

Art. 18

Der Staat sorgt für das öffentliche Gesundheitswesen, unterstützt die Krankenpflege und strebt auf gesetzlichem Wege die Bekämpfung der Trunksucht sowie die Besserung von Trinkern und arbeitsscheuen Personen an.

The State shall be responsible for the public health system, shall support measures for the care of the sick, and shall seek by way of law to combat alcoholism and to reform alcoholics and work-shy persons.

Autorin: Patricia M. Schiess Rütimann. Zuletzt bearbeitet: 18. April 2017

Liechtenstein-Institut (Hrsg.): Kommentar zur liechtensteinischen Verfassung. Online-Kommentar, BERN 2016, verfassung.li

Entstehung und Materialien

Literatur

I. Allgemeine Bemerkungen

- A. Grosse Freiheit des Gesetzgebers
- B. Der Begriff der Gesundheit

II. Entstehungsgeschichte

III. Übersicht über die Entwicklung des Gesundheitswesens

- A. Die Entwicklung des medizinischen Angebots im 19. Jahrhundert und im frühen 20. Jahrhundert
- B. Das Sanitätsgesetz von 1874 und seine Nachfolger
- C. Das Heilmittelgesetz
- D. Das Ärztegesetz von 2003
- E. Das Liechtensteinische Landesspital
- F. Heime und ambulante Hilfsangebote

IV. Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Grenzen der Regelungen betreffend Gesundheitswesen, Sozialversicherungen und Sozialhilfe

- A. Enge Verbindungen
- B. Grenzen der Pflichten von Art. 18 LV

V. Charakteristika des Gesundheitswesens

- A. Grosse finanzielle Bedeutung des Gesundheitswesens
- B. Nebeneinander von Land und Gemeinden
- C. Asymmetrisches Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer
- D. Gegensatz verschiedener Interessen

VI. Pflicht zur Sorge für das öffentliche Gesundheitswesen

- A. Der Begriff „Gesundheitswesen“
- B. Kein klagbarer Anspruch auf kostenlose Behandlung
- C. Pflicht zur Planung
- D. Pflicht zur Steuerung
- E. Pflicht zur Kontrolle

VII. Die Unterstützung der Krankenpflege

- A. Der Begriff „Unterstützung“
- B. Der Begriff „Krankenpflege“
- C. Unterschied zwischen Pflege und Betreuung

VII. Bedarfsplanung und Tarifverträge

- A. Bedarfsplanung
- B. Tarifverträge

IX. Private Gesundheitsanbieter

X. Trinkern und Arbeitsscheue

XI. Verpflichtungen aus Völkerrecht

- A. Normen von UNO und Europarat
- B. Europarecht
- C. Zollvertrag und weitere Staatsverträge

Fussnoten

Entstehung und Materialien

VV 1848 § 87 und § 96

Verfassungsentwurf Beck Art. 8

Schlossabmachungen Ziff. 8

RV § 18

LGBL. 1921 Nr. 15

Literatur

Alemanno, Alberto, The Precautionary Principle, in: Baudenbacher (Hrsg.), The Handbook of EEA Law, Cham 2016, S. 839-851

Amt für Statistik, Krankenkassenstatistik 2015, Vaduz 2016, abrufbar unter:
<http://www.llv.li/files/as/ikrankenkassen-2015.pdf>

Amt für Statistik, Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012, Vaduz 2014, abrufbar unter:
http://www.regierung.li/files/attachments/Gesundheitsbefragung_2012.pdf?t=636130863494857839

Amt für Statistik, Beschäftigungsstatistik 2015, Vaduz 2016, abrufbar unter:
<http://www.llv.li/files/as/beschaeftigungsstatistik-31-dezember-2015.pdf>

Besl, Friedrich, Stichwort „Gesundheitswesen“, in: Brunhart (Projektleiter), Historisches Lexikon des Fürstentums Liechtenstein, Bd. 1, Vaduz 2013, S. 292-295

Besl, Friedrich, Stichwort „Spital“, in: Brunhart (Projektleiter), Historisches Lexikon des Fürstentums Liechtenstein, Bd. 2, Vaduz 2013, S. 889 f.

Biller-Andorno, Nikola, Rationalisierung und der Einsatz von Anreizen in der Gesundheitsversorgung, in: Sprecher/Schiess Rütimann (Hrsg.), Ökonomie und Gesundheit. Was darf uns unsere Gesundheit kosten?, Bern 2014, S. 31-39

Burmeister, Karl Heinz, Stichwort „Hebamme“, in: Brunhart (Projektleiter), Historisches Lexikon des Fürstentums Liechtenstein, Bd. 1, Vaduz 2013, S. 342

Frick, Julia, Stichwort „Familienhilfe“, in: Brunhart (Projektleiter), Historisches Lexikon des Fürstentums Liechtenstein, Bd. 1, Vaduz 2013, S. 211

Gächter, Thomas, Grundstrukturen des schweizerischen Rechts der Sozialen Sicherheit. Charakterisierung des schweizerischen Modells, ZSR 133 (2014) II, S. 5-111

Gächter, Thomas, Kommentar zu Art. 113 KV, in: Häner/Rüssli/Schwarzenbach (Hrsg.), Kommentar zur Zürcher Kantonsverfassung, Zürich 2007, S. 1057-1065

Gächter, Thomas/Rütsche, Bernhard, Gesundheitsrecht. Ein Grundriss für Studium und Praxis, 3. Aufl., Basel 2013

Gerber, Michelle/Kraft, Esther/Bosshard, Christoph, «Choosing Wisely» - für weniger unnötige Leistungen. Grundlagenpapier der DDQ/SAQM, Schweizerische Ärztezeitung 2017, S. 140-143, abrufbar unter: DOI: 10.4414/saez.2017.05277

Historischer Verein für das Fürstentum Liechtenstein (Hrsg.), Krieg, Souveränität und Demokratisierung. Dokumente zur liechtensteinischen Geschichte zwischen 1900 und 1930, Schaan 2015

Kälin, Walter/Künzli, Jörg, Universeller Menschenrechtsschutz. Der Schutz des Individuums auf globaler und regionaler Ebene, 3. Aufl., Basel 2013

Kellermann, Kersten/Schlag Carsten-Henning, Wertschöpfung und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in Liechtenstein. Studie im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein. KOFL Studien No. 4, Vaduz 2007, abrufbar unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/58028/1/54328378X.pdf>

- Kieser, Ueli*, Kommentar zu Art. 118a BV, in: Ehrenzeller/Schindler/Schweizer/Vallender (Hrsg.), Die schweizerische Bundesverfassung. St. Galler Kommentar, 3. Aufl., Zürich/St. Gallen 2014, S. 2077-2086
- Kieser, Ueli/Poledna, Tomas*, Gesundheitsrecht: Markt und Marktteilnehmer, in: Biaggini/Häner/Saxer/Schott, Fachhandbuch Verwaltungsrecht. Expertenwissen für die Praxis, Zürich 2015, S. 541-572
- Köppel, Ruth (orgavisit)*, Fürstentum Liechtenstein: Überprüfung der Bedarfsplanung ambulante und stationäre Pflege. Bericht, Rikon 2015, abrufbar unter:
http://www.regierung.li/files/attachments/151216RK1_Ueberpruefung_Bedarfsplanung.pdf?t=636234581095287075
- Locher, Heinz*, Plädoyer für ein wertorientiertes und nachhaltiges Gesundheitssystem, in: Sprecher/Schiess Rütimann (Hrsg.), Ökonomie und Gesundheit. Was darf uns unsere Gesundheit kosten?, Bern 2014, S. 21-29
- Müller-Graff, Peter-Christian*, Free Movement of Goods, in: Baudenbacher (Hrsg.), The Handbook of EEA Law, Cham 2016, S. 415-435
- Ospelt, Alois*, Stichwort „Gaflei“, in: Brunhart (Projektleiter), Historisches Lexikon des Fürstentums Liechtenstein, Bd. 1, Vaduz 2013, S. 261 f.
- Raffelhüschen, Bernd/Moog, Stefan/Gaschick, Lucia*, Die Nachhaltigkeit der liechtensteinischen Fiskalpolitik in Zeiten der Krise: Die Generationenbilanz 2012. Studie des Forschungszentrums Generationenverträge im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein, Freiburg 2013, abrufbar unter:
http://www.regierung.li/files/attachments/Generationenbilanz_FL_2012.pdf
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein*, Rechenschaftsbericht der Regierung 2015, Vaduz 2016, abrufbar unter:
<http://www.llv.li/#/117471/>
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein*, Demenzstrategie für das Fürstentum Liechtenstein, Vaduz 2012, abrufbar unter:
http://www.regierung.li/files/attachments/Demenzstrategie_Regierung_FL_2012_web_01.pdf?t=636234581095287075
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein*, Sozialpolitisches Leitbild, Vaduz 2011, abrufbar unter:
http://www.regierung.li/files/attachments/Sozialpolitisches_Leitbild.pdf
- Regierung des Fürstentums Liechtenstein*, Strategie zur Bewältigung des demografischen Wandels, Vaduz 2012, abrufbar unter:
http://www.regierung.li/files/attachments/Demografischer_Wandel_Brosch_2012_.pdf?t=636130771926285007
- Rheinberger, Rudolf*, Dr. med. Albert Schädler. 1848 bis 1922. Arzt, Politiker, Historiker, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 94, Vaduz 1997, S. 101-150
- Rheinberger, Rudolf*, Dr. med. Rudolf Schädler 1845 bis 1930. Seine Tätigkeit als Arzt und sein Wirken im Dienste der Öffentlichkeit, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 92, Vaduz 1994, S. 149-199
- Rheinberger, Rudolf*, Dr. med. Wilhelm Schlegel. Arzt und Politiker. 1828 bis 1900, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 91, Vaduz 1992, S. 167-206
- Rheinberger, Rudolf*, Liechtensteiner Ärzte des 19. Jahrhunderts, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 89, Vaduz 1991, S. 19-112
- Rheinberger, Rudolf*, Zum 200. Geburtstag von Landesphysikus Gebhard Schaedler. Ein liechtensteinischer Arzt als Pionier der Pockenschutzimpfung, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 76, Vaduz 1976, S. 337-343
- Risch, Martin*, Todesursachen-Statistik der Gemeinde Triesen von 1831 bis 1930, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 36, Vaduz 1936, S. 49-61
- Ritter, Michael*, Regionale Spitalkooperation als strategischer Erfolgsfaktor, in: Frick/Ritter/Willi (Hrsg.), Ein Bürger im Dienst für Staat und Wirtschaft. Festschrift zum 70. Geburtstag von Hans Brunhart, LPS 56, Schaan 2015, S. 177-189
- Schiess Rütimann, Patricia M.*, Die neuesten Entwicklungen im liechtensteinischen Gesundheitsrecht, in: Sprecher/Schiess Rütimann (Hrsg.), Ökonomie und Gesundheit. Was darf uns unsere Gesundheit kosten?, Bern 2014, S. 7-19

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Hrsg.), Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, swiss academies communications Vol. 9 No. 4, Basel 2014, abrufbar unter: <http://www.samw.ch/de/Publicationen/Positionspapiere.html>

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Hrsg.), Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. Konzept erstellt durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, swiss academies reports Vol. 9 No. 1, Basel 2014, abrufbar unter: <http://www.samw.ch/de/Publicationen/Positionspapiere.html>

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)/Regierung des Fürstentums Liechtenstein, (Autorinnen: Nicole Ruch, Daniela Schuler, Tina Schmid), Gesundheitsbericht Fürstentum Liechtenstein. Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung 2012 mit Ergänzungen aus weiteren Datenbanken Obsan Bericht Nr. 66, Neuchâtel und Vaduz 2015, abrufbar unter: <http://www.llv.li/files/ag/gesundheitsbericht-furstentum-liechtenstein.pdf>^[1]

Sprecher, Franziska, Zuteilung knapper Gesundheitsressourcen – wer soll/kann entscheiden? Die Rolle der Gerichte am Beispiel des Myozyme Entscheids des Schweizerischen Bundesgerichts (BGE 136 V 395), in: Sprecher/Schiess Rütimann (Hrsg.), Ökonomie und Gesundheit. Was darf uns unsere Gesundheit kosten?, Bern 2014, S. 41–68

Vogt, Wolfgang, Der Aufbau der Krankenversicherung in Liechtenstein. Von den Anfängen in den 1870er Jahren bis zum Wechsel an die Seite der Schweiz, Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 110, Vaduz 2011, S. 7–46

Wallner, Felix, Europäisches Gesundheitsrecht, in: Resch/Wallner (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, 2. Aufl., Wien 2015, S. 37–89

Wallrabenstein, Astrid, § 8 Gesundheitspolitik, in: Wegener (Hrsg.), Enzyklopädie Europarecht. Band 8: Europäische Querschnittspolitik, Baden-Baden 2014, S. 503–560

Zuck, Rüdiger, Erster Teil (Allgemeine Grundlagen), 1. Abschnitt (Die Rahmenbedingungen: §§ 1–3), in: Quaas/Zuck/Clemens (Hrsg.), Medizinrecht. Öffentliches Medizinrecht – Pflegeversicherungsrecht – Arzthaftpflichtrecht – Arztstrafrecht, 3. Aufl., München 2014, S. 1–75

I. Allgemeine Bemerkungen

A. Grosse Freiheit des Gesetzgebers

- 1 Art. 18 LV spricht mit der Nennung von verschiedenen Verpflichtungen des Staates im Gesundheitswesen einen weiten Bereich an. Dies hängt damit zusammen, dass bereits der Begriff der Gesundheit weit gefasst ist.^[2]
- 2 In Art. 18 LV findet sich weder ein abstraktes Leitbild noch ein konkretes Modell, wie Liechtensteins Gesundheitswesen ausgestaltet sein soll.^[3] Diesen Grundsatzentscheid hat der Gesetzgeber zu fällen. Er muss immer wieder prüfen, ob die einmal gewählte Ordnung im Detail (z.B. bezüglich der bewilligungspflichtigen Tätigkeiten) (noch) den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Art. 18 LV verpflichtet nämlich den Staat, für eine kohärente Organisation des gesamten Gesundheitswesens zu sorgen, planend und steuernd tätig zu werden und zu kontrollieren.^[4] Er statuiert weder ein soziales Grundrecht noch einzelne klagbare Ansprüche, sondern nennt ein Staatsziel.^[5] Ob ein medizinisches und pflegerisches Angebot im Inland durch die öffentliche Hand angeboten wird oder die Versorgung der Bevölkerung auf andere Art und Weise sichergestellt wird, entscheidet der Gesetzgeber. Hierbei geht die Verpflichtung des Staates bezüglich Krankenpflege weiter als im Gesundheitswesen insgesamt, verpflichtet doch die Verfassung zur „Unterstützung“ der Krankenpflege.^[6] Art. 18 LV schützt damit vor einer vollständigen Verstaatlichung der Krankenpflege.^[7] Einen Gesetzgebungsauftrag nennt Art. 18 LV bezüglich des Umganges mit „Trinkern“ und „Arbeitsscheuen“.^[8]

B. Der Begriff der Gesundheit

- 3 Die Weltgesundheitsorganisation WHO^[9] definiert die Gesundheit wie folgt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease^[10] or infirmity.“^[11] Der UNO-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) umschreibt die im Recht auf Gesundheit enthaltenen Ansprüche in seinem Kommentar zu Art. 12 UNO-Pakt I in Ziff. 8 folgendermassen:^[12] „The freedoms include the rights to control one’s health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation.“ Die Regierung hat

- 4 Gesundheit einmal als „Harmonie von Körper, Seele und Geist, eingebettet in ein unterstützendes soziales Umfeld“ definiert.^[13] Gesundheit meint auf jeden Fall mehr als die Abwesenheit von Beeinträchtigungen körperlicher Art.^[14] Ebenso mannigfaltig sind die Themen, die einer Regelung bedürfen. Beispielhaft seien genannt: Qualitätskontrolle der Medizinalpersonen, Zugang zu Medikamenten, Präventionskampagnen, Gesundheitsunterricht in der Schule, Unterstützung von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke, Zugang von Unternehmen der Medizinaltechnik zu internationalen Märkten, Kooperation mit ausländischen Kliniken und Heimen. Neben längerfristig wirksamen Massnahmen wie Studien über die Versorgung der Bevölkerung sind (z.B. bei Epidemien) aber auch rasche Entscheide und (z.B. bei der Verhängung einer Quarantäne) einschneidende Massnahmen gefordert. Überdies ist die Frage nach der Finanzierung zu diskutieren.^[15]

II. Entstehungsgeschichte

- 5 In der Landständischen Verfassung von 1818 fanden sich keine Hinweise, dass mit Gebhard Schädler bereits 1809 ein Landesphysikus (Amtsarzt) bestellt worden war. Das Gesundheitswesen wurde nicht erwähnt. Auch im Verfassungsentwurf von Peter Kaiser vom März 1848 wurden weder der Amts- noch der Tierarzt erwähnt oder Massnahmen der Gesundheitspolizei vorgesehen. § 87 lit. 1 und § 96 Verfassungsentwurf des Verfassungsrates vom 1. Oktober 1848 hingegen war zu entnehmen, dass es ein „Sanitätswesen“ gab, hätte doch die Staatsverwaltung dem Landtag entsprechend Bericht erstatten und der Landesverweser „die Besorgung des öffentlichen Gesundheitszustandes“ überwachen müssen. Die Konstitutionelle Verfassung von 1862 sagte hinwiederum nichts zum Gesundheitswesen.
- 6 Gemäss Art. 8 Abs. 1 Verfassungsentwurf Beck „pflegt“ das Land „das öffentliche Gesundheitswesen, unterstützt die öffentliche Krankenpflege und beteiligt sich an der Gründung und dem Betriebe eines Krankenhauses.“^[16] Mit dieser Formulierung lehnte sich Wilhelm Beck an eine Bestimmung der St. Galler Verfassung von 1890 an.^[17] Art. 8 Abs. 2 Verfassungsentwurf Beck wollte für die „Besserung von Trinkern, arbeitsscheuen und liederlichen Personen“ sorgen.^[18] Die Schlossabmachungen zählten in Ziffer 8 die „Förderung des Unterrichts-, Erziehungs- und Pflégewesens“ auf, ohne auf vorhandene oder neu zu schaffende Institutionen Bezug zu nehmen. Der Verfassungsentwurf von Regierungschef Josef Peer setzte die Vorgaben unter Bezugnahme auf den Entwurf von Wilhelm Beck in § 18 RV um.^[19] In der Landtagssitzung vom 24. August 1921 wurde die Ergänzung „Bekämpfung der Trunksucht“ eingebracht.^[20] Seit dem Inkrafttreten der Verfassung wurde Art. 18 LV nie geändert.
- 7 Die Materialien enthalten keine Begründung für die unterschiedlichen Formulierungen. Dass sich Josef Peer für „öffentliches Gesundheitswesen“ (wie Wilhelm Beck) und „Krankenpflege“ (und nicht wie Wilhelm Beck für „öffentliche Krankenpflege“) entschied, könnte sprachliche Gründe haben. Die von Beck aus der St. Galler Verfassung übernommene Formulierung „unterstützt die öffentliche Krankenpflege“ erscheint nämlich wenig überzeugend, zeichnet sich doch öffentliche Krankenpflege per Definition dadurch aus, dass sie in der einen oder anderen Form unterstützt wird. Offenbar herrschte Einigkeit, dass das Land die Pflege nicht vollumfänglich zu einer staatlichen Aufgabe machen sollte. Dies entsprach dem nach dem Ersten Weltkrieg in Liechtenstein angetroffenen Zustand, war doch 1912 ein privater Kranken-Unterstützungsverein gegründet worden.^[21]

