

Tarifvertrag

vom 25. Oktober 2021

zwischen der

Lebenshilfe Balzers

und dem

nachfolgend: **Leistungserbringer**

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV), 9490 Vaduz

nachfolgend: **Versicherer**

Die Vertragsparteien schliessen gestützt auf Art. 16c des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG), LGBl. 1971 Nr. 50idgF, nachstehenden Vertrag.

Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für

a) Lebenshilfe Balzers

nachfolgend: **Leistungserbringer**

b) die dem LKV angeschlossenen Versicherer

nachfolgend: **Versicherer**

c) für Personen, die bei einem im Fürstentum Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben.

d) den LKV, Schaan, soweit er gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

Dieser Vertrag regelt die Vergütung der Behandlung und Pflege von Bewohnern in Pflegeheimen gemäss Art. 13 Abs. 1 lit. b) KVG in Verbindung mit Art. 73a KVV.

Art. 3 Behandlung

¹ Der Bezug von Krankenversicherungsleistungen setzt eine ärztliche Anordnung voraus.

² Die Leistungserbringer verpflichten sich, die Erfassung der Pflegebedarfsstufe ausschliesslich mit anerkannten Pflegebedarfsabklärungsinstrumenten durch systemgeschulte Pflegefachpersonen vorzunehmen. Aktuell wird dafür das TF96 eingesetzt.

³ Die Datenerhebung zur Bedarfsabklärung erfolgt



- innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eintritt (Eintrittsdatum)
- periodisch jeweils nach 6 Monaten
- zwischenzeitlich bei einer Statusveränderung

⁴ Die Bedarfsmeldung erfolgt gemäss Art.5 des Vertrages.

⁵ Dort, wo systembedingt die Datenerhebung zur Bedarfsabklärung von Langzeitpatienten nicht in den in Art.4 Abs. 4 dieses Vertrages beschriebenen Fristen erfolgen kann, erfolgt die Datenerhebung spätestens bis 56 Tage nach Eintritt. Reevaluationen erfolgen bei Statusveränderungen im Prinzip davon unabhängig maximal zwei Mal pro Jahr, mindestens aber alle zwei Jahre.

⁶ Folgende Leistungen werden im Rahmen der Kurzzeitpflege in der Pflegestufe 7 übernommen:

- Postakute Remobilisation bis zu maximal 8 Wochen pro Fall.
- Ferienpflege von mindestens 1 bis maximal 4 Wochen pro Anmeldung.
- Kurzeitaufenthalte von weniger als 8 Tagen im Rahmen der Palliativen Pflege (End-of-life care).

⁷ Falls die Postakute Remobilisation nach 8 Wochen nicht zum Erfolg führt und die Betreffenden für einen längeren Zeitraum die stationäre Pflege in Anspruch nehmen möchten, erfolgt eine Neueinstufung und Verlegung auf eine Langzeitpflegestation.

⁸ Die psychiatrische Pflege wird im Rahmen der Langzeitpflege in der Pflegestufe 5 übernommen. Das Angebot richtet sich dabei an Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, welche:

- Von Systempartner aus dem Fachbereich Psychiatrie zugewiesen werden.
- Im Erwachsenenalter sind (über 18 Jahre alt).
- Das Pflege- und Betreuungsangebot in einem offenen Rahmen wahrnehmen können.
- Psychiatrisch in stabilem Zustand sind und keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.
- Psychotherapie und Rehabilitation in Richtung eigenständiges Wohnen nicht mehr im Vordergrund steht.
- Die Krankheitsbilder als chronifiziert diagnostiziert sind und in der Regel Mehrfachtherapien in Kliniken und / oder therapeutischen Wohngemeinschaften vorangegangen sind.

Art. 4 Bedarfsmeldung

Die Bedarfsmeldung erfolgt mit den vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formularen (Anhang 2) der Pflegebedarfsinstrumente und ist spätestens mit der ersten Rechnung dem Versicherer einzureichen.

Art. 5 Detailangaben der Bedarfsmeldung

Die Meldung umfasst folgende Angaben:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht)
- b) Angabe, ob Krankheit oder Unfall, wenn Information vorhanden
- c) Name des Versicherers
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers; GLN/EAN Nummer sofern vorhanden.
- e) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...)
- f) TF96 Einstufung
- g) Name, Zahlstellenregister Nummer (ZSR.-Nr.) des verordnenden Arztes

- b) Name des Versicherers.
- c) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers inklusive Rechnungsdatum.
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers; GLN/EAN Nummer sofern vorhanden.
- e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) des anordnenden Arztes.
- f) das vollständige Kalendarium (Zeitraum und Anzahl Pflagetage abzüglich Urlaubs- und Spitaltage)
- g) Stufe gemäss TF 96
- h) Tagespauschale gemäss Anhang 1
- i) Nebenleistungen

Art. 10 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

¹ Die Vertragsparteien wollen den elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern realisieren. Sie legen dafür die Rahmenbedingungen fest und stellen sicher, dass die Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden.

² Einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer können die Umsetzung des elektronischen Datenaustausches (EDI) vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung bzw. der Rechnung dem Versicherer übermittelt. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

³ Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie für die Rechnung richtet sich nach dem zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Format.

