Tarifen von Nicht-Vertragsspitälern unterscheiden.
- Die Referenztarife sollten stärker differenziert ausgestaltet werden. Es erscheint nicht sachgerecht, dass spezialisierte Leistungserbringer Referenztarife von Vollversorgern anwenden können.
- Im Sinne eines stärkeren Kostenbewusstseins sollten sich Referenztarife an den wirtschaftlichsten Anbietern einer Leistung orientieren und nicht am Durchschnitt der Leistungserbringer. Somit sind werden erneut auf Leistungsbereiche differenzierte Referenztarife vom Amt für Gesundheit herauszugeben.

- Mit der neuen einheitlichen Finanzierung fällt auch die Patientenlenkung in ein Vertragsspital praktisch weg, da der zu zahlende Restbetrag künftig deutlich tiefer sein wird. Der LKV wird dadurch in seinen Vertragsverhandlungen wesentlich geschwächt. Das Ziel, bei den Vertragsverhandlungen den „einheimischen Tarif" zu erhalten, wird merklich erschwert bzw. teilweise verunmöglicht werden. Es stellt sich folglich die Frage, inwieweit das bestehende Vertragsnetz noch ausgebaut oder vielmehr auf seine Kernpartner zur Sicherung der Versorgungssicherheit fokussiert werden soll. Damit würden die Referenztarife mehrheitlich zum Tragen kommen.

6. ZSR-Nummer für jede natürliche Person

Der LKV ist der Auffassung, dass jeder Leistungserbringer in Liechtenstein, welcher für die OKP bzw. die erweiterte OKP tätig ist, unabhängig von seiner Anstellungsform über eine persönliche ZSR-Nummer verfügen sollte. Dabei ist die Rechtsform, in welcher dieser sich bewegt, unerheblich. Es zählt die leistungserbringende Person. Dies wird in der Formulierung von **Art. 16a Abs. 1a und 3 KVG** klargestellt. Diese zwei Absätze lauten wie folgt:

> *„1a) Im Verhältnis zu den Krankenkassen und zum Kassenverband ist der Arzt, der Chiropraktor oder die Person, die einen anderen Gesundheitsberuf ausübt,* ***der Leistungserbringer****, auch wenn er für eine Ärzte- oder Gesundheitsberufegesellschaft handelt.* ***In der Leistungsabrechnung muss die zugelassene Person*** *angegeben sein."*
>
> *«3) Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben und ambulante Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem Anstellungsverhältnis erbringen, müssen* ***persönlich*** *zur Krankenversicherung zugelassen sein. In der Leistungsabrechnung muss die zugelassene Person angegeben sein."*

Die heutige Unterscheidung zwischen ZSR-Nummer, K-Nummern und institutionsbezogenen Nummern führt zu Kontroll- und Zuordnungsproblemen. Die verwendeten K-Nr. für Angestellte fungieren als reine Verknüpfung zum Arbeitgeber, haben aber keine abrechnungstechnische Kontrollfunktion in den Systemen der Krankenkassen. Eine personenbezogene Identifikation würde die Nachvollziehbarkeit und Verantwortlichkeit bei der Leistungserbringung deutlich verbessern. Gerade in einem System mit nicht zugelassenen Leistungserbringern, welche über die erweiterte Zusatzversicherung in der OKP abrechnen möchten, ist eine ZSR-Nr. für die Abrechnungskontrolle essenziell. Diese Nummer ist mit der entsprechenden Berufsausübungsbewilligung, Diplomen und dem OKP-Vertrag verknüpft, so dass die Krankenkasse die Zulässigkeit der Leistungserbringung prüfen kann. Aus Sicht des LKV ist Art. 72a KVV, welcher für alle Leistungserbringer gilt, auf Gesetzesstufe neu zu regeln bzw. auf Verordnungsstufe basierend auf dem klaren Wortlaut von Art. 16a KVG zu korrigieren.

Von dieser Neuregelung sind Einrichtungen des Gesundheitswesens und Spitäler, bei denen die Institution selbst über eine ZSR-Nummer verfügen nicht betroffen. Die verschiedenen Leistungsgruppen sind innerhalb der Institution mit einer ZSR-Nr. aufgeschlüsselt.