III. Übersicht über die Entwicklung des Gesundheitswesens

A. Die Entwicklung des medizinischen Angebots im 19. Jahrhundert und im frühen 20. Jahrhundert

- 8 1801 eröffnete mit Gebhard Schädler der erste an einer Universität ausgebildete Arzt seine Praxis in Liechtenstein. Er wurde 1809 Landesphysikus.^[22] Seit Beginn des 19. Jahrhunderts war der Landesphysikus mit der Behandlung der armen Bevölkerung und der Ausbildung der Hebammen^[23] beauftragt.^[24] Ab 1873 hatten die Gemeinden für ihre Armen mit Ärzten eine entsprechende Regelung zu treffen,^[25] wobei der Landesphysikus auch später noch Behandlungen minderbemittelter Personen übernehmen musste.^[26] Trotzdem verzichteten auch in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Kranke aus finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch.^[27]
- 9 Bereits 1812 war auf Antrag von Landesphysikus Schädler die Pockenschutzimpfung obligatorisch erklärt worden.^[28] Während des 19. Jahrhunderts gehörte die Tuberkulose zu den häufigsten Krankheiten. Zwischen 1880 und 1890 forderte sie besonders viele Menschenleben.^[29] Landesphysikus Martin Risch wertete 1936 die Todesfallstatistik der Gemeinde Triesen von 1831 bis 1930 aus. Häufigste Todesursache war die Tuberkulose, dicht darauf folgten Herzerkrankungen und andere Lungenerkrankungen.^[30] Die höchsten Sterbezahlen waren für 1918 (Grippe) zu verzeichnen. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Niederkunft verschieden „nur“ 9 Frauen (auf 2669

- Geburten).^[31] Hingegen starben sehr viele Kleinkinder.^[32]
- 10 Ende 19. Jahrhundert wurde mit dem Kurbetrieb in Gaflei und im Kurhaus Sücka begonnen. Während des Ersten Weltkrieges kam der Betrieb zum Erliegen, konnte aber nach dem Krieg wieder aufgenommen werden.^[33] Trotz verschiedener Bemühungen während und nach dem Ersten Weltkrieg kam es nicht zum Bau eines Krankenhauses, wohl aber entwickelte sich aus der Krankenabteilung des Vaduzer Bürgerheims nach Umgestaltungen in den 1920er-Jahren und mit dem Anbau eines Operationssaales in den Jahren 1930/31 das Landesspital.^[34] Bereits 1911 wurde mittels Vertrag die Unterbringung von psychisch Kranken in der „Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg“ (Pfäfers, Kanton SG)^[35] ermöglicht. Bezüglich der „Landesirrenanstalt Valduna“ und der „Landeswohlthätigkeitsanstalt Valduna“ in Rankweil (Vorarlberg) kam es nicht zu einem Vertrag. Beide Anstalten nahmen (und nehmen) jedoch liechtensteinische Patienten auf.^[36] Dasselbe galt (und gilt) für das Spital in Grabs (Kanton SG).
- 11 1870 wurde die erste Fabrikkrankenkasse gegründet. Ab 1891 hatten alle drei Textilunternehmen eine Krankenversicherung, die von Lohnabzügen und Beiträgen der Unternehmen gespiesen wurde.^[37] Ab 1886 waren alle Industriearbeiter bei einer österreichischen Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle versichert.^[38] Erst 1894 stand mit dem „Allgemeinen Kranken-Unterstützungsverein für das Fürstentum Liechtenstein“ jedermann eine Krankenversicherung offen. Wegen verhältnismässig hoher Prämien und schlechten Leistungen bei Mutterschaft traten ihr jedoch nur wenige Personen bei.^[39] Erst als 1926 und 1932 zwei Schweizer Krankenkassen eine Niederlassung in Liechtenstein errichteten, stieg die Anzahl der versicherten Personen. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war knapp die Hälfte aller Einwohner gegen Krankheit versichert.^[40]
- 12 Private gründeten mit kirchlicher Hilfe 1912 einen Krankenpflegeverein. Er stellte bei Geburtskomplikationen und längerer Krankheit Pflegerinnen für die Pflege zu Hause bereit.^[41] In den 1950er- und 1960er-Jahren kam es in den Gemeinden zur Gründung von Vereinen der so genannten Familienhilfe und in den 1980er-Jahren zum Ausbau von Dienstleistungen, welche Kranken, Betagten und Behinderten den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen.^[42]

B. Das Sanitätsgesetz von 1874 und seine Nachfolger

- 13 Die Polizeiordnung vom 1. Januar 1844^[43] enthielt verschiedene gesundheitspolizeiliche Vorschriften, so insbesondere eine Beschränkung der „Ausübung der Arzneikunde“ auf „befugte Ärzte und Wundärzte“ und die Beschränkung des Verkaufes von „Gift“ auf Apotheker und Handelsleute mit Erlaubnis (§§ 31 und 34 ff.), Vorgaben für den Umgang mit Infektionskrankheiten (§ 33 Abs. 2)^[44] und Leichen (§ 42) sowie für den Fleischverkauf (§§ 57 ff.).
- 14 Ähnliche Themen regelte das Sanitätsgesetz vom 8. Oktober 1874.^[45] Es bezeichnete den Landesphysikus und den Landestierarzt als Vollzugsorgane der „Medizinalpolizei sowie der Gesetze und Verordnungen über das Gesundheitswesen“ (§ 2). Der Regierung wies es die Leitung und Beaufsichtigung „des Sanitätswesens“ und die „Handhabung der Gesundheitspolizei“ zu (§ 1). Der Landesphysikus überwachte die Medizinalpersonen (inklusive Hebammen), die Arzneimittel, die Behandlung der ärmeren Kranken, die Leichenschau und fungierte als Gerichtsarzt (§§ 6 ff.). In den Anforderungen an die Ärzte (Diplom einer österreichischen Universität, § 24 Abs. 1) und bei den Medikamenten (§ 28) zeigte sich die Nähe zu Österreich.
- 15 Der Zollvertrag von 1923 zählte in Anlage I Buchstaben B.c und E.d einige Schweizer Erlasse aus dem „Gesundheitsamt“ und dem „Veterinärämte“ auf, die fortan in Liechtenstein Anwendung fanden. Das Einführungs-Gesetz zum Zollvertrag^[46] brachte einschneidende Änderungen, regelte es doch insbesondere Herstellung und Verkauf von gebrannten Wassern (Art. 19 ff.), Epidemien (Art. 32 ff.) und Tierseuchen (Art. 68 ff.) sowie die Lebensmittel- und die Viehinspektion (Art. 55 ff. und Art. 72 ff.).
- 16 Entsprechend wurde das Sanitätsgesetz von 1874 revidiert.^[47] „Für die Ausübung der Berufstätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker“ brauchte es weiterhin die Zulassung durch die Regierung. Angeknüpft wurde nun aber nicht mehr an ein Studium in Österreich, sondern an „abgeschlossene Hoch- oder Fachschulstudien“.
- 17 Die nächste Revision 1945 stellte eine Totalrevision dar.^[48] Das Gesetz erstreckte sich wiederum auf die Gesundheit von Mensch und Tier. Als ständige Vollzugsbehörde für die Humanmedizin und die Hygiene richtete es eine dreiköpfige Sanitätskommission unter dem Vorsitz des Regierungsmitglieds ein (Art. 2). Der Kommission oblag insbesondere die Konzessionserteilung zur Ausübung des ärztlichen, zahnärztlichen und Apothekerberufes^[49] sowie für Betriebe wie Privatkliniken und Sanatorien (Art. 6 Abs. 1). Die Konzessionen für die übrigen Medizinalberufe (insbesondere Hebammen, Fürsorgerinnen, Krankenpfleger, Fusspfleger, Masseur und Drogisten) erteilte die Regierung (Art. 32 Abs. 1). Als ausführendes Organ der Sanitätskommission fungierte der Landesphysikus (Art. 9 Abs. 1), der wie bisher v.a. mit der Aufsicht und als Gerichtsarzt beschäftigt war. Des Weiteren regelte das Sanitätsgesetz von 1945 die Kompetenzen des Ärztevereins als „einzige gesetzliche anerkannte Berufs- und Standesvertretung“ (Art. 23 Abs. 1), die Aufgaben des Landestierarztes und den Handel mit Heilmitteln, wobei auf die Pharmacopoea Helvetica (Art. 38 Abs. 1 lit. a) Bezug genommen wurde.

- 18 Eine Trennung der Regelungen für Mensch und Tier erfolgte erst 1966 mit dem Gesetz über das Veterinärwesen.^[50] Es ist unter dem Namen „Tierseuchenpolizeigesetz“ noch immer in Kraft.^[51] Tierärzte können ihre Tätigkeit seit der Revision vom 1. Dezember 2016^[52] in einer juristischen Person ausüben.^[53] Überdies erlaubt das Gesetz neu komplementärmedizinische Leistungen.^[54] Umfangreiche Bestimmungen zum Veterinärwesen finden sich überdies im EWR-Recht.^[55]
- 19 In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde das Sanitätsgesetz durch Verordnungen ergänzt.^[56] Immer mehr im Gesetz nur kurz^[57] oder nicht erwähnte Bereiche wurden einer eigenständigen Regelung zugeführt, wie z.B. die Schulzahnpflege.^[58]
- 20 Wie seine Vorgängerin sah auch das totalrevidierte Sanitätsgesetz von 1985^[59] eine Sanitätskommission mit dem Landesphysikus als ausführendem Organ vor. Neu war insbesondere, dass das Gesetz Kompetenzen zwischen Land und Gemeinden verteilte (Art. 12),^[60] Gesundheitsvorsorge (Art. 11) sowie Obduktion und Organspende (Art. 13 f.) und die Rechtsform der Betriebe der Gesundheitspflege und Arztpraxen (Art. 45) ausdrücklich regelte. Das Sanitätsgesetz von 1985 wurde mehrfach revidiert.^[61] 2008 trat eine Totalrevision in Kraft. Das mit dem Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007^[62] neu geschaffene Amt für Gesundheit ist für den Vollzug und damit insbesondere für die Berufsausübungsbewilligungen^[63] und die Bewilligungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig.^[64] Der Amtsarzt ist in das Amt integriert (Art. 50 Abs. 1 lit. d GesG). Das Gesetz regelt die Rechte und Pflichten der Angehörigen der Gesundheitsberufe, nimmt aber die Ärzte und Tierärzte ausdrücklich von der Regelung aus (Art. 2 GesG).

C. Das Heilmittelgesetz

- 21 1971 wurde das Sanitätsgesetz um eine Verordnung über die Heilmittel ergänzt.^[65] Ab 1990 übernahm das Heilmittelgesetz^[66] die Regelung des Verkehrs mit Heilmitteln. Als Heilmittel sind – wie in der Schweiz^[67] – die Arzneimittel^[68] und Medizinprodukte^[69] zu verstehen.^[70] 2015 trat ein totalrevidiertes Heilmittelgesetz in Kraft.^[71] Es setzt die gemäss Zollvertrag geltenden Normen um.^[72] Vereinbarungen mit der Schweiz^[73] ermöglichen Liechtenstein den Bezug von Heilmitteln aus der Schweiz und die Zusammenarbeit mit Swissmedic,^[74] der schweizerischen Zulassungs- und Kontrollbehörde für Heilmittel.^[75] Überdies besteht seit 2010 ein Abkommen mit Österreich über die automatische Anerkennung der Zulassung bzw. Registrierung von Arzneimitteln.^[76] Für die Umsetzung des EWR-Abkommens^[77] relevante Bestimmungen finden sich im EWR-Arzneimittelgesetz.^[78] Wichtig ist die korrekte Qualifikation der Produkte als Heilmittel, Lebensmittel^[79] oder Kosmetika.^[80]

D. Das Ärztegesetz von 2003

- 22 Die ärztliche Berufsausübung und die Standesvertretung^[81] regelt das Ärztegesetz von 2003.^[82] Es nennt die Voraussetzungen für die Berufsausübung (so genannte Berufsausübungsbewilligung, Art. 6). Bei Vorliegen aller Voraussetzungen besteht ein Anspruch auf die Bewilligung (Art. 9 Abs. 1).^[83] Des Weiteren finden sich im Gesetz die Bestimmungen über die Ärztesellschaften (Art. 15a ff.), die Disziplinarverfahren (Art. 26 ff.), die Ärztekammer^[84] (Art. 38 ff.) sowie die grenzüberschreitende Berufsausübung.
- 23 Welche Ärzte zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen (Zulassung zur so genannten OKP),^[85] zeigen die Websites von Ärztekammer^[86] und Krankenkassenverband.^[87] Es handelt sich um die Ärzte mit einer Bedarfsstelle gemäss der Verordnung über die Bedarfsplanung^[88].^[89] Der Anhang der Verordnung listet die Höchstzahl der zugelassenen Ärzte pro Fachgruppe auf.
- 24 Zahlreich waren die Diskussionen bezüglich der Organisation der Arztpraxen. Die Verordnung vom 17. Dezember 1996 betreffend die Abänderung der Verordnung über die medizinischen Berufe^[90] hielt explizit fest, dass Ärzte und Zahnärzte nur in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis selbständig tätig sein und nicht mehr als eine Praxis führen dürfen (so genannte single practice rule). Der EFTA-Gerichtshof kam 2001 in drei Entscheidungen (Rs E-06/00 Dr. Jürgen Tschannett,^[91] Rs E-05/00 Dr. Josef Mangold und Rs E-04/00 Dr. Johann Brändle) zum Schluss, die single practice rule stelle eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit dar.^[92] Weil sie „weder erforderlich noch angemessen [sei], um die Möglichkeit für Ärzte zu begrenzen, eine künstliche Nachfrage nach ihren Leistungen zu schaffen“, lasse sie sich nicht mit Art. 31 EWRA vereinbaren.^[93]
- 25 Die ursprüngliche Version des Ärztegesetzes vom 22. Oktober 2003^[94] kannte nur die freiberufliche Tätigkeit in Praxisgemeinschaft und die Anstellung in einem Betrieb der Gesundheitspflege.^[95] Erst mit der Revision vom 20. Oktober 2010^[96] – sie ging auf StGH 2008/38 zurück – wurden (inspiriert vom Rechtsanwaltsgesetz^[97]) mit Art. 15a ff. Ärztegesetz die Grundlagen für Ärztesellschaften geschaffen.^[98] Auch für die übrigen Gesundheitsberufe wurden entsprechende Regelungen getroffen.^[99] Mit der Revision vom 1. Dezember 2016^[100] wurde eine Angleichung der

Gesundheitsberufe an die Ärztesgesellschaften angestrebt und die letzten Spuren^[101] des Verbotes von multidisziplinären Gesundheitsberufesgesellschaften, das StGH 2014/25^[102] für verfassungswidrig erklärt hatte, beseitigt.^[103] Ärzte dürfen jedoch weiterhin nur mit anderen Ärzten eine juristische Person gründen.^[104]

E. Das Liechtensteinische Landesspital

- 26 Das Liechtensteinische Landesspital entstand, indem die Gemeinde Vaduz der Stiftung öffentlichen Rechts „Liechtensteinisches Landesspital“ im Jahr 2000 ihr Spitalgebäude inklusive Aktiven und Passiven übertrug.^{[105] [106]} Konzipiert ist das Spital als Belegarztspital. Das Gesetz vom 21. Oktober 1999 über das Liechtensteinische Landesspital^[107] hat bis jetzt erst eine Revision erfahren.^[108] Sie war dem Erlass des ÖUSG^[109] geschuldet.
- 27 Am 28./30. Oktober 2011 wurde der Kredit für einen Neubau von den Stimmberechtigten abgelehnt.^[110] In der Folge beauftragte der Landtag die Regierung mit einer neuen Standortevaluation.^[111] Die entsprechenden Arbeiten führten nicht zu einem Bauprojekt. Nach umfangreichen Abklärungen der Regierung, deren Arbeit von der Besonderen Landtagskommission Landesspital begleitet und kontrolliert wurde, stimmte der Landtag nach einer Diskussion der Berichte von Landtagskommission und Regierung^[112] der neuen Eignerstrategie für das Landesspital zu.^[113] Gestützt auf diese erfolgten Anpassungen in der Organisation und bauliche Sanierungen.^[114]
- 28 Wichtig war die 2015 geschlossene vertikale Kooperation^[115] mit dem Kantonsspital Graubünden in Chur.^[116] Die „medizinischen Partnerschaften“ des Landesspitals werden in den Geschäftsberichten genannt.^[117] Die Vereinbarungen Liechtensteins mit verschiedenen Partnern in der Schweiz und in Österreich sind bezüglich Aufnahme und Behandlung von Liechtensteiner Patienten auf der Website des Kassenverbandes zugänglich.^[118]
- 29 Einer Beteiligung Liechtensteins und einzelner liechtensteinischer Einrichtungen an ausländischen Netzwerken, Stiftungen, Kliniken etc., öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Natur, steht aus verfassungsrechtlicher Sicht nichts entgegen. So ist Liechtenstein z.B. seit 1966 Stiftungsträger des Kinderspitals in St. Gallen.^[119]
- 30 2013 wurde eine provisorische Betriebsbewilligung für eine Privatklinik in Bendern erteilt.^[120] Sie eröffnete den Betrieb Anfang 2017.