Art. 11 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden. Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 19 KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art. 19a KVG teilzunehmen. Hierzu wird eine separate Regelung im Rahmen eines Qualitätsvertrages getroffen. Die Vertragspartner vereinbaren die bestehende Qualitätssicherungsvereinbarung weiterzuentwickeln um insbesondere die Ergebnisqualität messbar zu machen.

Art. 12 Reporting

Der Leistungserbringer erstellt jährlich bis zum 31.03. des Folgejahres eine Statistik, welche die Entwicklung der Pflagetage nach Pflegestufe über 4 Jahre darstellt.

Art. 13 Überprüfung der Einstufungen / Auskunftspflicht der Leistungserbringer

¹ Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht nach den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Der Umgang mit vertraulichen Daten ist im DSG und im KVG geregelt.

² Die Krankenversicherer führen folgende Kontrollen durch:

- Prüfung der verlangten und vom Pflegeheim eingereichten Unterlagen beim Versicherer
- Prüfung der Unterlagen beim Leistungserbringer

³ Den Kontrollpersonen der Versicherer werden auf Verlangen sämtliche einstufigs- und



Art. 6 Änderung des Pflegebedarfs

¹ Veränderungen der Einstufung durch den Leistungserbringer treten am Tag des Abschlusses der Bedarfsabklärung (Datum im EDV-System) in Kraft. In jedem Falle ist die Veränderung gegenüber dem Versicherer spätestens mit der folgenden Rechnung mittels Bedarfsmeldung anzuzeigen.

² Bei Rückkehr aus dem Spital kann ab dem ersten Tag im Pflegeheim rückwirkend die veränderte Einstufung verrechnet werden. In jedem Falle ist die Veränderung gegenüber dem Versicherer spätestens mit der folgenden Rechnung mittels Bedarfsmeldung anzuzeigen. Andere rückwirkende Einstufungen sind nicht zulässig.

³ Nach Kontrollen der Versicherer treten allfällige Änderungen von Pflegebedarfsstufen wie folgt in Kraft:

- a) Nach Kontrollen beim Leistungserbringer ab dem Tag der Kontrolle.
- b) Nach Kontrollen beim Versicherer ab dem Tag, ab dem die Unterlagen beim Leistungserbringer eingefordert werden. Der Krankenversicherer prüft und kommuniziert das Resultat innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Unterlagen.

Art. 7 Leistungsumfang und Vergütung

¹ Der Leistungserbringer stellt den gesetzlichen Beitrag gemäss Bedarfsmeldung und der in Anhang 1 vereinbarten Tarifstruktur und Tarifhöhe in Rechnung.

² Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Anhang 1 sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen sowie Geräte und Hilfsmittel welche zur Heiminfrastruktur gehören (Sauerstoffgerät, Absauggerät, Inhaliergerät, Vernebler, Blutdruckapparat, Blutzuckergerät, Gehböckli, etc.) gemäss KVG und KVV abgegolten.

³ Mittel und Gegenstände werden zusätzlich zu den Tagespauschalen für die Pflege gemäss Anhang 1 vergütet.

⁴ Ein- und Austrittstage werden als volle Pflage tage berechnet.

Art. 8 Rechnungsstellung

¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant). Dies gilt für sämtliche KVG pflichtigen Leistungen, die der Leistungserbringer selbstständig abrechnen kann.

² Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich mit folgenden Zahlungsfristen:

Elektronisch übermittelte Rechnungen werden innerhalb 25 Tagen, andere innerhalb 35 Tagen bezahlt.

³ Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

⁴ Vorausrechnungen sind nicht zulässig.

⁵ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Bei Beanstandungen wird die Zahlungsfrist unterbrochen. Der unbestrittene Teil wird auf neue Rechnung hin bezahlt.

⁶ Falls ein Patient seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer eine Zwischenabrechnung auf den Folgemonat.

⁷ Im Todesfall ist innert 45 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

Art. 9 Angaben auf der Rechnung

Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht).

prüfungsrelevanten Dokumente der verlangten Dossiers zum Studium eingereicht oder vorgelegt. Massgebend sind die notwendigen Unterlagen, die die aktuelle Einstufung nachweislich belegen.

Art. 14 Schlichtung

¹ Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

² Die Anrufung des Schiedsgerichts gemäss Artikel 28 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

Art. 15 Inkrafttreten / Vertragsdauer

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt vorbehaltlich der Zustimmung durch die Regierung per 01.01.2022 in Kraft und wird für unbestimmte Zeit geschlossen.

Art. 16 Kündigung / Rücktritt

Der Vertrag und dessen Anhänge können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens per 31.12.2022, von jeder vertragsschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form.

Art. 17 Änderungen des Vertrages

Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages oder seiner Anhänge können durch die Vertragspartner jederzeit verhandelt und in gegenseitigem Einvernehmen umgesetzt werden.

Art. 18 Integrierende Bestandteile

Integrierende Bestandteile dieses Vertrags sind:

- Anhang 1 Tarifstruktur und Tarifhöhe
- Anhang 2 Pflegestufenverordnungsformular

Balzers , den 1. Dez. 2022

Lebenshilfe Balzers

.....

Isabel Herren-Frick
Präsidentin

.....

Gerda Gantenbein
Geschäftsführerin

Liechtensteinischer Krankenkassenverband

.....

Dr. Donat P. Marxer
Präsident

.....

Thomas A. Hasler
Geschäftsführer