



**KLINIKEN  
VALENS**



# Tarifvertrag

vom 15. Juni 2020

betreffend der

**Vergütung von Leistungen für ambulante Spitalbehandlungen  
(Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Dia-  
betesberatung)**

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)

zwischen

**Stiftung Klinik Valens**  
Taminaplatz 1  
7317 Valens  
ZSR-Nr. U188417

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

**Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)**  
Landstrasse 151  
9494 Schaan

nachfolgend: **Versicherer**

Leistungserbringer und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet.



## **I. Allgemeine Bestimmungen**

### **Art. 1 Persönlicher und örtlicher Geltungsbereich**

Dieser Tarifvertrag gilt für

- a) den vertragsschliessenden Leistungserbringer;
- b) die in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer;
- c) für Personen, die bei einem vertragsschliessenden Versicherer 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**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag betrifft die Vergütung von Leistungen zu Gunsten von Personen, die entweder bei einem zugelassenen Krankenversicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben.

<sup>2</sup> Dieser Vertrag ist anwendbar für die folgenden ambulanten Leistungen gemäss KVG am Standort Valens:

- a) Physiotherapie
- b) Ergotherapie
- c) Logopädie
- d) Ernährungsberatung
- e) Diabetesberatung

### **Art. 3 Leistungsvoraussetzungen**

<sup>1</sup> Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer die rechtlichen Voraussetzungen eines Spitals gemäss der Gesetzgebung an seinem Standort erfüllt.

<sup>2</sup> Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

### **Art. 4 Anwendbare Struktur**

<sup>1</sup> Die Tarifstrukturen (inkl. Limitationen) für die Leistungen gemäss Art. 2 Abs. 1 sind in den folgenden Rahmen- resp. Tarifstrukturverträgen inkl. den jeweiligen Anhängen und Nachträgen geregelt oder vom Bundesrat verordnet:

- a) **Physiotherapie**  
Anwendbar ist die vom Bundesrat verordnete oder genehmigte Einzelleistungstarifstruktur.
- b) **Ergotherapie**  
Tarifvertrag H+ - santésuisse (heute: tarifsuisse ag) vom 15.12.2001
- c) **Logopädie**  
Tarifvertrag H+ - santésuisse (heute: tarifsuisse ag) vom 15.12.2001



**d) Ernährungsberatung**

Tarifvertrag H+ - santésuisse (heute: tarifsuisse ag) vom 25.09.2002

**e) Diabetesberatung**

Tarifvertrag H+ - santésuisse (heute: tarifsuisse ag) vom 01.10.2002

<sup>2</sup> Setzt der Schweizerische Bundesrat eine modifizierte Version einer verordneten oder genehmigten Struktur in Kraft (Teilrevision), so tangiert dies die Gültigkeit dieses Tarifvertrages nicht, namentlich gilt der vereinbarte Taxpunktwert auch für die neue Strukturversion.

## **II. Ärztliche Verordnung**

### **Art. 5 Ärztliche Verordnung**

Die jeweils ausführenden Therapeuten erbringen Leistungen gemäss ärztlicher Verordnung.

### **Art. 6 Verordnungsformalitäten**

<sup>1</sup> Die ärztliche Verordnung hat ausschliesslich mit dem jeweils für den entsprechenden Leistungsbereich geltenden Verordnungsformular zu erfolgen.

- a) 9 oder weniger Sitzungen für Physiotherapie
- b) 9 oder weniger Sitzungen für Ergotherapie
- c) 12 oder weniger Sitzungen für Logopädie
- d) 6 oder weniger Sitzungen für Ernährungsberatung
- e) 10 oder weniger Sitzungen für Diabetesberatung

<sup>2</sup> Sind Folgebehandlungen von

- a) mehr als 9 Sitzungen für Physiotherapie
- b) mehr als 9 Sitzungen für Ergotherapie
- c) mehr als 12 Sitzungen für Logopädie
- d) mehr als 6 Sitzungen für Ernährungsberatung

ausgewiesen, ist das Verordnungsformular für diese Behandlungen sofort dem zuständigen Versicherer zuzustellen. Die Zustimmung für die weiteren Sitzungen gilt als erteilt, wenn der Versicherer nicht innert 5 Arbeitstagen nach Erhalt des Verordnungsformulars beim Leistungserbringer Einspruch erhebt.