F. Heime und ambulante Hilfsangebote

- 31 Wichtig für die Versorgung v.a. der betagten Einwohner ist die Stiftung des öffentlichen Rechts „Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe“ (LAK).^[121] Sie betreibt die vier^[122] Alters- und Pflegeheime in Eschen, Schaan, Triesen und Vaduz sowie eine Pflegewohngruppe in Triesenberg (Art. 3 Abs. 2 LAKG).^[123] In Balzers werden das Pflegeheim Schlossgarten^[124] und die Familienhilfe durch die „Lebenshilfe Balzers“ betrieben. Für alle anderen Gemeinden ist die Familienhilfe Liechtenstein zuständig.^[125]
- 32 Die als Verein organisierte Familienhilfe bietet zu Hause lebenden Personen Unterstützung in Pflege (oft als Spitex bezeichnet), Betreuung und im Haushalt. Überdies betreibt sie die Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege,^[126] welche Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausschüttung des Betreuungs- und Pflegegeldes übernimmt.^[127]
- 33 Verschiedene weitere privatrechtliche Organisationen erbringen Leistungen zur Aufrechterhaltung und/oder Wiedererlangung der physischen und psychischen Gesundheit, oder sie helfen Menschen bei der Bewältigung ihres Alltags. Es sind dies – ohne Anspruch auf Vollständigkeit:^[128] Der 1989 gegründete Verein für betreutes Wohnen (VBW).^[129] Er erbringt verschiedene durch die öffentliche Hand (mit-)finanzierte^[130] Leistungen in der sozialpsychiatrischen, sozialtherapeutischen und sozialpädagogischen Grundversorgung,^[131] sowohl stationär (v.a. mit der therapeutischen Wohngemeinschaft) als auch mobil.^[132] Über Leistungsvereinbarungen mit der Regierung und öffentliche Gelder verfügt auch das Heilpädagogische Zentrum (HPZ).^[133] Es wird von einer privatrechtlichen Stiftung getragen und führt insbesondere die Sonderpädagogische Tagesschule, Werkstätten und Wohnmöglichkeiten. Der 1994 gegründete Liechtensteiner Seniorenbund^[134] ist als Verein konstituiert. Sein Zweck besteht in der Wahrung der Interessen der Senioren sowie in der Unterstützung hilfsbedürftiger Senioren in ausgewählten Bereichen des täglichen Lebens. Er betreibt unter anderem die Informations- und Beratungsstelle Alter (IBA). Ebenfalls als Verein organisiert und beratend tätig ist die 1988 gegründete Krebshilfe Liechtenstein.^[135] Seit 2001 begleitet die Hospizbewegung Liechtenstein^[136] schwer kranke und sterbende Menschen. Berührungspunkte mit dem Gesundheitswesen finden sich auch beim Liechtensteinischen Roten Kreuz,^[137] organisiert es doch unter anderem Blutspendeaktionen sowie die Mütter- und Väterberatung.
- 34 Die dem Amt für Soziale Dienste angegliederte Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen^[138] hilft beim Aufbau neuer Gruppen und vermittelt den Kontakt zu bestehenden. Viele von ihnen stehen Personen offen, die unter einer bestimmten Krankheit leiden oder eine solche Person in der Familie haben.
- 35 Darüber hinaus gibt es v.a. im Bereich der Pflege, Betreuung und Unterstützung im Haushalt private Anbieter.^[139] Sie

profitieren von dem in Art. 30cties ELG verankerten Betreuungs- und Pflegegeld, das dauernd betreuungs- oder pflegebedürftigen Personen einen Beitrag an die Ausgaben für häusliche Betreuung erstattet.^[140]

IV. Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Grenzen der Regelungen betreffend Gesundheitswesen, Sozialversicherungen und Sozialhilfe

A. Enge Verbindungen

- 36 Wegen der vom Tier auf den Menschen übertragbaren Krankheiten und der Bedeutung einer ausreichenden, ausgewogenen einwandfreien Ernährung weist die Sorge um die Gesundheit des Menschen eine enge Verbindung zu Tiergesundheit, Landwirtschaftspolitik und Lebensmittelverarbeitung^[141] auf. Schon im Sanitätsgesetz von 1874 wurden Landesphysikus und Landestierarzt in einem Atemzug genannt.^[142]
- 37 Wegen ihrer Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden können auch Massnahmen des Umweltschutzes und der Raumplanung (wie die Sicherstellung der Trinkwasserversorgung^[143] oder der Schutz von Naherholungsgebieten), der Schutz vor gefährlichen Stoffen,^[144] Hygienekontrollen, die Minimierung von Unfallrisiken in Unternehmen und auf der Strasse sowie Angebote für Sport und Erholung^[145] zur Gesundheitspolitik in einem weiteren Sinn gezählt werden.^[146] Sie gehören aber nicht zum Gesundheitswesen.
- 38 Seit jeher weisen Gesundheit und sozialer Status einen engen Bezug auf. Wer gesund ist und einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann, kommt seltener in finanzielle Not als Kranke und Behinderte. Wer finanziell gut gestellt ist, hat mehr Möglichkeiten, sich gesund zu ernähren, sich zu erholen, Sport zu betreiben oder sich bei Krankheit oder Unfall pflegen zu lassen. Es ist denn auch kein Zufall, dass die Verfassung von 1921 das Gesundheitswesen und die übrigen Aufgaben im sozialen Bereich hintereinander im III. Hauptstück regelt. Art. 18 LV regelt das öffentliche Gesundheitswesen, die Unterstützung der Krankenpflege und die Bekämpfung von Alkoholismus und Arbeitsscheu.^[147] Art. 19 LV verpflichtet den Staat dazu, die Arbeitnehmenden von Gewerbe und Industrie vor den typischen Gefahren zu schützen, denen sie ausgesetzt sind.^[148] In Art. 25 LV finden sich Antworten auf Fragen, die heute einerseits von der Sozialhilfe, andererseits von Sozialversicherungen und dem Gesundheitswesen beantwortet werden. Art. 26 LV konzentriert sich auf die Sozialversicherung.^[149]

B. Grenzen der Pflichten von Art. 18 LV

- 39 Der Auftrag von Art. 18 LV geht nicht so weit, mittels Massnahmen in der Wohnungs- und Beschäftigungspolitik, einem Engagement in der Kultur etc. für optimale Lebensbedingungen und damit für den bestmöglichen Gesundheitszustand jedes einzelnen Einwohners zu sorgen. Art. 18 LV statuiert weder ein soziales Grundrecht noch verschafft er konkrete grundrechtliche Ansprüche, sondern er nennt ein Staatsziel.^[150] Folgen also z.B. Grundsatzklärungen zur Bedeutung einer intakten Naturlandschaft für die Gesundheit von Mensch und Tier keine Massnahmen, werden für sinnvoll erachtete Kliniken nicht errichtet oder private Heime, die dringend benötigte Betreuungsleistungen anbieten, nicht staatlich unterstützt, vermittelt Art. 18 LV keine durchsetzbaren Ansprüche. Ebenso wenig, wenn Leistungen abgebaut werden. Sei es dergestalt, dass öffentliche Institutionen wie das Landesspital bestimmte Angebote nicht mehr weiterführen und Patienten auf private Anbieter oder Institutionen im Ausland ausweichen müssen. Oder sei es, dass medizinische Leistungen oder nicht mehr von der Sozialversicherung bezahlt werden.^[151]
- 40 Angesichts der hier vertretenen Ansicht, dass der Staat nur verpflichtet ist, das öffentliche Gesundheitswesen zu planen, zu steuern und zu kontrollieren,^[152] zwingt Art. 18 LV nicht zur Bereitstellung von Infrastruktur und zum Angebot von Dienstleistungen durch die öffentliche Hand.
- 41 M.E. ist dem Auftrag von Art. 18 LV Genüge getan, wenn der Staat durch den Abschluss von Vereinbarungen mit Nachbarstaaten oder Einrichtungen gewährleistet, dass alle Einwohner Zugang zu den notwendigen Leistungen haben. Ebenso, wenn er per Gesetz dafür sorgt, dass Private die Leistungen anbieten und ihre Bezahlung (z.B. dank einer Versicherung) allen Menschen möglich ist.^[153] Es ganz dem Markt zu überlassen, welche Gesundheitsdienstleistungen der Bevölkerung zugänglich sind, würde dem in Art. 18 LV statuierten Auftrag, für das öffentliche Gesundheitswesen zu „sorgen“ nicht gerecht.
- 42 Wenn der Staat bei einer drohenden Gefahr (z.B. Epidemie oder Chemieunfall) nicht aktiv wird^[154] oder bei Schädigungen durch mangelhaft ausgebildetes oder unsorgfältig arbeitendes medizinisches Personal und gegenüber zu schlecht ausgestatteten Institutionen nicht eingreift, kann eine Verletzung der Verfassung vorliegen. In diesen Fällen sind allerdings die Grundrechte Recht auf Leben (Art. 27ter LV) und Menschenwürde (Art. 27bis LV) einschlägig, nicht Art. 18 LV. Aus dem ungeschriebenen Grundrecht auf ein Existenzminimum^[155] kann überdies ein Anspruch auf Hilfe in einer akuten Notlage abgeleitet werden.

V. Charakteristika des Gesundheitswesens

A. Grosse finanzielle Bedeutung des Gesundheitswesens

- 43 Die öffentlichen Ausgaben sind im Bereich des Gesundheitswesens hoch.^[156] Die Kostenentwicklung hat einen grossen Einfluss auf die Landesrechnung.^[157] An der Veröffentlichung entsprechender Daten^[158] besteht deshalb ein öffentliches Interesse.^[159] Nur in Kenntnis der Fakten kann eine qualitativ hochstehende, gleichzeitig aber auch finanzierbare Gesundheitsversorgung erreicht werden.^[160]
- 44 Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Arbeitgeber.^[161] 2007 gab die Regierung zwei Studien über seine ökonomischen Aspekte in Auftrag.^[162] Dabei interessierte vor allem die Wertschöpfung durch Gesundheitsdienstleistungen ausserhalb der OKP.^[163] Demgegenüber beschränkte sich die umfassende „Gesamtschau und Weiterentwicklung des liechtensteinischen Gesundheitswesens“ (BuA Nr. 51/2010) auf die medizinische Versorgung im Bereich der OKP. Die finanziellen Aspekte der Krankenversicherung werden in der jährlichen Krankenkassenstatistik^[164] erörtert.

B. Nebeneinander von Land und Gemeinden

- 45 Besondere Rechte und Pflichten der Gemeinden ergeben sich aus Art. 25 LV. Die Gemeinden sind gestützt auf Art. 27 SHG^[165] verpflichtet, die Hälfte der Kosten der stationären Betreuung von Hilfsbedürftigen und der Betriebsdefizite für die von der öffentlichen Hand geführten Alters- und Pflegeheime zu tragen, und zwar im Verhältnis der Anzahl ihrer Einwohner. Die andere Hälfte übernimmt das Land.
- 46 Art. 18 LV gewährt den Gemeinden keine Rechte und auferlegt ihnen auch keine Pflichten. Dies schliesst nicht aus, dass einzelne Gesetze den Gemeinden Freiräume für eine autonome Regelung lassen^[166] oder ihnen wie das Gesundheitsgesetz Aufgaben zuweisen (Art. 53 GesG).^[167]
- 47 Abschliessend vom Land geregelt sind die Voraussetzungen für die Zulassung zum Arzt- und den übrigen Gesundheitsberufen. Hingegen dürfen Gemeinden zum Beispiel durch Vorkehren baulicher Art versuchen, Leistungserbringer zur Ansiedlung zu motivieren^[168] oder sich stärker in das Verfahren der OKP-Zulassung für Hausärzte einzubringen.^[169]

C. Asymmetrisches Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer

- 48 Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt (und anderen Personen des Gesundheitswesens) zeichnet sich dadurch aus, dass sich Patienten dann in Behandlung begeben, wenn sie wegen eines Leidens auf dringende Unterstützung angewiesen sind.
- 49 Auch wegen des Fachwissens ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient asymmetrisch. Dass verschiedene Informationen über medizinische Themen (im Internet etc.) frei zugänglich, aber nur selten für Laien verständlich sind, erleichtert die Behandlung nicht automatisch.

D. Gegensatz verschiedener Interessen

- 50 Im Gesundheitswesen stehen sich verschiedene Interessen gegenüber. Die in BuA Nr. 51/2010 vorgenommene Gesamtschau der OKP unterscheidet Versicherte/Patienten, Leistungserbringer, Krankenkassen, Politik/Staat.^[170] Am schwierigsten zu organisieren sind die Interessen der Bevölkerung,^[171] die mittels Steuern und Beiträgen an die Sozialversicherungen einen grossen Teil der Kosten begleicht, aber nur gelegentlich von Leistungen profitiert, dann aber meist möglichst rasch und lange die bestmögliche Behandlung wünscht.
- 51 Art. 36 GesG sieht für die Angehörigen der im Gesetz geregelten Berufe Vereinigungen gemäss Vereinsrecht ohne öffentlich-rechtliche Befugnisse vor. Per Gesetz können ihnen „bestimmte Geschäfte zur selbstständigen Erledigung übertragen werden“. Die Vereine^[172] sind in einem Dachverband zusammengeschlossen. Viele sind überdies Mitglied im entsprechenden schweizerischen Fachverband.
- 52 Gemäss Art. 38 Abs. 1 Ärztegesetz gehören sämtliche Ärzte der Ärztekammer an. Es handelt sich bei dieser Standesorganisation gemäss Art. 38 Abs. 2 Ärztegesetz um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.^[173] Sie hat deshalb keine Beschwerdelegitimation, wenn sie von einem Entscheid nicht wie ein Privater betroffen ist.^[174] Neben der Aufgabe, die „gemeinsamen beruflichen und wirtschaftlichen Belange der Ärzte wahrzunehmen und zu fördern sowie (...) für die Wahrung des ärztlichen Berufssehens und der ärztlichen Berufspflichten zu sorgen“ (Art. 39 Abs. 1 Ärztegesetz), überträgt ihr das Gesetz weitere Aufgaben. Von Bedeutung ist z.B. der Abschluss von Tarifverträgen mit den Trägern der Sozialversicherungen (Art. 39 Abs. 2 lit. h Ärztegesetz).^[175]

53 Wegen der vielfach gegenläufigen Interessen der Akteure bedeutet „für das öffentliche Gesundheitswesen zu sorgen“, dass die staatlichen Organe den Interessen derjenigen Personen besondere Beachtung zu schenken haben, die besonders verletzlich sind oder ihre Anliegen nicht selber vorbringen können. Es entspricht dem Auftrag von Art. 18 LV, mittels beratender Gremien, welche die Anliegen verschiedener Personengruppen kennen, und über Interessenverbände Meinungen und Erfahrungen einzuholen. Ebenso dient es der Sorge für das Gesundheitswesen, Verbände und Informationsstellen sowie Anlässe, welche Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen vermitteln, mit öffentlichen Geldern zu unterstützen. In welchem Umfang dies zu geschehen hat, gibt die Verfassung nicht vor.

VI. Pflicht zur Sorge für das öffentliche Gesundheitswesen

A. Der Begriff „Gesundheitswesen“

54 Das Gesundheitswesen erstreckt sich über viel mehr Bereiche als die, welche - wenn es um den Schutz öffentlicher Güter vor Gefahren geht - unter den Begriff der „öffentlichen Gesundheit“^[176] subsumiert werden.

55 Zum Gesundheitswesen gehören staatliche Massnahmen und Aktivitäten von Privaten.^[177] Jedermann soll mit ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie Betreuung, mit Medikamenten, Hilfsmitteln und Informationen versorgt werden, wenn er wegen einer vorübergehenden oder bleibenden physischen und/oder psychischen Beeinträchtigung auf Hilfe angewiesen ist. Zudem sollen künftige gesundheitliche Belastungen vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Somit gehören insbesondere auch Hilfsmittel und Hilfeleistungen, die den Alltag von behinderten, chronisch kranken oder betagten Menschen erleichtern, zum Gesundheitswesen.^[178] Wichtig sind auch Präventionsmassnahmen, helfen sie doch, Leid zu verringern und Kosten zu sparen.^[179]

56 Vielfältig sind auch die Institutionen, die zum Gesundheitswesen gezählt werden können: Spitäler, Ambulatorien, Arztpraxen, ärztlicher Notfalldienst, Rettungsdienst, Apotheken, Unternehmen der Medizinaltechnik, Einrichtungen, die sich der medizinischen Forschung und/oder Ausbildung von Medizinalpersonen widmen, etc.

57 Die Ursachen der Beeinträchtigung, die das Aufsuchen dieser Institutionen oder den Bezug von ihren Leistungen nötig machen, sind vielfältiger Natur. Insbesondere können Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Niederkunft, Behinderung oder Altersgebrehen den Bedarf nach Unterstützung auslösen.

58 Der Begriff „Gesundheitswesen“ meint somit die Gesamtheit von Personen, Institutionen, Gegenständen und Aktivitäten, die in ein sinnvolles Verhältnis zueinander und vor allem zu den Personen, die ein Bedürfnis nach professionell erbrachten Leistungen haben, gebracht werden müssen. Die Endung „-wesen“ wird in der Verfassung auch für andere Bereiche verwendet, in denen der Staat eine Ordnung errichten muss.^[180]

B. Kein klagbarer Anspruch auf kostenlose Behandlung

59 Art. 18 LV garantiert, wie in Kapitel IV.B ausgeführt, nicht grundrechtlich geschützte Ansprüche, sondern formuliert ein Staatsziel. Dass der Staat für das öffentliche Gesundheitswesen sorgt, meint nicht, dass alle Leistungen kostenlos angeboten werden müssen. Dies kann nicht zuletzt aus Art. 16 Abs. 3 LV geschlossen werden: Art. 15, Art. 16 und Art. 17 LV übertragen dem Staat Aufgaben im Bereich der Erziehung und Bildung. In Art. 16 Abs. 3 LV wird ausdrücklich festgehalten, welche Leistungen kostenlos erbracht werden müssen. Entsprechend müsste auch Art. 18 LV sagen, welche Leistungen des Gesundheitswesens kostenlos zur Verfügung stehen.

60 Überdies zeigt die konsequente Wortwahl der Verfassung (mit der Unterscheidung zwischen „sorgen“ und „unterstützen“^[181]), dass es im ersten Satzteil von Art. 18 LV nicht um eine finanzielle Verpflichtung des Staates geht. Erst bei der Wendung „Unterstützung der Krankenpflege“ kommt dieser Aspekt ins Spiel.

61 „Für das öffentliche Gesundheitswesen sorgen“ meint darum, dass der Staat dazu verpflichtet ist, sich für eine zielgerichtete, in den einzelnen Elementen aufeinander abgestimmte Organisation des Gesundheitswesens einzusetzen.^[182] Die Pflicht, entsprechende Regelungen zu treffen, erstreckt sich nicht nur auf die von öffentlicher Seite angebotenen und/oder finanzierten Leistungen, sondern auf alle Akteure.

62 Art. 12 UNO-Pakt I garantiert keine klar umrissenen einklagbaren Rechte.^[183] Er enthält jedoch insofern eine finanzielle Komponente, als die Gesundheitsdienste jedermann zugänglich sein müssen (Art. 12 Abs. 2 lit. d UNO-Pakt I).^[184] Im Völkerrecht^[185] wird Wert auf einen diskriminierungsfrei ausgestalteten Zugang zum Gesundheitswesen gelegt.^[186] Er umfasst die Verpflichtung, auch für unbemittelte Personen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsrecht, für ein Minimum an medizinischen und sonstigen Leistungen zu sorgen.^[187] Art. 12 UNO-Pakt I macht aber keine präzisen Vorgaben, welche Leistungen in welcher Situation wie lange kostenlos zur Verfügung gestellt werden müssen, weil sie unabdingbar sind. Der Anspruch auf Gleichbehandlung ergibt sich in Liechtenstein aus dem in Art. 31 LV verankerten Anspruch auf Gleichbehandlung.