Antrag:

Der LKV beantragt eine Anpassung von Art. 16a KVG, wonach jeder Leistungserbringer mittels einer eindeutigen persönlichen ZSR-Nummer identifiziert wird. Bei Einrichtungen des Gesundheitswesens ist diese selbst mit einer ZSR-Nummer sowie die verschiedenen Leistungsbereiche mit einer separaten Nummer zu versehen.

7. Qualitätssicherung

Gemäss Art. 19a KVG werden zur Sicherung der Qualität zwischen Leistungserbringer und LKV Qualitätssicherungsvereinbarungen abgeschlossen. Diese Vereinbarungen betreffen jedoch nur den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Leistungserbringer ohne OKP-Vertrag unterstehen den in der Vereinbarung festgelegten stetigen Weiterbildungsanforderungen nicht. Dies ist für den LKV nicht akzeptabel.

Stetige Weiterbildungsanforderungen sollten aus Sicht LKV für alle Leistungserbringer gelten, egal ob ein OKP-Vertrag vorliegt oder nicht. Daher bittet der LKV, dies bereits auf Ebene des Gesundheitsgesetzes festzulegen und mit der Berufsausübungsbewilligung zu verknüpfen. Damit würden die steten Weiterbildungsanforderungen für alle Zugehörigen zu einer Berufsgruppe gleich gelten. Mit dem Wissen, dass alle Leistungserbringer einer steten Weiterbildung unterliegen, würde das Vertrauen in das Gesundheitswesen stärken. Dabei ist eine regelmässige Kontrolle essenziell.

Eine andere Lösung zur Sicherstellung der Qualität könnte die Allgemeinverbindlicherklärung von Qualitätsvereinbarungen des jeweiligen Berufsverbandes mit dem LKV durch die Regierung darstellen. Dies bedingt aber ebenfalls eine gesetzliche Verankerung.

8. Rechnungstellung - Ergänzung zu Art. 20a Abs. 1

Gemäss Art. 20a Abs. 1 KVG muss der Leistungserbringer dem Honorarschuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zu stellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Sofern die Kassen den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung schulden, erhält der Versicherte eine Kopie der Rechnung, die an die Kasse gegangen ist. Die Kosten für den Rechnungsversand trägt der Leistungserbringer.

In der Praxis zeigt sich, dass die Einlesung der Rechnungen der Leistungserbringer in das krankenkasseneigene System viele Ressourcen bindet, ohne dass hierfür aufgrund der heutigen technischen Möglichkeiten eine Notwendigkeit besteht.

Die Schweiz hat im Rahmen eines Massnahmenpapiers zur Kostendämpfung (Massnahmenpapier Runder Tisch vom 27. Oktober 2025) vorgeschlagen, den einheitlichen Standard XML verbindlich für die Rechnungsstellung festzulegen. Ebenfalls wurde eine Kostenüberwälzung für Papierrechnungen ab 01.07.2026 ermöglicht.

Basierend auf den in der Schweiz vorgeschlagenen Kostenreduzierungsmassnahmen, schlägt der LKV vor, einen einheitlichen Standard XML für die Rechnungsstellung im Inland festzulegen. Nach Ablauf einer bestimmten Übergangsfrist ist dem Versicherer die Möglichkeit einzuräumen, die Kosten für den Mehraufwand, der durch die Einreichung der Rechnungen in einem anderen als dem XML-Format entsteht, auf den Rechnungssteller zu überwälzen. Dabei können im Vornherein festgelegte Pauschalen belastet werden.

Z.B:

10-300 Rechnungen pro Jahr → Pauschale CHF 800 pro Jahr

301-1'000 Rechnungen pro Jahr → Pauschale CHF 2'500 pro Jahr

1'001 – 2'000 Rechnungen pro Jahr → Pauschale CHF 5'000 pro Jahr

>2'000 Anzahl Rechnungen *→ Pauschale CHF3.00/Rechnung

Antrag:

Der LKV beantragt

1. die standardisierte Rechnungsstellung im XML-Format und
2. entsprechende Kostenüberwälzungsmassnahmen bei Rechnungsstellung in anderen Formaten an den inländischen Leistungserbringer oder
3. einen Zahlungsaufschub, bis Punkt 1 gewährleistet ist,

einzuführen.

IV. Schlussbemerkung

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens. Für Rückfragen oder weiterführende Erläuterungen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung

Freundliche Grüsse

Liechtensteinischer
Krankenkassenverband

Dr. Donat P. Marxer
Präsident

Karin Zech-Hoop
Geschäftsführerin