<sup>3</sup> Soll die Behandlung nach

- a) 36 Sitzungen für Physiotherapie
- b) 36 Sitzungen für Ergotherapie
- c) 60 einstündigen Sitzungen innert einem Jahr für Logopädie
- d) 12 Sitzungen für Ernährungsberatung
- e) 10 Sitzungen für Diabetesberatung

zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den Vertrauensarzt richten. Der Vertrauensarzt schlägt dem Versicherer vor, ob und in welchem Umfang die Therapie zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll.



### **III. Tarif**

---

#### **Art. 7 Leistungsumfang und Vergütung**

Die Vertragsparteien vereinbaren den jeweils für die Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse ag gültigen Taxpunktwerte für die jeweiligen Leistungsbereiche anzuwenden.

### **IV. Rechnungsstellung und -bezahlung**

---

#### **Art. 8 Rechnungsstellung und -bezahlung**

<sup>1</sup> Schuldner der Vergütung der vorliegend vereinbarten Leistungen im Rahmen des KVG ist der Versicherer (System des tiers payant). Vorbehalten bleiben die gesetzlichen Bestimmungen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen.

<sup>2</sup> Die Bezahlung erfolgt innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

<sup>3</sup> Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Absatz 2 aufgeführte Frist still.

<sup>4</sup> In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.

<sup>5</sup> Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen.

<sup>6</sup> Der Versicherer kann auch nach erfolgter Bezahlung der Rechnung einen offensichtlichen Mangel in der Rechnungsstellung gegenüber dem Leistungserbringer geltend machen und die zu Unrecht ausgerichteten Leistungen jederzeit zurückfordern.

<sup>7</sup> Falls ein Patient seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens Ende des Folgemonats eine Zwischenabrechnung. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

<sup>8</sup> Im Todesfall ist nach Möglichkeit innert 30 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

<sup>9</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

<sup>10</sup> Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten eine Kopie der Rechnung zu.

#### **Art. 9 Angaben auf der Rechnung**

Die Rechnung hat folgende Angaben zu enthalten:

- a) Allgemeine Daten gemäss Art. 10 Abs. 1
- b) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum



- c) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder anderes (Invalidität, Militär, Mutterschaft)
- d) Diagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
- e) Allgemeine Informationen zur Behandlung (Kalendarium, Kanton der Leistungserbringung)
- f) Tarif, Tarifposition, Bezeichnung der Leistung, TP, TPW, Betrag der Leistung
- g) Gesamtbetrag

## Art. 10 Datenaustausch

<sup>1</sup> Auf allen Korrespondenzen zwischen dem Leistungserbringer und dem jeweiligen Versicherer sind anzugeben:

- a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- b) Name und GLN des Versicherers
- c) Angaben zum Versicherten:
  - Versichertennummer
  - Versichertenkartennummer
  - Name
  - Vorname
  - Wohnadresse
  - zivilrechtlicher Wohnkanton
  - Geburtsdatum
  - Geschlecht
- d) Fallnummer
- e) Patientennummer
- f) nach Möglichkeit Hinweis auf andere allfällig zuständige Versicherer mit GLN

<sup>2</sup> Die Übermittlung erfolgt:

- a) für die Rechnungen elektronisch gemäss jeweils geltendem XML-Standard des Forums Datenaustausch
- b) für alle übrigen Dokumente elektronisch gemäss Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und den einzelnen Versicherern. Sofern die Übermittlung nicht in digitaler Form erfolgt, sind die jeweils aktuellen Papierformulare gemäss Forum Datenaustausch zu verwenden.