C. Pflicht zur Planung

- 63 Die Versorgungsplanung gehört zwingend zu den von der öffentlichen Hand zu erbringenden Aufgaben.^[188] Damit sie die Entwicklung steuern kann, muss sie wissen, welche Behandlungen wirksam sind,^[189] welche Leistungen voraussichtlich nachgefragt werden,^[190] welche Behandlungsengpässe entstehen könnten, wo Fehlentwicklungen z.B. durch Prävention^[191] und bessere Information vermieden werden können oder wo grosse finanzielle Belastungen von Individuen oder Institutionen drohen.^[192] Planung ist zwingend eine staatliche Aufgabe. Private können im Auftrag des Staates einzelne Aufgaben übernehmen und z.B. Daten erheben und Strategien ausarbeiten,^[193] aber nicht für die Gesamtschau und das Setzen von Prioritäten verantwortlich zeichnen.
- 64 Es ist zulässig, dass private Anbieter neue Bedürfnisse erkennen und entsprechende Ausbildungen für Medizinalpersonen anbieten oder neuartige Angebote für Kranke und Betagte bewerben. Es bedarf jedoch der politischen Entscheidungsfindung,^[194] wenn die Prioritäten in der Ausgestaltung der Sozialversicherung und im Leistungsangebot öffentlich (mit-)finanzierter Institutionen anders gesetzt werden, bisher mit öffentlicher Hilfe erbrachte Leistungen nicht mehr unterstützt oder private Angebote neu von der öffentlichen Hand subventioniert werden sollen.^[195]

D. Pflicht zur Steuerung

- 65 Planung und Steuerung können nahtlos ineinander gehen.^[196] Das Gesundheitswesen zeichnet sich wegen des gesetzlich umschriebenen Leistungsumfanges der obligatorischen Krankenversicherung und den staatlichen Einrichtungen (Landesspital, LAK etc.) durch eine hohe Regulierungsdichte aus. Es ist deshalb unerlässlich, dass die verfassungsrechtlichen Prinzipien (insbesondere das Legalitätsprinzip und das Gebot der Rechtsgleichheit) und die Vorgaben des EWR-Rechts bei allen lenkenden Massnahmen beachtet werden.
- 66 Weil die Ressourcen des Staates begrenzt sind, müssen sie effizient eingesetzt werden.^[197] Politik und Verwaltung müssen Prioritäten setzen und angesichts der technischen Entwicklung und neuer Bedürfnisse der Bevölkerung immer wieder prüfen, welche Leistungen der Staat erbringt respektive (mit-)finanziert und welche nicht^[198].^[199] Die Sorge für die Gesundheit der Bevölkerung ist nur eine unter vielen wichtigen Aufgaben des Staates. Das Leben von kranken und verunfallten Menschen zu verlängern sowie die Lebensqualität von Kranken, Verunfallten, Behinderten und Betagten zu verbessern, ist nicht a priori höher einzustufen als der Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen, die Sorge für das Bildungswesen und eine leistungsfähige Infrastruktur, um nur einige andere wichtige Staatsaufgaben zu nennen.

E. Pflicht zur Kontrolle

- 67 Zum Entscheid, welche Leistungen staatlich erbracht oder (mit-)finanziert werden, gehört es auch festzulegen, in welchem Umfang sie überprüft werden sollen. Kontrolle ist eine unumgängliche staatliche Aufgabe. Nicht jede Kontrolle muss durch staatliche Organe vorgenommen werden. Wohl aber ist von staatlicher Seite festzulegen, welche Ziele erreicht werden müssen und gestützt auf welche Parameter dies beurteilt werden soll. Die bei der Kontrolle gewonnenen Erkenntnisse müssen wiederum in die Planung und Steuerung einfließen.
- 68 Eine staatliche Aufsicht kann zum Schutz von öffentlichen Gütern (wie die öffentliche Gesundheit) auch dort notwendig sein, wo die öffentliche Hand finanziell nicht beteiligt ist.^[200] Gerade bezüglich Handlungen und Substanzen, welche auf den Körper und Psyche einwirken sollen, ist zu gewährleisten, dass Hilfsbedürftige sowie Personen, die vorübergehend (z.B. wegen Bewusstlosigkeit) oder dauernd (z.B. wegen starker intellektueller Beeinträchtigung) nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen, keine Nachteile erleiden. Die notwendigen Vorkehren zu treffen (z.B. bei der Zulassung von Heilmitteln, der Unterbringung von Personen wegen Selbst- oder Fremdgefährdung^[201] oder durch die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu errichten^[202]) und den Rahmen für die entsprechenden Tätigkeiten (z.B. mittels Bewilligungs- oder Rechenschaftspflichten) vorzugeben, darf nicht an Private delegiert werden.

VII. Die Unterstützung der Krankenpflege

- 69 Art. 18 LV unterscheidet zwischen „öffentlichem Gesundheitswesen“ und „Krankenpflege“. Das heisst nicht, dass der Staat nicht auch für die Krankenpflege zu sorgen hat. Sie ist als Teil des Gesundheitswesens auch Gegenstand von Planung, Steuerung und Kontrolle. Dazu gesellt sich der Auftrag, sie besonders zu fördern.

A. Der Begriff „Unterstützung“

- 70 Indem Art. 18 LV – wie Art. 26 LV – das Verb „unterstützt“ verwendet, zeigt er, dass das Land zumindest eine minimale Unterstützung erbringen muss. Sie hat nicht zwingend in finanzieller Form zu erfolgen. Eine unterstützende Wirkung haben z.B. auch das Bereitstellen von Daten für die Forschung über Pflege und Betreuung, Stipendien oder das Vermitteln von Beratern.^[203]
- 71 Entscheidet sich das Land, die Krankenpflege finanziell zu fördern, stehen ihm verschiedene Möglichkeiten offen. Denkbar ist z.B. die Übernahme von Weiterbildungskosten oder die Besoldung von Pflegefachpersonen, insbesondere wenn es den Menschen, die solcher Dienstleistungen bedürfen, nicht möglich wäre, die Leistungserbringer zu bezahlen und sie folglich auf Hilfe verzichten würden. Ein anderer Ansatz besteht darin, den Pflegebedürftigen respektive ihren Familien Mittel zukommen zu lassen, sei es unmittelbar^[204] oder mittels Versicherung, wobei die staatliche Leistung auch lediglich darin bestehen kann, die Versicherung zu implementieren und so für den Ausgleich innerhalb des Versichertenkollektivs zu sorgen. Dass sich die verschiedenen Ansätze verknüpfen lassen, versteht sich von selbst. Ein Verstoß gegen Art. 18 LV läge nur dann vor, wenn das Land auf jegliche Massnahme verzichten würde.

B. Der Begriff „Krankenpflege“

- 72 Weil schon vor dem Ersten Weltkrieg ein privater Krankenpflegeverein gegründet worden war, dessen Pflegerinnen Kranken und Wöchnerinnen zu Hause beistanden,^[205] ist davon auszugehen, dass mit „Krankenpflege“ nicht die Pflege in Spitälern und Heimen gemeint ist,^[206] sondern die Versorgung zu Hause. Ob es sich bei den Leistungen um solche der Pflege in einem engeren Sinn handelt oder hauswirtschaftliche Leistungen im Vordergrund stehen,^[207] spielt keine Rolle. Werden Personen, die nicht für sich selber sorgen können, mit Nahrung, frischen Kleidern etc. eingedeckt und Kinder oder andere von ihnen abhängige Angehörige versorgt, fördert dies die Erholung und damit die Genesung der Betroffenen ebenfalls.
- 73 Die Verfassung verpflichtet das Land, Unterstützungsleistungen zu erbringen, lässt dabei jedoch dem Gesetzgeber die Wahl, welche Leistungen er fördern will, welche Zielgruppe von Hilfsbedürftigen er vor Augen hat, ob er die notwendigen Fachkräfte selber schulen möchte, mit privaten Anbietern zusammenarbeitet, den Nachfragern Möglichkeiten bereitstellt, Leistungen abzurufen etc. Klar ist hingegen, dass der Verfassungsgeber davon ausgeht, dass entsprechende Leistungen (auch) von privater Seite angeboten werden und es demnach nicht Aufgabe des Landes ist, flächendeckend umfassende Leistungen zu implementieren. Den Verfassungsauftrag würde das Land dann nicht erfüllen, wenn es nur für einzelne Leistungen, die nur wenige Personen nachfragen, die überdies nicht besonders belastet sind durch ihre Beeinträchtigungen, Unterstützung anböte^[208] oder wenn es alle Unterstützungsmassnahmen streichen würde.

C. Unterschied zwischen Pflege und Betreuung

- 74 Das Gesetz^[209] grenzt die Pflege von der Betreuung ab, ohne sie zu definieren. Unter Betreuung sind landläufig haushaltsnahe Dienstleistungen zu verstehen inklusive Körperpflege, Hilfe beim An- und Ausziehen, Aufstehen und beim Gang zur Toilette. Es finden jedoch keine unmittelbaren Eingriffe in den Körper wie Spritzensetzen oder Auswahl und Verabreichen der Medikamente statt.
- 75 In Liechtenstein ist die Betreuung wie in der Schweiz nicht durch das KVG erfasst. Der Aufwand für Betreuungsleistungen wird bei den zu Hause lebenden hilfsbedürftigen Menschen bis zu einem gewissen Umfang^[210] durch das Betreuungs- und Pflegegeld^[211] abgedeckt. Überdies gibt es die Hilflosenentschädigung (siehe Art. 3bis ELG) und haben Bezüger von AHV/IV unter bestimmten Voraussetzungen (siehe Art. 1 ff. ELG) Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Es muss im konkreten Fall abgeklärt werden, wer einen Anspruch auf welche Leistungen hat und wie sie zusammenwirken.^[212] Unbestritten ist, dass die Kosten vieler Handreichungen, auf die in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen angewiesen sind, nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden.
- 76 Wenn wegen des wachsenden Anteils an hochbetagten Menschen über die Einführung einer Pflegeversicherung diskutiert wird, muss gesagt werden, ob es um die Finanzierung von pflegerischen Leistungen geht^[213] oder ob auch die Betreuung einbezogen werden soll. Bis jetzt hat der liechtensteinische Gesetzgeber die Einführung einer Pflegeversicherung nicht für vordringlich erachtet, obwohl Einigkeit herrscht, dass viele alte Menschen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit finanziell überfordert sind. Die starke Nachfrage nach Ergänzungsleistungen wird mit Sorge betrachtet.^[214]

VII. Bedarfsplanung und Tarifverträge

- 77 Wie VGH 2010/70, Erw. 5, ausführte, ist „der Bereich der Sozialversicherung und damit auch die obligatorische Krankenversicherung der Wirtschaftsfreiheit durch öffentlich-rechtliche Regelungen weitgehend entzogen“. Dies

versteht sich in Liechtenstein mit dem immerhin 33 Mio. Fr. umfassenden Staatsbeitrag an die obligatorische Krankenpflegeversicherung^[215] (Art. 24a KVG) und der Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte (Art. 24b KVG) gut. Zudem gewährt die Wirtschaftsfreiheit – wie VGH 2010/70, Erw. 5, in Erinnerung rief – „keinen Anspruch auf staatliche Förderung von Betrieben, weswegen diese keinen Anspruch darauf haben, in beliebiger Höhe Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu generieren“.

A. Bedarfsplanung

- 78 Ambulante Leistungen zulasten der OKP darf nur erbringen, wer zur Krankenversicherung zugelassen ist (Art. 16a Abs. 2 und Abs. 3 KVG)^[216] und sich verpflichtet hat, die Tarifbestimmungen zu beachten (Art. 16d Abs. 1 KVG).
- 79 Wie viele Ärzte welcher Fachrichtung zugelassen werden, ergibt sich nicht aus Art. 18 LV, sondern aus der Bedarfsplanung.^[217] Sie wird von der Liechtensteinischen Ärztekammer und dem Kassenverband gemeinsam erstellt (Art. 16b Abs. 1 KVG) und von der Regierung genehmigt (Art. 16b Abs. 3 KVG).^[218] Die Bedarfsplanung soll sicherstellen, „dass einerseits eine ausreichende Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und ihnen eine angemessene Auswahl an Grundversorgern und Spezialärzten zur Verfügung steht und andererseits eine Überversorgung vermieden wird“ (Art. 16b Abs. 1 lit. a KVG). Wer die in der Planung vorgesehenen Stellen (die so genannten Bedarfsstellen) erhält, bestimmen Ärztekammer und Kassenverband gemeinsam gestützt auf die Reihungskriterien^[219] (Art. 16b Abs. 6 KVG). Seit der Revision vom 1. Oktober 2015^[220] verlangt das Gesetz, dass der Umfang^[221] und die Art der Tätigkeit der Ärzte mit Bedarfsstelle klarer geregelt werden.^[222] Überdies erfolgt eine Überwachung von Art und Umfang der Leistungserbringung (Art. 16d Abs. 6 KVG).^[223] Der Kassenverband nimmt zusätzlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor (Art. 19 Abs. 2b KVG),^[224] seit der Revision vom 1. Oktober 2015 wieder eng angelehnt an die Schweizer Praxis.^[225] Dies bedeutet, dass keine „Vollüberprüfung sämtlicher Rechnungen und Patientendossiers“ notwendig ist.^[226] Die Verträge über die Zulassung zur OKP können von den Leistungserbringern jederzeit ohne Angabe von Gründen und vom Kassenverband beim Vorliegen wichtiger Gründe gekündigt werden (Art. 19c KVG).^[227]
- 80 Die Regierung kann auch für andere Leistungserbringer eine Bedarfsplanung einführen, wobei sie sich an den für die Ärzte geltenden Regeln orientiert (Art. 16b Abs. 7 KVG). Aktuell ist dies für Psychotherapeuten und Chiropraktoren^[228] der Fall.^[229]

B. Tarifverträge

- 81 Für die in der OKP erbrachten Leistungen erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen^[230] und Preisen (Art. 16c Abs. 1 KVG)^[231]. Die Tarifverträge werden zwischen dem Kassenverband und den Verbänden der Leistungserbringer^[232] vereinbart (Art. 16c Abs. 1 KVG).^[233] Für die ärztlichen Leistungen in der OKP gilt seit der Revision vom 1. Oktober 2015 der so genannte Tarmed, ohne dass er namentlich im Gesetz erwähnt wird.^[234] Es wird dort auf die „gesamtschweizerische Tarifstruktur“ verwiesen.^[235]
- 82 Finden sich im Inland keine Leistungserbringer, kann der Kassenverband im Einvernehmen mit dem liechtensteinischen Berufsverband mit Leistungserbringern im Ausland einen Tarifvertrag abschliessen (Art. 16d Abs. 4 KVG).^[236]

IX. Private Gesundheitsanbieter

- 83 Grundsätzlich können sich alle Personen, die einen medizinischen oder pflegerischen Beruf ausüben, Medikamente oder Hilfsmittel herstellen, Einrichtungen für Kranke oder Behinderte betreiben, oder in anderer Art und Weise eine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ausüben, auf die in Art. 36 LV verankerte Handels- und Gewerbefreiheit berufen.^[237] Wie StGH 2006/44 ausführt, auferlegt sich der StGH jedoch Zurückhaltung bei der Beurteilung von Einschränkungen.^[238] Noch nicht im Detail geklärt ist überdies, inwieweit sich Ärzte für die im Bereich der OKP erbrachten Leistungen auf die Wirtschaftsfreiheit stützen können.^[239] Sicher ist, dass die Wirtschaftsfreiheit dem einzelnen Arzt keinen Anspruch darauf gibt, „in beliebiger Höhe Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu generieren.“^[240]
- 84 StGH 2004/14, Erw. 6, brachte die einander gegenüberstehenden Interessen gut zum Ausdruck: „Dabei ist zu beachten, dass die Handels- und Gewerbefreiheit (...) durch das Versicherungsobligatorium und das Leistungsobligatorium schon weitgehend eingeschränkt ist. Auf der einen Seite steht die Gesundheit der Bevölkerung und deren Sicherung zu finanziell verkraftbaren Mitteln, auf der anderen Seite die freiheitliche Regelung der medizinischen Berufe aufgrund der Handels- und Gewerbefreiheit. Aufgabe in erster Linie des Gesetzgebers ist es,

beide Rechtsgüter möglichst zur Entfaltung zu bringen. Die vollständige Aufhebung der Handels- und Gewerbebefreiheit gewinnstrebiger Privatspitäler stellt unter diesem Aspekt kein unerlässliches Mittel dar, eine sozialverträgliche Grundversorgung (...) sicherzustellen.“

- 85 Bezüglich Substanzen, Gegenständen und Handlungen, die Wirkungen im Körper entfalten oder auf die Psyche einwirken (sollen), bestehen viele Einschränkungen. Einerseits werden sie mit dem öffentlichen Interesse am Schutz der Gesundheit begründet.^[241] Andererseits erfolgen sie wie ausgeführt wegen des Interesses an einem verantwortungsbewussten Umgang mit den beschränkten öffentlichen Mitteln. Sie finden sich besonders dort, wo Leistungen in öffentlichen Institutionen erbracht werden oder durch öffentliche Mittel (mit-)finanziert werden.^[242] Der Gesetzgeber darf, die Verhältnismässigkeit vorausgesetzt, private Aktivitäten einschränken, wenn ein genügend starkes öffentliches Interessen wie der Schutz der Patienten^[243] gegeben ist. Bei drohender Gefahr wie z.B. einer Pandemie sind einschneidende Massnahmen gegenüber Medizinalpersonen (Herbeiziehung zur Hilfeleistung) und Kranken (Quarantäne), aber auch gegenüber Gesunden (Reiseverbote oder Gesundheitskontrollen) zulässig, bei Dringlichkeit auch ohne gesetzliche Grundlage.^[244]
- 86 Art. 18 LV äussert sich – abgesehen davon, dass er im Bereich der Krankenpflege Leistungen durch Private voraussetzt^[245] – nicht zu den privaten Gesundheitsanbietern. Er gibt deshalb z.B. nicht vor, wer zur Ausübung des Arztberufes berechtigt ist, wie weit die Auflagen für Privatkliniken gehen dürfen und ob in der Grundversicherung die freie Arztwahl gilt. Diese Entscheide hat der Gesetzgeber unter Respektierung der von der Verfassung vorgegebenen Grundrechte und Grundsätze (insbesondere Erfordernis des öffentlichen Interesses, Respektierung der Verhältnismässigkeit und der Rechtsgleichheit) und der völkerrechtlichen Vorgaben^[246] zu treffen.^[247]

X. Trinker und Arbeitsscheue

- 87 Art. 18 LV verpflichtet den Gesetzgeber „zur Bekämpfung der Trunksucht“ sowie zur „Besserung von Trinkern und arbeitsscheuen Personen“. Angesichts dessen, dass die „Versorgung von Waisen, Geisteskranken, Unheilbaren und Altersschwachen“ 1921 in Art. 25 LV als Sache der Gemeinden bezeichnet wird, erscheint es sinnvoll, dass für den Umgang mit Alkoholkranken – also für eine Aufgabe mit einem Bezug zum Armenwesen – die Kompetenzen geregelt werden.^[248] Indem das Land „auf gesetzlichem Weg“ aktiv werden muss, wird sichergestellt, dass entsprechende Massnahmen öffentlich verhandelt werden und sich die Gemeinden in die Diskussion einbringen können, ohne allein für die Bekämpfung der negativen Folgen des Alkoholismus verantwortlich zu sein.^[249]
- 88 Seit längerer Zeit ist unbestritten, dass die Behandlung der Abhängigkeit von Alkohol und anderen Substanzen (z.B. Betäubungsmittel, Medikamente) oder von Verhaltensweisen (z.B. Spielsucht) in die Hände von Fachleuten gehört.^[250] Insofern kommt der besonderen Erwähnung in Art. 18 LV heute bloss noch die Bedeutung zu, zu garantieren, dass sich der Gesetzgeber seiner Pflicht, Grundlagen für Massnahmen zu treffen, nicht plötzlich entzieht. Süchtige müssen an Personen und/oder Institutionen gelangen können, die sie bei der Bekämpfung ihrer Sucht unterstützen. Einen Anspruch auf einen sofort verfügbaren Behandlungsplatz, auf eine Therapie in einer inländischen Einrichtung oder auf eine kostenlose Behandlung garantiert ihnen die Verfassung nicht.
- 89 Art. 18 LV verpflichtet nicht zu einer Politik der völligen Abstinenz, spricht er doch lediglich von der Bekämpfung der Sucht, nicht von einem Alkoholverbot (für ehemalige Süchtige oder gar für die ganze Bevölkerung). Wie der Gesetzgeber den Auftrag, die Sucht zu bekämpfen angeht (z.B. Hilfe an Süchtige, die abstinent werden wollen, Einschränkung von Verkauf und Ausschank von Alkohol, Präventionskampagnen), ist sein Entscheid. Gemäss dem Wortlaut von Art. 18 LV hat er jedoch die Pflicht, auch den Fall zu regeln, dass sich Süchtige nicht freiwillig mit ihrem Verhalten auseinandersetzen.
- 90 Dasselbe gilt für Personen, welche die Verfassung als „arbeitsscheu“ bezeichnet. Gemäss dem Wortlaut sind auch für sie Gesetzesbestimmungen zu erlassen, die sie ein anderes Verhalten an den Tag legen lassen. Das in Art. 18 LV erwähnte Ziel der Besserung kann jedoch nicht unmittelbar als Grundlage herhalten für Massnahmen.^[251] Die Pflicht, eine Ausbildung zu absolvieren, an Integrationsprogrammen oder sonstigen Veranstaltungen für Arbeitslose teilzunehmen und andere Pflichten, welche in die Gestaltung des Alltages und in den Entscheid über die persönliche Lebensführung eingreifen, bedürfen als Eingriffe in die persönliche Freiheit von Art. 32 LV und/oder in die Handels- und Gewerbebefreiheit von Art. 36 LV einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage, müssen im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sein. Indem Art. 18 LV die Besserung von arbeitsscheuen Personen zum Ziel erklärt, statuiert er ein öffentliches Interesse an entsprechenden Massnahmen.
- 91 Die Verfassung sagt nicht, was sie unter „arbeitsscheu“ versteht. Sicher ist, dass Arbeitslosigkeit nicht mit Arbeitsscheu gleichgesetzt werden kann. Nach dem Ersten Weltkrieg war die wirtschaftliche Situation in Liechtenstein sehr schwierig. Aus diesem Grund nennt Art. 20 Abs. 3 LV die Erschliessung neuer Verdienstquellen als Ziel, ohne Personen ohne Arbeit einem Vorwurf auszusetzen. Art. 18 LV nimmt demgegenüber ein Unwerturteil vor. Da Trinker

und Arbeitsscheue gleich behandelt werden, könnte die drohende Verwahrlosung den Verfassungsgebers motiviert haben. Eine Pflicht, gesetzliche Grundlagen dafür zu schaffen, dass Alkoholranke oder Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen wollen, sanktioniert werden können, findet sich nicht in Art. 18 LV. Der Verfassungsartikel verpflichtet lediglich dazu, per Gesetz die Bekämpfung der Sucht und die Besserung von Süchtigen und Arbeitsscheuen anzustreben. Dies kann der Gesetzgeber z.B. auch mittels Anreizen.

92 Hervorzuheben ist, dass die liechtensteinische Verfassung mit der Bezugnahme auf moralisch korrektes Verhalten bereits im Zeitpunkt ihres Erlasses eine Ausnahme darstellte.

XI. Verpflichtungen aus Völkerrecht

93 Das Gesundheitswesen ist stark vom Völkerrecht (insbesondere vom EWR-Recht) geprägt, vor allem was Herstellung und Verkehr von Medikamenten, Anbieten von medizinischen Leistungen über Staatsgrenzen hinweg, Anerkennung ausländischer Ausbildungsabschlüsse und Leistungen der Sozialversicherung für Personen, die im Laufe ihres Lebens in verschiedenen Staaten arbeiten und/oder wohnen,^[252] angeht. Diese Themen beschlagen die durch das EWR-Abkommen garantierten Grundfreiheiten^[253] sowie seine Vorgaben zum Wettbewerbsrecht.^[254] Zusätzlich enthält das Gesundheitsrecht verschiedene menschenrechtlich relevante Aspekte.^[255]

A. Normen von UNO und Europarat

94 Obwohl Liechtenstein als UNO-Mitglied der UN-Sonderorganisation WHO (Weltgesundheitsorganisation) beitreten darf,^[256] ist es bis heute nicht Mitglied. Das heisst aber nicht, dass Liechtenstein die Werte und Ziele der WHO nicht teilt.

95 Mit der Unterzeichnung von völkerrechtlichen Übereinkommen^[257] hat sich Liechtenstein verpflichtet, für die Gesundheit seiner Einwohner zu sorgen.^[258] Wegweisend für die staatlichen Organe sind insbesondere Art. 25 Allgemeine Menschenrechtserklärung und die von der UNO-Generalversammlung am 11. Dezember 1969 verabschiedete Erklärung über Fortschritt und Entwicklung auf sozialem Gebiet^[259]. Aus beiden können Individuen keine Rechtsansprüche ableiten.^[260] Weitere Normen zur physischen und psychischen Gesundheit finden sich insbesondere in Art. 12 UNO-Pakt I. Er verpflichtet die Vertragsstaaten, „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anzuerkennen,^[261] und Art. 7 UNO-Pakt II verbietet medizinische Versuche ohne Zustimmung des Betroffenen. Überdies enthalten verschiedene von Liechtenstein ratifizierte UN-Übereinkommen zum Schutz bestimmter Bevölkerungsgruppen Vorgaben zur Ausgestaltung der sozialen Sicherheit.^[262]

96 Die revidierte Europäische Sozialcharta vom 3. Mai 1996,^[263] die ein Recht auf Schutz der Gesundheit vorsieht, hat Liechtenstein nicht ratifiziert.^[264] Die übrigen Aktivitäten des Europarates erstrecken sich v.a. auf den Umgang mit Heilmitteln, Blut und menschlichen Organen sowie auf die Biomedizin.^[265] Liechtenstein hat mehrere Übereinkommen unterzeichnet oder ist über den Zollvertrag mit der Schweiz^[266] an sie gebunden.^[267]

97 Der EGMR hatte Gelegenheit – oft gestützt auf das in Art. 8 EMRK^[268] verankerte Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens – sich zu Fragen wie Umgang mit dem (eigenen) Körper (in concreto: Zugang zu Sterbehilfe^[269] und Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen^[270]), Fortpflanzungsmedizin,^[271] Organisation des Gesundheitswesens^[272] und medizinische Betreuung von Personen in seinem Gewahrsam zu äussern.

B. Europarecht

98 Von grosser praktischer Bedeutung sind der im EWR-Recht verankerte freie Warenverkehr und der freie Dienstleistungsverkehr^[273], betreffen sie doch insbesondere Ausländer, die medizinische Leistungen oder Pflege- und Betreuungsleistungen anbieten oder entsprechende Waren vertreiben und sich hierzu in Liechtenstein niederlassen wollen, ausländische Anbieter, welche ihre Leistungen und Waren nach Liechtenstein bringen möchten, oder Liechtensteiner, die im Ausland Leistungen oder Waren beziehen oder von Liechtenstein aus Waren und Dienstleistungen ins Ausland liefern.

99 Wichtig ist die Berufsanerkennungsrichtlichtlinie,^[274] welche die Ausübung eines reglementierten Berufes in einem anderen Mitgliedstaat als dem, in dem die Berufsqualifikation erworben wurde, zum Gegenstand hat.^[275] Sie findet Anwendung im EWR^[276] und fand deshalb Eingang in das Ärzte- und das Gesundheitsgesetz (GesG).

C. Zollvertrag und weitere Staatsverträge

- 100 Die Anlage I zum Zollvertrag^[277] zählt unter der „Ordnungsnummer 81 Gesundheit“ eine ganze Reihe von Erlassen des Bundes auf, die in Liechtenstein zur Anwendung kommen. Sie erstrecken sich über verschiedene Themen, unter anderem auf Heil-, Lebens- und Betäubungsmittel, Transplantationen und Forschung am Menschen. Zum Umweltschutz ist ebenfalls eine ganze Reihe von Schweizer Erlassen zu berücksichtigen, ebenso bezüglich Tierseuchen (unter Ordnungsnummer 916).
- 101 Darüber hinaus schloss Liechtenstein mit der Schweiz^[278] und Österreich^[279] Staatsverträge, insbesondere betreffend die grenzüberschreitende Betätigung von medizinischem Personal und zur Ausbildung. Die liechtensteinische Regierung kann mit beratender Stimme an den Plenarversammlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) teilnehmen.^[280]
- 102 Die Vereinbarung mit dem Kanton St. Gallen vom 28. September 1977 über die Aufnahme von Patienten im Kantonsspital St. Gallen und in den kantonalen Spitälern Grabs und Walenstadt^[281] garantiert den in Liechtenstein wohnhaften Patienten die Gleichbehandlung mit den aus dem Kanton St. Gallen stammenden Patienten. Im Gegenzug beteiligt sich Liechtenstein an den Aufwendungen für das Kantonsspital St. Gallen und die Spitäler Grabs und Walenstadt. Dazu kommen die in Kapitel VIII erwähnten Tarifverträge mit einer Vielzahl von Kliniken in der Schweiz, in Vorarlberg und Tirol sowie auf der deutschen Seite des Bodensees.^[282]

Fussnoten

1. Diese Publikation stellt eine gesundheitswissenschaftliche Aufbereitung der 2014 vom Amt für Statistik veröffentlichten Daten zur Gesundheitsbefragung 2012 dar.
2. Weit zu verstehen ist auch der Begriff der Gesundheitspolitik. Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, Rz. 67, umschreiben sie als „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen“, „die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern.“
3. Locher, Plädoyer, S. 26, bezeichnet das liechtensteinische Gesundheitssystem als „mehrfach hybrid“ und „verhältnismässig liberal“, weil gleichzeitig staatliche Planung und grosse Freiräume zu beobachten sind.
4. Siehe dazu Kapitel VI.
5. Siehe hierzu Kapitel IV.B.
6. Siehe hierzu Kapitel VII.
7. Siehe Kapitel VII.B.
8. Siehe Kapitel X.
9. Siehe auch Kapitel XI.A.
10. Für die internationale Vergleichbarkeit von Krankheiten und Gesundheitsproblemen relevant ist die von der WHO erarbeitete International Classification of Diseases ICD: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
11. Constitution of the World Health Organization: Principles, abrufbar unter: <http://www.who.int/about/mission/en/>. Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, Rz. 11, bezeichnen diesen Gesundheitsbegriff als „abstrakte Wertidee“. Zuck, Allgemeine Grundlagen, § 2 N 1, weist darauf hin, dass es sich bei den Begriffen Krankheit und Gesundheit um „soziale Konstruktionen handelt“. Zum weiten Begriffsverständnis der WHO siehe z.B. auch Wallrabenstein, § 8 Gesundheitspolitik, N 2 f.
12. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (contained in Document E/C.12/2000/4), abrufbar unter: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
13. Regierung, Sozialpolitisches Leitbild, S. 31.
14. Art. 3 Abs. 1 ATSG (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000) über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1) definiert Krankheit als „jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ Gemäss Art. 4 ATSG ist Unfall „die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.“ Eine Definition der Gesundheit sucht man jedoch auch im Schweizer Recht vergebens.
15. Zur Finanzierung der Leistungen mittels Versicherungen siehe Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 26 LV.
16. Art. 8 Abs. 1 Verfassungsentwurf Beck: „Das Land pflegt das öffentliche Gesundheitswesen, unterstützt die öffentliche Krankenpflege und beteiligt sich an der Gründung und dem Betriebe eines Krankenhauses.“
17. KV Kanton SG 1890: „Art. 11 Abs. 1: Die öffentliche Gesundheitspflege bildet einen Zweig der Staatsverwaltung. Abs. 2: Der Staat unterstützt die öffentliche Krankenpflege; er beteiligt sich an der Gründung

- von Krankenhäusern und deren Betriebe. Art. 12 Abs. 1: Der Staat hat das Recht, unter Mitwirkung der Gemeinden für die Unterbringung von Trinkern in zweckentsprechenden Anstalten zu sorgen. Abs. 2 Er gründet entweder die notwendigen Asyle oder beteiligt sich an der Errichtung oder dem Betriebe solcher.“ Auch Art. 28 KV Kanton GR 1892 erwähnte eine kantonale „Irren- und Krankenanstalt“.
18. Art. 8 Abs. 2 Verfassungsentwurf Beck: „Die Gesetzgebung sorgt für die Besserung von Trinkern, arbeitsscheuen und liederlichen Personen.“
 19. „§ 18 RV Der Staat sorgt für das öffentliche Gesundheitswesen, unterstützt die Krankenpflege und strebt auf gesetzlichem Wege die Besserung von Trinkern und von arbeitsscheuen Personen an.“
 20. Protokoll der Landtagssitzung vom 24. August 1921: LI LA LTA 1921/S04/2; zitiert nach: www.e-archiv.li/D45244; aufgerufen am 31.01.2017.
 21. Siehe Kapitel III.A.
 22. Rheinberger, Liechtensteiner Ärzte, S. 32 und S. 36.
 23. Zum Bemühen, die Ausbildung der Hebammen zu heben, siehe Burmeister, Historisches Lexikon I, S. 342. Die Regelungen für die Hebammen wurden relativ häufig revidiert, wie die Einleitung zur Verordnung vom 20. Februar 1917 betreffend das Hebammenwesen (LGBl. 1917 Nr. 7) zeigt.
 24. Rheinberger, Albert Schädler, S. 128.
 25. Verordnung vom 12. November 1873 über die ärztliche Behandlung und Pflege kranker Armer (LGBl. 1873 Nr. 6).
 26. Siehe Verordnung vom 25. August 1892 betreffend die ärztliche Behandlung und Pflege kranker Armen (LGBl. 1892 Nr. 5) sowie Rheinberger, Albert Schädler, S. 128 ff., und Rheinberger, Wilhelm Schlegel, S. 183.
 27. Rheinberger, Albert Schädler, S. 130.
 28. Rheinberger, Zum 200. Geburtstag, S. 341 f., und Rheinberger, Liechtensteiner Ärzte, S. 36 f.
 29. Rheinberger, Rudolf Schädler, S. 160.
 30. Risch, Todesursachen-Statistik, S. 54: Tuberkulose: 326 Fälle, 14,95% aller Todesfälle, Herzerkrankungen 12,47% und andere Lungenkrankheiten 10,59%.
 31. Risch, Todesursachen-Statistik, S. 54.
 32. Risch, Todesursachen-Statistik, S. 55 f.: Bei 753 der Verstorbenen (34,54%) handelte es sich um Kinder unter 10 Jahren, über ein Drittel von ihnen an „Gichter“ (Krämpfen) und Durchfall, was Risch auf eine falsche Ernährung und schlechte Pflege zurückführt.
 33. Rheinberger, Rudolf Schädler, S. 190-194. Siehe auch Ospelt, Historisches Lexikon I, S. 262.
 34. Historischer Verein, Krieg, Souveränität und Demokratisierung, S. 118 f. Zur historischen Entwicklung des Landesspitals: Besl, Historisches Lexikon II, S. 890.
 35. Vertrag vom 4. April 1911 zwischen dem Departement des Innern des Kantons St. Gallen und der Regierung des Fürstentums Liechtenstein über die Aufnahme von Patienten aus Liechtenstein in der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg (LI LA RE 1911/1260; zitiert nach: www.e-archiv.li/D46489; aufgerufen am 18.01.2017).
 36. Historischer Verein, Krieg, Souveränität und Demokratisierung, S. 118. Der Vorarlberger Landeshauptmann Adolf Rhomberg beantwortet die offizielle Anfrage der liechtensteinischen Regierung, ob ein Vertrag über die Unterbringung liechtensteinischer Patienten in der Valduna abgeschlossen werden könnte, negativ (LI LA RE 1910/1680 ad 422.; zitiert nach: www.e-archiv.li/D46461; aufgerufen am 18.01.2017).
 37. Vogt, Aufbau, S. 15 f.
 38. Vogt, Aufbau, S. 17.
 39. Vogt, Aufbau, S. 18 f.
 40. Vogt, Aufbau, S. 35 f.
 41. Vogt, Aufbau, S. 18 und S. 23.
 42. Frick, Historisches Lexikon I, S. 211.
 43. Polizeiordnung vom 14. September 1843: LI LA SgRV 1843; zitiert nach: www.e-archiv.li/D44746; aufgerufen am 19.01.2017. Noch früher geregelt wurden die Herstellung und der Verkauf von Branntweinen sowie der Konsum von Alkohol und Tabak in der Öffentlichkeit. Siehe die Policy- und Landtsordnung dess Reichs-Fürstenthums Liechtenstein vom 2. September 1732: LI LA RA 01/16/06; zitiert nach: www.e-archiv.li/D42319; aufgerufen am 19.01.2017.
 44. Der Umgang mit ansteckenden Krankheiten wird in der Folge immer wieder geregelt, siehe insbesondere Verordnung vom 31. März 1911 betreffend die Anzeigepflicht bei ansteckenden menschlichen Krankheiten (LGBl. 1911 Nr. 1).
 45. LGBl. 1874 Nr. 3.
 46. Einführungs-Gesetz vom 13. Mai 1924 zum Zollvertrag mit der Schweiz vom 29. März 1923 (LGBl. 1924 Nr.