<sup>3</sup> Sobald der SHIP-Standard für den jeweiligen benötigten Datenaustausch via eCH offiziell ist und die erforderlichen Prozesse unterstützt werden, ist dieser anzuwenden.

## Art. 11 Aufklärungspflicht

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer anerkennt, dass ihm von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber seinen Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenpflegeversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

<sup>2</sup> Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.





## V. Kosten- und Leistungstransparenz

### Art. 12 Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen

<sup>1</sup> Bezüglich der zu gewährenden Transparenz werden folgende Grundsätze festgehalten:

- a) Die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) aus der Schweiz ist anzuwenden.
- b) Der Leistungserbringer stellt dem LKV die benötigten Angaben jährlich des Folgejahres zu.
- c) Liefert der Leistungserbringer seine Betriebsrechnung gemäss ITAR-K Modell von H+, gilt folgendes:
  - a. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell
  - b. Der Leistungserbringer stellt dem LKV den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung (Vollversion) und den Kostenträgerausweis nach RE-KOLE unter Offenlegung sämtlicher Kostenträger für den ambulanten Bereich, insbesondere für den in diesem Vertrag geregelten Tarif, zur Verfügung. Der LKV hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
  - c. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Anzahl Fälle, Pfl egetage sowie weitere Leistungskennzahlen) und tarifrelevanten Informationen in der notwendigen Detaillierung.

<sup>2</sup> Es steht den Vertragsparteien frei, andere Methoden für den Kosten- und Leistungsausweis zu vereinbaren.

## VI. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

### Art. 13 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

<sup>1</sup> Bei der Diagnose und den Behandlungen, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Mitteln und Gegenständen beachtet der Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art. 19 KVG.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an Massnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle seiner Leistungen gemäss KVG und KVV teilzunehmen.

### Art. 14 Reporting

<sup>1</sup> Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit verpflichtet sich der Leistungserbringer, im Sinne eines Reportings jährlich dem LKV namens der Versicherer Kosten- und Leistungsdaten (in Form des ITAR\_K) zu liefern. Die Daten umfassen folgende Kennzahlen, je Tarifbereich:

- a) Bruttoleistungen (Kosten Versicherer)
- b) Anzahl Fälle
- c) Anzahl Patienten
- d) Gesamtanzahl Taxpunkte

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer liefert diese Daten auch dem Amt für Gesundheit im Fürstentum Liechtenstein.



## VII. Formelles

### Art. 15 Dauer und Inkrafttreten

Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde – rückwirkend am 01.01.2020 in Kraft.

### Art. 16 Kündigung

Dieser Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2021.

### Art. 17 Schlichtung

<sup>1</sup> Entstehen bei der Anwendung dieses Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

<sup>2</sup> Die Anrufung eines Schiedsgerichts gemäss Art. 28 KVG steht den Leistungserbringern und den Versicherern offen.

### Art. 18 Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 16c Abs. 5 KVG wird durch den LKV nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Der Leistungserbringer und die Versicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.


### Art. 19 Schlussbestimmungen

Dieser Vertrag wird in 3-facher Ausführung ausgefertigt und unterzeichnet. Ein Vertrags-exemplar ist für den Leistungserbringer, ein Exemplar für den LKV und ein Exemplar für die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Valens, den 19.06.2020

**Stiftung Kliniken Valens**

  
CEO

  
Dr. Caroline Roth  
COO

Schaan, den 16.06.2020

Namens der Mitglieder des LKV, sowie – in Bezug auf jene Regelungen, welche Rechte oder Pflichten des LKV definieren – für sich selber:

**Liechtensteinscher Krankenkassenverband (LKV)**

Dr. Donat P. Marxer  
Präsident



  
Thomas A. Hasler  
Geschäftsführer