- 11).
47. Gesetz vom 20. Oktober 1924 betreffend die Abänderung des Sanitätsgesetzes vom Jahre 1874 (LGBL. 1924 Nr. 17).
 48. Sanitätsgesetz vom 19. Januar 1945 (LGBL. 1945 Nr. 3).
 49. Gemäss Art. 1 Verordnung vom 20. März 1947 zum Sanitätsgesetz (LGBL. 1947 Nr. 12) durften die Konzessionen nur an liechtensteinische Bürger erteilt werden. Siehe auch: Konzessionsreglement
 50. LGBL. 1966 Nr. 17.
 51. Gesetz vom 13. Juli 1966 über die Organisation der Tierseuchenpolizei (Tierseuchenpolizeigesetz; TSPG) (LGBL. 1966 Nr. 17 LR 916.42).
 52. LGBL. 2017 Nr. 37. Das Gesetz heisst seit dieser Revision Gesetz vom 20. November 2008 über die Tierärzte und andere Tiergesundheitsberufe (Tiergesundheitsberufegesetz; TGBG).
 53. Zur bis anhin bestehenden Pflicht, analog zu den Ärzten Einzel- oder Gemeinschaftspraxen zu führen, siehe Art. 11 Abs. 1 Tierärztegesetz in der ursprünglichen Version (LGBL. 2009 Nr. 6).
 54. BuA Nr. 111/2016, S. 8 f., S. 12-14, und BuA Nr. 152/2016, S. 7 ff.
 55. Siehe Art. 17 EWRA und Anhang I [Veterinärwesen und Pflanzenschutz] zum EWR-Abkommen, wobei Anhang I Kapitel I (Veterinärwesen) gemäss Beschluss des Gemeinsamen EWR-Ausschusses Nr. 1/2003 (LGBL. 2003 Nr. 96), nicht für Liechtenstein gilt. Siehe auch Müller-Graff, Free Movements, S. 418 f.
 56. Siehe z.B. Verordnung vom 7. Mai 1954 zum Sanitätsgesetz vom 25. Januar 1945 (Verordnung über die Krankenanstalten, LGBL. 1954 Nr. 9) und Verordnung vom 11. Januar 1962 betreffend die Ausübung des Berufes einer Hebamme (Hebammenverordnung) (LGBL. 1962 Nr. 11).
 57. So z.B. Verordnung vom 16. Juni 1970 über die Führung medizinisch-chemischer Laboratorien (LGBL. 1970 Nr. 23), unterdessen geregelt in der Gesundheitsverordnung (GesV) vom 29. Januar 2008 (LGBL. 2008 Nr. 39 LR 811.011).
 58. Siehe Gesetz vom 28. Dezember 1963 über die Schulzahnpflege (LGBL. 1964 Nr. 8), totalrevidiert durch LGBL. 1981 Nr. 17, aktuell geregelt im Gesetz vom 19. September 2012 über die Kinder- und Jugendzahnpflege (KJZG) (LGBL. 2012 Nr. 343 LR 419.20). Gemäss Besl, Historisches Lexikon I, S. 293, wurde die Schulzahnpflege bereits 1942 eingeführt, aber erst 1963 gesetzlich geregelt.
 59. Gesetz vom 18. Dezember 1985 über das Gesundheitswesen (Sanitätsgesetz, LGBL. 1986 Nr. 12).
 60. Gemäss Art. 12 Abs. 1 sorgen die Gemeinden „für die Organisation der Hauspflege und der Hauskrankenpflege“.
 61. Siehe Art. 66 Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. Dezember 2007 (LGBL. 2008 Nr. 30 LR 811.01).
 62. LGBL. 2008 Nr. 30 LR 811.01.
 63. Die Grundlage für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung an die Ärzte findet sich in Art. 6 Ärztegesetz. In BuA Nr. 43/2003, S. 12 und S. 92, war noch vorgesehen worden, dass die Bewilligung durch die Ärztekammer erteilt wird. Siehe die Übersicht über alle Bewilligungen plus die 2015 neu erteilten Bewilligungen in Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 194. VGH 2012/85: Das Erteilen von Schwimmtrainings und Schwimmkursen untersteht weder dem Gesundheitsgesetz noch braucht es eine Gewerbebewilligung. VGH 2013/148 Erw. 3, 14, 15: Das Stechen von Tätowierungen untersteht nicht dem Gesundheitsgesetz, erfordert jedoch eine Gewerbebewilligung.
 64. Es handelt sich hierbei um Polizeibewilligungen, auf die ein Anspruch besteht. Siehe die Interpellationsbeantwortung BuA Nr. 75/2013, S. 8.
 65. Verordnung vom 21. September 1971 über die Heilmittel (LGBL. 1971 Nr. 39).
 66. Heilmittelgesetz vom 24. Oktober 1990 (LGBL. 1990 Nr. 75).
 67. Siehe die Verweisung in Art. 3 Abs. 1 HMG (siehe Fn 68).
 68. Arzneimittel sind gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG, SR 812.21) „Produkte chemischen oder biologischen Ursprungs, die zur medizinischen Einwirkung auf den menschlichen oder tierischen Organismus bestimmt sind oder angepriesen werden, insbesondere zur Erkennung, Verhütung oder Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen; zu den Arzneimitteln gehören auch Blut und Blutprodukte“.
 69. Medizinprodukte sind gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. b HMG (siehe Fn 68) „Produkte, einschliesslich Instrumente, Apparate, In-vitro-Diagnostika, Software und andere Gegenstände oder Stoffe, die für die medizinische Verwendung bestimmt sind oder angepriesen werden und deren Hauptwirkung nicht durch ein Arzneimittel erreicht wird“.
 70. Art. 1 Ziff. 2 Richtlinie 2001/83/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel, ABL. L 311/67 vom 8.11.2001, S. 67-128, definiert demgegenüber Arzneimittel als „Alle Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die als Mittel zur Heilung

oder zur Verhütung menschlicher Krankheiten bezeichnet werden. Alle Stoffe oder Stoffzusammensetzungen, die dazu bestimmt sind, im oder am menschlichen Körper zur Erstellung einer ärztlichen Diagnose oder zur Wiederherstellung, Besserung oder Beeinflussung der menschlichen physiologischen Funktionen angewandt zu werden, gelten ebenfalls als Arzneimittel.“

71. Gesetz vom 4. Dezember 2014 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz; HMG) (LGBL. 2015 Nr. 23 LR 812.102).
72. BuA Nr. 51/2014, S. 5.
73. Siehe insbesondere Notenaustausch vom 11. Dezember 2001 zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweiz betreffend die Geltung der schweizerischen Heilmittelgesetzgebung in Liechtenstein (LGBL. 2001 Nr. 190 LR 0.812.101).
74. <https://www.swissmedic.ch/index.html?lang=de>.
75. Zu den Vorteilen der Zusammenarbeit mit der Schweiz siehe BuA Nr. 110/2014, S. 13-17.
76. Abkommen zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein und der Österreichischen Bundesregierung betreffend die automatische Anerkennung von in Österreich zugelassenen bzw. registrierten Human- und Tierarzneimitteln in Liechtenstein, abgeschlossen in Vaduz am 31. Mai 2010 (LGBL. 2010 Nr. 339 LR 0.812.191.021).
77. Siehe Kapitel XIII von Anhang II [Technische Vorschriften, Normen, Prüfung und Zertifizierung] zum EWR-Abkommen über die Arzneyspezialitäten, das insbesondere Richtlinie 2001/83/EG (siehe Fn 70) erwähnt.
78. Gesetz vom 18. Dezember 1997 über den Verkehr mit Arzneimitteln sowie den Umgang mit menschlichen Geweben und Zellen im Europäischen Wirtschaftsraum (LGBL. 1998 Nr. 45 LR 812.103).
79. Wegen der engen Anbindung Liechtensteins an die Schweiz und deren Abkommen mit der EU gilt das Kapitel über die Lebensmittel in Anhang II [Technische Vorschriften, Normen, Prüfung und Zertifizierung] zum EWR-Abkommen für Liechtenstein nicht: Beschluss des Gemeinsamen EWR-Ausschusses Nr. 97/2007, LGBL. 2007 Nr. 258.
80. Ausführlich hierzu BuA Nr. 110/2014, S. 7 ff. Siehe auch Kieser/Poledna, Gesundheitsrecht, Rz. 14.61. Für die Kosmetika relevant ist Kapitel XVI in Anhang II [Technische Vorschriften, Normen, Prüfung und Zertifizierung] zum EWR-Abkommen.
81. Zur Ständesvertretung siehe Kapitel V.D.
82. Gesetz vom 22. Oktober 2003 über die Ärzte (Ärztegesetz) (LGBL. 2003 Nr. 239 LR 811.12).
83. Angehörige von EWR-Staaten sind den Liechtensteinern gleichgestellt. Siehe EFTA-Gerichtshof Rs E-01/11, Norwegian Appeal Board for Health Personnel (Dr A), Rn. 69 ff. zu den Voraussetzungen (bezüglich Sprachkenntnisse und persönlicher Eignung), die von EWR-Angehörigen verlangt werden dürfen, die unter Art. 23 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22-142, fallen.
84. Für die Gründe (im Disziplinarrecht), die 2003 für den Wechsel vom Verein zur Körperschaft des öffentlichen Rechts sprachen, siehe BuA Nr. 43/2003, S. 8. Offenbar hatte der liechtensteinische Ärzteverein die Errichtung einer Kammer vorgeschlagen. Sie orientierte sich am liechtensteinischen Rechtsanwaltsgesetz und am österreichischen Ärztegesetz: BuA Nr. 43/2003, S. 11.
85. Zur Vereinbarkeit des ähnlich ausgestalteten österreichischen Rechts mit den Vorgaben des Europarechts siehe Wallner, Europäisches Gesundheitsrecht, Rz. 51-54.
86. <http://www.aerztekammer.li/arzt-finden/mitgliederverzeichnis/>.
87. <http://www.lkv.li> (unter dem Stichwort „Leistungserbringersuche“).
88. Verordnung vom 10. August 2004 über die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (LGBL. 2004 Nr. 169 LR 832.101.2). Die Verordnung setzt Art. 16b KVG um, der die Bedarfsplanung der Ärztekammer und dem Kassenverband zuweist.
89. Die Bedarfsplanung war per 1. Januar 2004 eingeführt worden (LGBL. 2003 Nr. 241), nachdem von Januar 2002 bis Dezember 2003 gestützt auf LGBL. 2002 Nr. 24 und LGBL. 2003 Nr. 138 ein befristeter Zulassungsstopp für Ärzte gegolten hatte. Dieser war eingeführt worden, weil von 1996 bis 2001 und insbesondere im Jahr 2001 die Nachfrage nach Berufsausübungsbewilligungen massiv zugenommen hatte (siehe BuA Nr. 85/2001, S. 7 ff.). Unter dem zuvor geltenden Recht konnten alle Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung über die obligatorische Krankenkasse abrechnen (so genannter Vertragszwang).
90. LGBL. 1996 Nr. 206.
91. Dieses Verfahren fand seine Fortsetzung in einem Verfahren um Amtshaftung: StGH 2007/15 und StGH 2008/87.
92. Weil Ärzte, die bereits im Ausland über eine Praxis verfügen, diese aufgeben müssten, machte ihnen diese Vorschrift die Niederlassung in Liechtenstein unattraktiv.

93. EFTA-Gerichtshof, Rs E-06/00 Dr. Jürgen Tschannett, Rn. 34. Die entsprechende Anpassung der Verordnung über die medizinischen Berufe erfolgte mit LGBL. 2002 Nr. 25.
94. LGBL. 2003 Nr. 238.
95. Mehrfach war die Zulässigkeit von juristischen Personen gefordert worden, sie wurde von der Regierung jedoch aus verschiedenen Gründen abgelehnt. Siehe insbesondere BuA Nr. 73/2003, S. 17-19.
96. LGBL. 2010 Nr. 375.
97. BuA Nr. 74/2010, S. 13.
98. Siehe BuA Nr. 74/2010 und BuA Nr. 102/2010. Auf die Zulassung zur OKP hat die Rechtsform keinen Einfluss: BuA Nr. 102/2010, S. 6 f. Einen Einfluss hat die Zulassung von Ärztegesellschaften hingegen auf die Steuereinnahmen und auf die Einnahmen der AHV. Zur Berechnung des „steuerlich angemessenen Gehalts“ eines durch seine eigene Ärzte-AG angestellten Arztes siehe VGH 2013/067, Erw. 5.
99. Siehe BuA Nr. 74/2010, S. 11 f., und LGBL. 2010 Nr. 376. Allerdings erlaubte der neue Art. 18 Abs. 1 Gesundheitsgesetz nur den Zusammenschluss von Inhabern einer Berufsausübungsbewilligung des gleichen Gesundheitsberufes. Die Gesundheitsberufegesellschaft musste entweder nur aus Mitgliedern mit oder nur aus Mitgliedern ohne OKP-Zulassung bestehen.
100. LGBL. 2017 Nr. 35.
101. Mit LGBL. 2015 Nr. 150 wurde bereits Art. 18 Abs. 1 Satz 2 GesG aufgehoben.
102. StGH 2014/25 ist nicht veröffentlicht, wohl aber sein Urteilsspruch in LGBL. 2015 Nr. 150. Siehe auch BuA Nr. 103/2016, S. 4 ff.
103. BuA Nr. 103/2016, S. 12, und BuA Nr. 151/2016.
104. BuA Nr. 103/2016, S. 4. Offenbar waren längere Zeit angeschlossene Physiotherapien üblich, siehe BuA Nr. 73/2003, S. 19 f.
105. Die Vereinbarung vom 4. Dezember 1998 zwischen der Gemeinde Vaduz und dem Land Liechtenstein ist abgedruckt in BuA Nr. 46/1999, S. 29-43.
106. Bereits am 21. Dezember 1977 hatten das Land Liechtenstein und die Gemeinde Vaduz eine Vereinbarung über die Aufnahme von Patienten im Krankenhaus Vaduz getroffen und am 7. Oktober 1977 eine Vereinbarung über den Betrieb und die Verwaltung des Krankenhauses Vaduz. Beide Vereinbarungen finden sich als Beilage zu BuA Nr. 46/1999.
107. LGBL. 1999 Nr. 240 LR 813.1.
108. LGBL. 2009 Nr. 370.
109. Gesetz vom 19. November 2009 über die Steuerung und Überwachung öffentlicher Unternehmen (LGBL. 2009 Nr. 356 LR 172.017).
110. Volksabstimmung betreffend das Referendumsbegehren zum Finanzbeschluss über den Neubau des liechtensteinischen Landesspitals am bestehenden Standort in Vaduz: <http://www.abstimmungen.li/archiv/2011>. Der Landtag hatte dem Kredit von 77 Mio. Fr. plus 6 Mio. Reserven nach einer kontroversen Diskussion mit 14 Stimmen zugestimmt: Landtags-Protokolle 2011, S. 1068 (Sitzung vom 28. Juni 2011). Die Vorlage findet sich in BuA Nr. 54/2011. Gesetzesänderungen wären für den Neubau nicht erforderlich gewesen, wohl aber wäre ein Leistungsauftrag an das Spital erteilt worden, insbesondere mit Aufträgen zur Akutversorgung im stationären Bereich und zur Notfallversorgung (Beilage 1 in BuA Nr. 54/2011).
111. Siehe BuA Nr. 147/2012. Zur Zäsur, welche mit der Ablehnung des Kredites verbunden war, siehe Ritter, Regionale Spitalkooperation, S. 179 f.
112. Sämtliche Unterlagen finden sich unter: <http://www.landtag.li/berichte.aspx?rfid=332&nid=4077&auswahl=4077&lang=de&prop=Besondere%20Landtagsskommission%20Landesspital%20&year=2012>.
113. Landtags-Protokolle 2012, S. 2611 (Sitzung vom 20. Dezember 2012). Die Eignerstrategie (BuA Nr. 136/2012) war am 20. November 2012 von der Regierung verabschiedet worden.
114. Geschäfts- und Revisionsbericht 2015 des Landesspitals: BuA Nr. 41/2016.
115. Zu den verschiedenen Möglichkeiten von Kooperationen siehe Ritter, Regionale Spitalkooperation, S. 181. Zum Gegenstück, der horizontalen Kooperation (zwischen zwei Regionalspitälern), siehe Interpellationsbeantwortung BuA Nr. 76/2013, S. 8 f. Zur konkreten Ausgestaltung der vertikalen Kooperation siehe Ritter, Regionale Spitalkooperation, S. 185 f.
116. Gespräche mit dem Kanton St. Gallen über eine horizontale Kooperation zeigten nicht die für Liechtenstein gewünschten Ergebnisse. Siehe hierzu z.B. Landtags-Protokolle 2013, S. 1732 f. (Sitzung vom 6. November 2013), Interpellationsantwort BuA Nr. 76/2013 und Ritter, Regionale Spitalkooperation, S. 183 f.
117. Siehe Geschäftsbericht und Revisionsbericht 2015 (siehe Fn 114), S. 33 f.

118. Siehe die Rubrik „Tarifverträge“: <https://lkv.li/fuer-versicherte/tarifvertraege>.
119. BuA Nr. 131/2015, S. 4. Siehe auch den Finanzbeschluss vom 2. Dezember 2015 über die Gewährung eines Darlehens an die Stiftung Ostschweizer Kinderspital für den Neubau des Ostschweizer Kinderspitals: LGBI. 2016 Nr. 26.
120. Interpellationsantwort BuA Nr. 75/2013, S. 7.
121. Gesetz vom 30. Juni 2010 über die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAKG, LGBI. 2010 Nr. 243 LR 813.2). Die Stiftung ging aus einer 1971 gegründeten privatrechtlichen Stiftung hervor, die von den Gemeinden und dem Land getragen worden war: BuA Nr. 87/2015, S. 5. Zur Beteiligungsstrategie des Landes siehe BuA Nr. 91/2012. Die Bilanz und die Erfolgsrechnung der LAK finden sich in Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 442.
122. BuA Nr. 87/2015: Subvention für den Neubau eines Pflegeheimes in Mauren.
123. Zur Finanzierung der LAK und zur Abgrenzung der Kompetenzen von Land und Gemeinden siehe Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 25 LV Kapitel V.D.
124. BuA Nr. 11/2014: Subvention des Landes für den Umbau und die Erweiterung des Alters- und Pflegeheimes Schlossgarten.
125. Insgesamt wurden 2015 fast 2,3 Mio Fr. ausgeschüttet an Subventionen an Familienhilfen der Gemeinden: Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 458.
126. <http://www.familienhilfe.li>.
127. Die Grundlage für das Betreuungs- und Pflegegeld für die häusliche Betreuung (Es umfasst die entgeltliche Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen und die entgeltliche Betreuung von Personen durch Dritte, einschliesslich angemessen entlohnte Familienangehörige, zur Aufrechterhaltung der allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen.) findet sich in Art. 30cties ff. Gesetz vom 10. Dezember 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG, LGBI. 1965 Nr. 46 LR 831.30).
128. Eine Aufzählung der gestützt auf Art. 24 SHG (Sozialhilfegesetz vom 15. November 1984, LGBI. 1984 Nr. 17 LR 851.0) geförderten Institutionen findet sich in Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 213.
129. <http://www.vbw.li/>.
130. Siehe die Auflistung in BuA Nr. 155/2016, S. 6. Siehe auch VBW, 26. Jahresbericht 2015, S. 34 ff.
131. Beim Sozialpsychiatrischen Dienst handelt es sich einen Zweig des Vereins für Betreutes Wohnen.
132. Bezüglich des Neubaus für die sozialpädagogische Jugendwohngruppe siehe BuA Nr. 155/2016.
133. <http://www.hpz.li/>.
134. <http://www.seniorenbund.li/?page=2217>.
135. <http://www.krebshilfe.li/>.
136. <https://www.hospizbewegung.li/>.
137. <http://www.rotekreuz.li/>.
138. <http://www.llv.li/#/12371/kontaktstelle-fur-selbsthilfegruppen>.
139. Siehe auch Kapitel IX.
140. Siehe Fn 128.
141. Siehe die Übersicht über die Lebensmittelkontrollen in Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 199. Zum Vorsorgeprinzip in EU und EWR siehe Alemanno, Precautionary Principle, S. 839 ff.
142. § 2 Sanitätsgesetz vom 8. Oktober 1874 (LGBI. 1874 Nr. 3).
143. Die Verordnung vom 28. September 2004 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (LGBI. 2004 Nr. 217 LR 811.012.0) ist denn auch in Lilex im Kapitel über die Gesundheit eingeordnet.
144. Siehe hierzu Kapitel XV im Anhang II [Technische Vorschriften, Normen, Prüfung und Zertifizierung] zum EWR-Abkommen.
145. Thermalbäder, Hallen- und Freibäder sind ein Beispiel für das Ineinanderfliessen von Heilung, Sport und Wellness. Von der Erwachsenenbildung angebotene Kurse in autogenem Training etc. sind ein weiteres Beispiel für die Nähe von Prävention und Heilung.
146. Weit wird die Definition des Rechts auf Gesundheit auch in CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 11 gefasst: „(...) such as access to safe and potable water and adequate sanitation, an adequate supply of safe food, nutrition and housing, healthy occupational and environmental conditions, and access to health-related education and information, including on sexual and reproductive health.“
147. Siehe hierzu Kapitel X.
148. Zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz siehe Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 19 LV Kapitel III.
149. Zum engen Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Sozialversicherungsrecht siehe z.B. Kieser/Poledna, Gesundheitsrecht, Rz. 14.16, und Gächter, Kommentar zur Zürcher Kantonsverfassung, Art. 113 N 5: Der Umfang der Versicherung wirkt auf das Versorgungsniveau zurück, das seinerseits auf den Aufwand der

- Sozialversicherungen einwirkt.
150. Siehe auch Kapitel VI.
 151. Dass die OKP seit der Revision vom 1. Oktober 2015 (LGBL 2016 Nr. 2) aus einer Grundversicherung und einer Hochkostenversicherung besteht (siehe Art. 1 Abs. 1a KVG), erforderte deshalb keine Verfassungsänderung. Zu den Vorarbeiten der Revision siehe Schiess Rütimann, Neueste Entwicklungen, S. 17 f.
 152. Siehe Kapitel VI.
 153. Zur Frage, ob Anspruch auf kostenlose Leistungen besteht, siehe Kapitel IV.B.
 154. Siehe zum Schutz vor solchen Gefährdungen Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 20 LV Kapitel IV.
 155. Siehe Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 25 LV Kapitel VI.
 156. Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 411: Unter den acht Positionen mit insgesamt mehr als 10 Mio. Fr. fungieren die staatlichen Beiträge an die AHV (50,0 Mio. Fr.), die Beiträge an die Krankenkassen (41,2 Mio. Fr.; die Prämienverbilligung für Einkommensschwache ist in diesem Beitrag noch nicht inbegriffen), die Ergänzungsleitungen zu AHV/IV (25,8 Mio. Fr.) und die Beiträge an die ausländischen Spitäler (18,1 Mio. Fr.) an erster Stelle von den insgesamt 340,5 Mio. Fr. umfassenden staatlichen Beitragsleistungen des Jahres 2015. Dazu kam der Staatsbeitrag von 6,3 Mio. Fr. an das Landesspital: Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 457. Siehe auch Schiess Rütimann, Neueste Entwicklungen, S. 7 f.
 157. Entsprechend wurde der „Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten“ massiv gesenkt, und zwar von 52 Mio. Fr. für das Jahr 2013 (BuA Nr. 63/2012), auf 42 Mio. Fr. für das Jahr 2014 (BuA Nr. 26/2013), auf mittlerweile für die Jahre 2015, 2016 und 2017 je 33 Mio. Fr. (BuA Nr. 42/2014, BuA Nr. 57/2015, BuA Nr. 56/2016). In diesen Jahren wurden die Grundlagen für die Berechnung mehr als einmal geändert: BuA Nr. 56/2016, S. 5 ff.
 158. Siehe die vom Amt für Statistik veröffentlichte Gesundheitsausgabenrechnung: <http://www.llv.li/#/117530/gesundheitsausgabenrechnung>.
 159. StGH 2013/36 Erw. 3.2.1 führte zu Art. 4b Abs. 1 KVG, der die Veröffentlichung der Umsatzdaten der in der OKP tätigen Leistungserbringer vorsieht, aus: „(...), liegt das öffentliche Interesse an der Publikation von statistischen Daten über Umsätze, die in der Gesundheitsbranche erzielt werden, im Bedürfnis der Bevölkerung und der Prämienzahler, (...). Insbesondere mit Blick auf Bereiche wie die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die zu grossen Teilen durch die Allgemeinheit finanziert werden und darüber hinaus durch markante Kostensteigerungen geprägt sind, besteht ein erhöhtes Interesse an (Kosten-)Transparenz und Behördeninformation. (...) Es kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Publikation der anonymisierten Umsatzdaten dazu beitragen kann, die politische Diskussion um allfällige Kostenmassnahmen im Gesundheitswesen zu versachlichen und letztlich auch das Vertrauen in das öffentliche Gesundheitssystem insgesamt zu stärken.“
 160. Allgemein zur Optimierung des Verhältnisses von Patientennutzen und eingesetzten Mitteln: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Medizin, S. 7 ff.
 161. Die Gesundheitsbranche zählte per 31.12.2015 540 Vollzeitäquivalente (VZÄ), die Heime und das Sozialwesen 535 VZÄ: Amt für Statistik, Beschäftigungsstatistik 2015, S. 47. Kellermann/Schlag, Wertschöpfung, S. 18 ff., nehmen eine andere Einteilung vor.
 162. Siehe BuA Nr. 51/2008.
 163. Kellermann/Schlag, Wertschöpfung.
 164. Amt für Statistik, Krankenkassenstatistik 2015.
 165. Sozialhilfegesetz vom 15. November 1984, LGBL 1985 Nr. 17 LR 851.0.
 166. Siehe Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 110 LV Kapitel V.C.
 167. Gemäss Art. 53 GesG sind die Gemeinden insbesondere zur Gesundheitsförderung und Prävention verpflichtet sowie zur Unterstützung der Mütter- und Väterberatung und zur Organisation der Hauspflege und der Hauskrankenpflege.
 168. Siehe die Gemeinde Eschen-Nendeln, die mit der Erstellung des „Hauses zur Gesundheit“ eine Apotheke und verschiedene weitere Anbieter ins Dorfzentrum holen konnte: Protokollauszug der Sitzung des Gemeinderates Eschen-Nendeln 08/14 vom 2. April 2014, S. 85-88.
 169. Siehe diesbezügliche Überlegungen im Protokollauszug der Sitzung des Gemeinderates Eschen-Nendeln 07/16 vom 18. Mai 2016, S. 5 f.
 170. BuA Nr. 51/2010, S. 13 f., S. 106.
 171. Die als Verein organisierte „Liechtensteiner Patientenorganisation LIPO“ nahm ihre Tätigkeit 2006 auf. Sie bezweckt die Wahrnehmung der Interessen der Patienten sowie der Versicherten und die Verbesserung ihrer Stellung im Gesundheitswesen. Konkret leistet sie vor allem Beistand bezüglich Herausgabe von Krankenakten, Kostengutsprachen oder mutmasslichen Behandlungsfehlern. Die LIPO erhielt 2014 von der Regierung 25'000

- Fr. 2014 behandelte die Geschäftsstelle 77 Anfragen, zu einem grossen Teil zu Leistungen, welche die Krankenversicherungen nicht übernehmen wollten: Jahresbericht 2015, S. 10 f., abrufbar unter <http://www.lipo.li/index.php?submenu=Downloads&src=gendocs&link=Downloads&category=Main>.
172. Siehe z.B. Berufsverband der Logopädinnen und Logopäden Liechtensteins (<https://www.logopaedie.li/%C3%BCber-uns-5>), Liechtensteiner Verband für Natürliches Heilen und Komplementärmedizin (<http://www.lvnk.li/verband/index.html>), Physiotherapeuten-Verband Fürstentum Liechtenstein (<http://www.physio.li/>), Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen Liechtensteins (BPL) (<https://www.bpl.li/verband>), Liechtensteinische Zahnärzte Gesellschaft (<http://www.lzg.li/>).
173. Siehe Fn 84.
174. StGH 2011/14 Erw. 2.2 und StGH 2005/44 Erw. 3.1.
175. Siehe Kapitel VIII.
176. Zum Schutz der Gesundheit durch Rauchverbote siehe insbesondere StGH 2009/82, Erw. 4.4.
177. Siehe CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 9: „Consequently, the right to health must be understood as a right to the enjoyment of a variety of facilities, goods, services and conditions necessary for the realization of the highest attainable standard of health.“
178. Einen breiten Zugang weist das Sozialpolitische Leitbild von 2011 auf (Regierung, Sozialpolitisches Leitbild). Es geht auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer Behinderung (S. 16 f.) und auf die Bedürfnisse von Hochbetagten ein (S. 37 f.) und bezieht den Anspruch von Menschen mit einer Behinderung auf ein selbstbestimmtes Leben mit in die Betrachtung.
179. Siehe hierzu auch Fn 192.
180. Erziehungs- und Bildungswesen (Art. 15, Art. 16, Art. 17 LV), Verkehrswesen (Art. 20 Abs. 2 LV), Bergwesen (Art. 22 LV), Münz- und Kreditwesen (Art. 23 LV), Armenwesen (Art. 25 LV und Art. 110 Abs. 2 lit. c LV), (Sozial-)Versicherungswesen (Art. 26 LV).
181. Siehe hierzu Kapitel VII.A.
182. Siehe auch Kieser, St. Galler Kommentar zu Art. 118a BV, Rz. 11: „(...) bedeutet das Sorgen stets, dass ein bestimmter Schritt noch zu unternehmen ist.“
183. Liechtenstein hat das Fakultativprotokoll vom 10. Dezember 2008 zum Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, das Individualbeschwerden ermöglicht, nicht unterzeichnet. Ob Art. 12 UNO-Pakt I direkt anwendbar ist, mussten Liechtensteiner Gerichte noch nicht klären.
184. CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 12.
185. Siehe auch Kapitel XI.
186. Siehe insbesondere CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 8: „(...) By contrast, the entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health.“
187. CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 34: „In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum-seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; abstaining from enforcing discriminatory practices as a State policy; and abstaining from imposing discriminatory practices relating to women’s health status and needs.“ Siehe zum Grundrecht auf ein Existenzminimum Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 25 LV Kapitel VI.
188. Eine Auswahl an Grundlagenstudien und Gutachten findet sich auf der Website des Ministeriums für Gesellschaft: <http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/downloads/>. Siehe z.B. die Versorgungsplanung bezüglich der psychosozialen Grundversorgung und der ambulanten und stationären Pflege von alten Menschen: Regierung, Rechenschaftsbericht 2015, S. 189.
189. Zur Versorgungsforschung: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Stärkung, S. 5 ff.
190. Die Gesundheitsbefragung von 2012 zeigte, dass bezüglich Gesundheitszustand und Verhalten der liechtensteinischen Bevölkerung in sehr vielen Punkten Übereinstimmung mit der Schweiz besteht. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium/Regierung, Gesundheitsbericht, S. 104: Vergleichbarkeit bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. S. 73: Liechtensteiner verhalten sich gesundheitsbewusster, insbesondere bewegen sie sich häufiger als die Schweizer. Das Problem an der Gegenüberstellung ist jedoch, dass trotz grosser kantonaler Unterschiede nur die gesamtschweizerischen Daten, nicht z.B. die Daten der Nachbarkantone beigezogen werden.
191. Die Grundlage für den Einbezug der EFTA-Staaten in Präventionsprogramme der EU und andere Public Health-Massnahmen findet sich in Art. 16 Protokoll 31 zum EWR-Abkommen. Die EU stützt ihre Kompetenzen auf Art. 168 AEUV. Siehe hierzu z.B. Wallner, Europäisches Gesundheitsrecht, Rz. 8-18, und Wallrabenstein, § 8 Gesundheitspolitik, N 30 ff.

192. Siehe z.B. Postulationsbeantwortung betreffend die demografische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die öffentlichen Finanzen und die sozialen Institutionen: BuA Nr. 111/2013. Siehe auch Raffelhüschen/Moog/Gaschick, Nachhaltigkeit, S. 56-62, und Regierung, Strategie, S. 30-37.
193. Siehe z.B. die Überprüfung für die ambulante und stationäre Pflege: Köppel, Fürstentum Liechtenstein.
194. Zu den Werten, die ein Gesundheitssystem verfolgen kann, siehe z.B. Locher, Plädoyer, S. 21 ff.
195. 2009 hatte eine Steuerungsgruppe Prioritäten in der Gesundheitszielsetzung erarbeitet: BuA Nr. 51/2010, S. 85-87. Als Beispiel für eine Bewertung verschiedener Massnahmen siehe BuA Nr. 51/2010, S. 128 ff.
196. Siehe als Beispiel die von der Regierung vorgenommene Demenzstrategie 2020: Regierung, Demenzstrategie, S. 30-33, welche den Aspekt der Finanzierung vorerst ausklammert.
197. Zur Rationalisierung in der Gesundheitsversorgung z.B. Biller-Andorno, Rationalisierung, S. 31 ff.
198. Aus der vielfältigen Literatur zur Rationierung siehe z.B. Sprecher, Zuteilung, S. 41 ff.
199. Traditionell erfolgte der Entscheid in Liechtenstein im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung über die Bedarfsplanung und den Leistungskatalog: BuA Nr. 51/2010, S. 19. Eine kurze Einführung zu den „Choosing Wisely“ respektive „Smarter Medicine“ Kampagnen der Ärzteschaft siehe: Gerber/Kraft/Bosshard, „Choosing Wisely“, S. 140.
200. Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, Rz. 670, zählen als staatliche Handlungsformen auf: generelle polizeiliche Verhaltensregeln und Aufsicht, Meldepflicht, Bewilligungspflicht, polizeiliches Verbot, polizeiliches Monopol.
201. Siehe Art. 11 ff. SHG.
202. Patientenverfügungsgesetz (PatVG) vom 13. April 2011, LGBL 2011 Nr. 209 LR 212.331.
203. Siehe bezüglich der Formulierung in Art. 20 LV: Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 20 LV Kapitel III.B.
204. So das Betreuungs- und Pflegegeld gemäss Art. 3octies ff. ELG (siehe Fn 128).
205. Siehe Kapitel III.A.
206. Weil das Land für das öffentliche Gesundheitswesen sorgen muss, verfügt es bereits über den Auftrag, Regelungen für die Pflegeberufe zu treffen und die Qualität der Pflege und Betreuung in den öffentlichen Institutionen und den der staatlichen Kontrolle unterliegenden privaten Institutionen zu sorgen.
207. Zur Unterscheidung zwischen Pflege und Betreuung siehe sogleich Kapitel VII.C.
208. Unzulässig wäre es z.B. einzig eine private Institution zu unterstützen, die Hilfeleistungen für krebserkrankte Kinder erbringt, die Hilfe an Kinder mit anderen schweren Krankheiten jedoch ablehnt. Stellt sich heraus, dass Familien mit schwer- oder chronischkranken Kindern sehr stark belastet sind, so wäre es aber m.E. zulässig, die staatlichen Mittel für ihre Unterstützung zu bündeln.
209. Siehe Art. 13 KVG, Art. 61 KVV, Anhang 4 Ziff. 5 zum KVV.
210. Aktuell liegt die Plafonierung bei 180 Fr. pro Tag: Art. 3novies Abs. 2 ELG.
211. Siehe Fn 128.
212. Gemäss Art. 8 ELG übernimmt das Land die Kosten für die Hilfflosenentschädigung, während Land und Gemeinden die Aufwendungen für Ergänzungsleistungen sowie für das Betreuungs- und Pflegegeld je hälftig tragen.
213. So wohl Regierungsrat Mauro Pedrazzini, Landtags-Protokolle 2014, S. 327 (Sitzung vom 9. April 2014).
214. Landtags-Protokolle 2014, S. 319-333 (Sitzung vom 9. April 2014).
215. Staatsbeitrag an die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der übrigen Versicherten für das Jahr 2017: Landtags-Protokolle 2016, S. 1119 ff. (Sitzung vom 8. Juni 2016).
216. Art. 18 Abs. 2 KVG statuiert in Ergänzung, dass Versicherten, die sich von einem nicht zur OKP zugelassenen Leistungserbringer behandeln lassen, nur eine Vergütung erhalten, wenn sie eine zusätzliche Versicherung abgeschlossen haben.
217. VGH 2015/017, Erw. 4: „Der Bedarfsplan regelt mehr einen abstrakten als einen konkreten Sachverhalt. Er legt die Kriterien zur Erreichung seiner Ziele fest. Ziele der Bedarfsplanung sind (...) zum einen, den Versicherten eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten und ihnen eine angemessene Auswahl an Leistungserbringern im Inland und wenn nötig auch im Ausland zu ermöglichen, und zum anderen, eine Überversorgung zu vermeiden.“ VGH 2015/017, Erw. 4 qualifiziert deshalb den Bedarfsplan als einen generell-abstrakten Erlass und somit als Rechtsnorm.
218. Siehe auch BuA Nr. 24/2015, S. 28 und S. 67 ff., zur politischen Diskussion der verschiedenen denkbaren Verfahren.
219. Die Reihungskriterien finden sich in der „Vereinbarung über die Stellenbesetzung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch Ärztinnen und Ärzte im Inland“ vom 15. Mai 2008, abrufbar unter: <http://www.lkv.li/Portals/0/LKV2015/Service/Vereinbarung%20LKV%20%C3%84rzttekammer%20Stellenbesetzung%20OKP.pdf>.
220. LGBL 2016 Nr. 2.

221. Stichworte in der politischen Diskussion waren: Teilzeit für ältere Ärzte oder Ärzte mit Familienpflichten.
222. BuA Nr. 24/2015, S. 76 ff., BuA Nr. 91/2015, S. 18 f. Die konkrete Umsetzung in der KVV war (neben der Einführung des Tarmed) einer der Punkte, die Mitte Dezember 2016 zu einem heftigen Streit zwischen der Ärztekammer und dem Ministerium für Gesellschaft führten. Er konnte erst mit der Verordnung vom 24. Januar 2017 (LGBL 2017 Nr. 16) beigelegt werden, in der (abweichend von der Verordnung vom 22. Dezember 2016 [LGBL 2016 Nr. 519]) ausdrücklich nur von Mindestarbeitszeiten (und nicht von Höchstarbeitszeiten) gesprochen wird. Siehe die Medienmitteilungen des Ministeriums für Gesellschaft (<http://www.regierung.li/ministerien/ministerium-fuer-gesellschaft/medienmitteilungen/>) vom 13., 16., 19., 20. und 22. Dezember 2016 sowie vom 5., 12., 16. und 24. Januar 2017. Die Kritik der Ärztekammer an der Ausgestaltung der Verträge findet sich insbesondere in ihrer Stellungnahme vom 21. Dezember 2016: http://www.aerztekammer.li/fileadmin/user_upload/Stellungnahme_Regierung_KVV_2_Entwurf.pdf. Die ursprüngliche Medienmitteilung der Ärztekammer vom 13. Dezember 2016 war demgegenüber in diesen Punkten noch sehr vage abgefasst: http://www.aerztekammer.li/fileadmin/user_upload/Presseaussendung_Medienorientierung_vom_13.12.2016_zu_m_KVG.pdf.
223. Diese Wirtschaftlichkeitsprüfung war Gegenstand politischer Diskussionen, siehe z.B. die Stellungnahmen in BuA Nr. 24/2015, S. 85-89, und BuA Nr. 91/2015, S. 18 f.
224. Das in der Diskussion als Leiturteil bezeichnete Urteil des StGH vom 29. Juni 2015 (siehe z.B. Medienmitteilung des Krankenkassenverbandes: http://www.lkv.li/Portals/0/2015-08-18_PM_Wirtschaftlichkeitsverfahren.pdf), in dem zur Feststellung der Überarztung offenbar die statistische Methode angewendet worden war, ist nicht veröffentlicht. Das Urteil des Obergerichts vom 6. Dezember 2016, in welchem das Obergericht offenbar die Anwendung der analytischen Methode verlangt hatte, ist ebenfalls nicht veröffentlicht.
225. Zum Durchschnittskostenvergleich siehe BGE 137 V 43 E. 2.2 und 2.5.6. Bestätigung der bisherigen Rechtsprechung in BGE 141 V 25.
226. BuA Nr. 24/2015, S. 85-89, und BuA Nr. 91/2015, S. 27.
227. BuA Nr. 91/2015, S. 30 ff. Ursprünglich war eine Befristung der Verträge vorgesehen: BuA Nr. 24/2015, S. 29 f.
228. Zur konkreten Ausarbeitung siehe VGH 2015/017 Erw. 3.
229. Art. 66a und Art. 67 KVV. Amt für Statistik, Krankenkassenstatistik 2015, S. 31: In der OKP gehen 22,6% der Zahlungen an die Ärzte (ohne Arzneimittel) und immerhin 4,7% an die Physiotherapeuten und 1,1% an die Chiropraktoren. Demgegenüber fließen 0,4% an die Ergotherapeuten, 0,2% an die Zahnärzte und 0,1% an die Hebammen.
230. Zur Unterscheidung von Tarifen und Preisen im Schweizer Recht siehe Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, Rz. 1112.
231. Zur Revision des Art. 16c KVG durch LGBL 2014 Nr. 149 siehe Schiess Rütimann, Neueste Entwicklungen, S. 15 f.
232. VGH 2015/017, Erw. 5: Der einzelne Leistungserbringer soll „nicht die Möglichkeit haben, durch eine Beteiligung am Verfahren, das die Regierung durchführt, in die Verhandlungsstrategie und -taktik seines Berufsverbandes einzugreifen. Vielmehr hat der einzelne Leistungserbringer nur die Möglichkeit, entweder einen in Kraft getretenen Tarifvertrag zu akzeptieren (Art. 16d Abs. 1 KVG) oder seine Leistungen direkt gegenüber dem Patienten abzurechnen.“
233. Sie werden auf der Website des Kassenverbandes publiziert: <http://www.lkv.li/Home/Tarifvertr%C3%A4ge.aspx>.
234. BuA Nr. 91/2015, S. 21.
235. Art. 16c Abs. 3 KVG: „Ärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nach Massgabe der gesamtschweizerischen Tarifstruktur zu berechnen“. Siehe auch Art. 73 ff. KVV. Art. 73 Abs. 3 KVV setzt den Taxpunktwert (mit der Verordnung vom 22. Dezember 2016, LGBL 2016 Nr. 519) für die Abgeltung von ärztlichen Leistungen auf 0.83 Fr. fest. VGH 2015/053, Erw. 6: Ein gestützt auf Art. 16c Abs. 6 KVG und Abs. 6a KVG von der Regierung festgelegter Taxpunktwert (in concreto: für die Abgeltung von physiotherapeutischen Leistungen) ist nicht mittels Verwaltungsbeschwerde anfechtbar.
236. Alle in der OKP zugelassenen Leistungserbringer finden sich unter: <http://www.lkv.li/Home/Leistungserbringersuche.aspx?shmid=444&shact=-796146708>.
237. Explizit StGH 2008/38 Erw. 7: „Der Beruf des Arztes ist eine private auf Erwerb gerichtete Tätigkeit, die von der Handels- und Gewerbefreiheit geschützt wird (hierzu StGH 2004/14, Erw. 2 und 3, ebenso das schweizerische Bundesgericht in BGE 130 I 26, 40 mit weiteren Hinweisen).“ StGH 2004/14, Erw. 5e, bezeichnete die Bedürfnisklausel für die Bewilligung der Tätigkeit als Arzt als schwerwiegenden Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit. Gemäss [<http://www.gerichtsentscheide.li/default.aspx?mode=gerichte&prim=2&value=2013&id=3985&backurl=?mod>

- e=gerichte%26prim=2%26value=2013 StGH 2013/042], Erw. 4.2., verstösst ein faktisches Berufsverbot gegen Treu und Glauben.
238. StGH 2008/176 Erw. 2.2: Ordentliche Kündigung eines am Landesspital tätigen Belegarztes stellt keine Verletzung wohlverworbener Rechte dar, sieht doch der Vertrag die voraussetzungslose Kündigung vor. StGH 2006/44, Erw. 4.5: Die Funktion des StGH „erschöpft sich darin zu beurteilen, ob sich der Gesetzgeber im Rahmen der Verfassung bewegt. Betreffend den vom VGH als verfassungswidrig beurteilten Art. 52 Abs. 1 lit. d SanG sticht ins Auge, dass es nicht um eine Polizeibewilligung geht, sondern um ein grundsätzliches Verbot mit Dispensvorbehalt, ohne genügend klare Umschreibungen der Voraussetzungen für Dispense. Wie dargelegt verstösst Art 52 Abs. 1 lit. d schon deshalb gegen Art 36 LV, weil ein schwerwiegender Eingriff ohne hinreichend bestimmte formellgesetzliche Grundlage vorliegt.“ StGH 2008/38, Erw. 10 bejaht einen Eingriff in die freie Ausübung des Arztberufs, weil sich die Ärzte nicht in einer juristischen Person zusammenschliessen durften.
239. StGH 2013/36, Erw. 4.1: „Welche Ärzte berechtigt sind, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verrechnen, wird von der Liechtensteinischen Ärztekammer gemeinsam mit dem Liechtensteinischen Krankenkassenverband auf Grundlage einer Bedarfsplanung, die der Genehmigung durch die Regierung unterliegt, festgelegt (Art. 16b KVG). Insofern ist fraglich, inwieweit sich die Beschwerdeführer im vorliegenden Fall überhaupt auf den Schutz der Handels- und Gewerbefreiheit berufen können. Ob und in welcher Hinsicht die Ärzte für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter dem Schutz der Handels- und Gewerbefreiheit stehen, kann indes im Lichte der folgenden Erwägungen dahingestellt bleiben.“ Offen gelassen auch bereits von StGH 2004/14, Erw. 5g. Siehe auch VGH 2010/070, Erw. 5: „Dem ist entgegen zu halten, dass der Bereich der Sozialversicherung und damit auch die obligatorische Krankenversicherung der Wirtschaftsfreiheit durch öffentlich-rechtliche Regelungen weitgehend entzogen ist. Zudem gewährt die Wirtschaftsfreiheit keinen Anspruch auf staatliche Förderung von Betrieben, weswegen diese keinen Anspruch darauf haben, in beliebiger Höhe Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu generieren (BGE 130 I 26, E. 4.3 ff.).“
240. VGH 2010/070, Erw. 5.
241. Mit dem Schutz der Patienten argumentiert z.B. StGH 2010/41, wo der Verdacht besteht, dass ein Chiropraktor und Naturheilpraktiker ohne entsprechende Bewilligung als Sportmediziner arbeitet. Siehe auch StGH 2013/042, Erw. 3.2: „Gerade im hier betroffenen Bereich des Gesundheitswesens muss es nun aber zur Gewährleistung eines hohen Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zulässig sein, das hier tätige Personal strengen Bewilligungs- und Befähigungsregeln zu unterwerfen. Zu diesem Zweck sind Eingriffe in die Handels- und Gewerbefreiheit zulässig, auch wenn eigentliche Bedarfsklauseln verfassungswidrig sind (siehe StGH 2004/14, Erw. 5d).“
242. StGH 2013/36, Erw. 3.2.1 weist für die von der OKP finanzierten Leistungen auf das öffentliche Interesse an der Kostentransparenz hin. Erw. 5.2 ergänzt, dass die Ungleichbehandlung von Ärzten und anderen Gewerbetreibenden an der Tatsache anknüpft, dass Ärzte zulasten der OKP abrechnen dürfen.
243. StGH 2013/042, Erw. 3.2. bejaht ein öffentliches Interesse, künftig nur noch „Zahnärzte mit universitärer Ausbildung zuzulassen“.
244. Siehe zu den Eingriffsmöglichkeiten der Polizei bei schwerer und unmittelbarer Gefährdung oder Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung: Art. 22 PolG (Gesetz vom 21. Juni 1989 über die Landespolizei, LGBL. 1989 Nr. 48 LR 143.0).
245. Siehe Kapitel VII.A.
246. Siehe Kapitel XI.
247. Allgemein zur Pflicht des Gesetzgebers, die notwendigen Entscheide zu treffen: StGH 2008/38, Erw. 9.
248. Gemäss Art. 27 SHG müssen die Kosten für die stationäre Unterbringung von Süchtigen zur Hälfte von den Gemeinden (im Verhältnis ihrer Einwohnerzahl) übernommen werden. Dies ist mit Art. 18 LV vereinbar, aber im Widerspruch zur Gemeindeautonomie, werden doch die Gemeinden verpflichtet, Kosten zu tragen für einen Bereich, in dem sie über gar keine Gestaltungsmöglichkeiten mehr verfügen. Kritisch: Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 25 LV Kapitel IV.B.
249. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sich der Verfassungsentwurf Beck und die Regierungsvorlage bezüglich Trunksucht und Arbeitsscheu nicht an der KV Kanton SG 1890 orientierten. Art. 12 KV Kanton SG 1890 lautete nämlich: „Abs. 1 Der Staat hat das Recht, unter Mitwirkung der Gemeinden für die Unterbringung von Trinkern in zweckentsprechenden Anstalten zu sorgen. Abs. 2 Er gründet entweder die notwendigen Asyle oder beteiligt sich an der Errichtung oder dem Betriebe solcher.“
250. Entsprechend sehen Art. 11 ff. SHG wenn nötig die Unterbringung in einer Anstalt vor.
251. Als gesetzliche Grundlage ist Art. 10 Abs. 3 lit. b SHG zu prüfen. Kritisch hierzu allerdings Schiess Rütimann,

- Kommentar zu Art. 25 LV Kapitel VI.C.
252. Siehe hierzu Schiess Rütimann, Kommentar zu Art. 26 LV Kapitel XI.B.
253. Eine Übersicht über die für das Gesundheitswesen relevanten Aspekte der Grundfreiheiten finden sich bei Wallner, Europäisches Gesundheitsrecht, Rz. 19-116.
254. Zur grundsätzlichen Bedeutung des freien Warenverkehrs für Leistungen aus dem Gesundheitsmarkt siehe z.B. Zuck, Allgemeine Grundlagen, § 3 N 33 ff. Zur Bedeutung von Kartellrecht, staatlichen Beihilfen und Vergaberecht siehe Wallner, Europäisches Gesundheitsrecht, Rz. 136-147. In den Anhang X [Dienstleistungen im Allgemeinen] zum EWR-Abkommen ist z.B. die Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, aufgenommen worden. Siehe zu dieser Patientenmobilitätsrichtlinie z.B. Wallner, Europäisches Gesundheitsrecht, Rz. 127.
255. Siehe auch Kapitel I.B.
256. Siehe Art. 3 und 4 Constitution of the World Health Organization, adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, abrufbar unter: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
257. Zu den völkerrechtlichen Grundlagen des Rechts auf Gesundheit siehe CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 1-6.
258. Kälin/Künzli, Universeller Menschenrechtsschutz, Rz. 913, weisen zu Recht darauf hin, dass kein Staat ein Recht auf Gesundheit „garantieren“ kann, er kann lediglich gute Bedingungen anstreben. Siehe auch: CESCR General Comment No. 14 (siehe Fn 12) Ziff. 8: „The right to health is not to be understood as a right to be healthy.“
259. Declaration on Social Progress and Development. Proclaimed by General Assembly resolution 2542 (XXIV) of 11 December 1969 <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/progress.pdf>.
260. Gächter, Grundstrukturen, S. 26 f. und S. 28.
261. Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, Rz. 88, bezeichnen diese Verpflichtung als „eigentliches gesundheitspolitisches Programm“.
262. Siehe insbesondere Art. 11, 12 und 14 CEDAW (Übereinkommen vom 18. Dezember 1979 zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, LGBL. 1996 Nr. 164 LR 0.104.2); Art. 23 ff. UN-Kinderrechtskonvention (Übereinkommen vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes, LGBL. 1996 Nr. 163 LR 0.107.1).
263. SEV Nr. 163. Einschlägig wären Art. 8, 11, 12 und 15 Revidierte Sozialcharta.
264. Liechtenstein hat die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 (SEV Nr. 035) am 9. Oktober 1991 unterzeichnet, aber nie ratifiziert.
265. Siehe die Website des Directorate for the Quality of Medicines & Health Care (EDQM): <https://www.edqm.eu/en> und das Gesamtverzeichnis der Übereinkommen: <https://www.coe.int/de/web/conventions/full-list>.
266. LGBL. 1923 Nr. 24 LR 0.631.112.
267. Das Übereinkommen vom 4. April 1997 zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (SEV Nr. 164) hat Liechtenstein nicht unterzeichnet. Es ist auch nicht in den Zollvertrag aufgenommen. Art. 3 des Übereinkommens regelt den „gleichen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von angemessener Qualität“. Allgemein zur Biomedizin-Konvention: Gächter/Rütsche, Gesundheitsrecht, Rz. 94-98.
268. Kälin/Künzle, Universeller Menschenrechtsschutz, Rz. 914, weisen auf die Verknüpfungen mit anderen Menschenrechten wie z.B. dem Folterverbot hin. Siehe auch Kapitel I.B.
269. Der EGMR hatte sich mehrfach (siehe insbesondere EGMR (Grosse Kammer) Gross v. Schweiz, Nr. 67810/10, 30.09.2014; EGMR Gross v. Schweiz, Nr. 67810/10, 14.05.2013; EGMR Haas v. Schweiz Nr. 31322/07, 20.01.2011; EGMR Pretty v. Vereinigtes Königreich, Nr. 2346/02, 29.04.2002) mit der Ausgestaltung der Sterbehilfe auseinandersetzen, konnte jedoch die Frage, ob ein Anspruch auf die Abgabe von sodium pentobarbital besteht, offen lassen.
270. Siehe z.B. EGMR (Grosse Kammer) Lambert und andere v. Frankreich, Nr. 46043/14, 05.06.2015.
271. Siehe z.B. EGMR Costa und Pavan v. Italien, Nr. 54270/10, 28.08.2012.
272. Verbot von Hausgeburten: EGMR (Grosse Kammer) Dubská und Krejzová v. Tschechische Republik, Nr. 28859/11 und 28473/12, 15.11.2016.
273. Beachte allerdings Art. 2 Abs. 2 lit. f Richtlinie 2006/123/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Dienstleistungen im Binnenmarkt (ABl. L 376 vom 27.12.2006, S. 36-68), der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbericht der Richtlinie ausklammert.
274. Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30.09.2005, S. 22-142. Die konsolidierte Fassung vom

- 17.01.2014 ist abrufbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:02005L0036-20140117>.
275. Ausführlich zu den reglementierten Berufen aus den Bereichen Medizin und Pflege: Wallner, Europäisches Gesundheitsrecht, Rz. 63-111.
 276. Siehe Anhang VII [Anerkennung von Berufsqualifikationen] zum EWR-Abkommen. VGH 2014/084: Ein in Deutschland approbierter Arzt erhält in Liechtenstein keine Bewilligung zur freiberuflichen Berufsausübung, weil er nicht über die erforderliche Weiterbildung verfügt. Er wird darauf hingewiesen, dass er als unselbständiger Arzt oder in einem Ausbildungsverhältnis in Liechtenstein arbeiten dürfte.
 277. LGBL. 2016 Nr. 329 LR 170.551.631.
 278. Z.B. Übereinkunft vom 1. Juli 1885 zwischen dem Fürstentum Liechtenstein und der Schweizerischen Eidgenossenschaft über die beiderseitige Zulassung der an den Grenzen domizilierenden Medizinalpersonen zur Berufsausübung, LGBL. 1886 Nr. 1 LR 0.811.119.101.1.
 279. Z.B. Übereinkommen vom 31. Oktober 1980 zwischen der Regierung des Fürstentums Liechtenstein und dem Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz der Republik Österreich über die postpromotionelle Ausbildung liechtensteinischer Ärzte in Österreich, LGBL. 1980 Nr. 74 LR 0.811.119.102.1.
 280. Siehe Art. 2 der Statuten der GDK, abrufbar unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/statuts-2016_06_03_df_mu.pdf.
 281. LGBL. 1979 Nr. 37 LR 0.813.410.11.
 282. Siehe die Auflistung in: <http://www.lkv.li/Home/Tarifvertr%C3%A4ge.aspx>.

Abgerufen von „https://verfassung.li/Art._18“

Kategorien:

A
 Alkoholismus
 Altersheim
 Altersschwäche
 Amtsarzt
 Arbeitsscheu
 Arzt
 Ä
 Ärztesgesellschaft
 Ärztekammer
 B
 Bedarfsplanung
 Berufsausübungsbewilligung
 Betäubungsmittel
 E
 EWR
 G
 Gesundheit
 Gesundheitsberufegesellschaft
 Gesundheitsschutz
 H
 Handels- und Gewerbefreiheit
 Hebamme
 Heilmittel
 K
 Krankheit
 L
 Landesphysikus
 Lebensmittel
 Leistungsvereinbarung
 M
 Medikamente
 Medizin
 Medizinalberufe

