



## Tarifvertrag

vom 13. Februar 2020

betreffend die

### **Abgeltung von krankensicherungspflichtigen Leistungen für die Beratungsleistungen der Lungenliga (Spitex)**

gemäss dem Gesetz über die Krankenversicherung (KVG)

zwischen der

**Lungenliga St.Gallen-Appenzell**

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und

den dem

**Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV), 9494 Schaan**

bzw. den ihm angeschlossenen Versicherern.

nachfolgend: **Versicherer**

### **Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich**

Dieser Tarifvertrag gilt für

a) die Lungenliga St.Gallen-Appenzell

nachfolgend: **Leistungserbringer**

b) alle im Fürstentum Liechtenstein zugelassenen Krankenkassen

nachfolgend: **Versicherer**

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**

Dieser Vertrag regelt die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen gemäss Art. 13 Abs. 1 lit a) KVG in Verbindung mit Art .61 KVV sowie Anhang 4 der KVV.

## **Art. 3 Leistungsvoraussetzungen**

Die Versicherer übernehmen die Kosten der ambulanten Pflegeleistungen soweit eine ärztliche Anordnung besteht, eine Bedarfsabklärung vorliegt und die Leistungen von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbracht werden.

## **Art. 4 Bedarfsabklärung beim Patienten**

- 1 Gemäss KVG und KVV muss eine Bedarfsabklärung gemacht werden. Es ist das von der Lungenliga Schweiz entwickelte Bedarfserfassungsinstrument anzuwenden.
- 2 Die schriftliche Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation sowie die Abklärung des Umfeldes bezogen auf die Lungen- und Atemwegserkrankung. Zugelassen für die Bedarfsabklärung sind die in Anhang 2 dieses Vertrages aufgeführten und entsprechend befähigten Fachpersonen.
- 3 Das Ergebnis ist zusammen mit dem Arzt auf dem Bedarfsmeldeformular gemäss Anhang 3 dieses Vertrages festzuhalten.
- 4 Die Bedarfsabklärung erfolgt beim Versicherten bei Leistungsbeginn und ist spätestens innert 14 Kalendertage nach Beginn des Einsatzes abzuschliessen.
- 5 Verschiedene Leistungserbringer müssen bei gleichzeitigem Einsatz bei einem Versicherten ihre Dienstleistungen koordinieren und sich über das Zeitbudget absprechen.

## **Art. 5 Ärztliche Anordnung, Bedarfsmeldung**

- 1 Krankenpflegeleistungen setzen eine ärztliche Anordnung voraus. Die Bedarfsmeldung zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflegeleistungen auf. Die Meldung erfolgt ausschliesslich gemäss den Vorlagen im Anhang 3. Auf der Bedarfsmeldung gibt der Leistungserbringer den voraussichtlichen Zeitbedarf an. Abgerechnet werden die effektiv erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung von Art. 8 dieses Vertrages.
- 2 Um den administrativen Aufwand zu minimieren, kann die Bedarfsmeldung im Falle von Verordnungen für Atemtherapiegeräte/Sauerstoff auch direkt ins jeweilige Verordnungsformular für das Gerät integriert werden.
- 3 Das Bedarfsmeldeformular ist vollständig ausgefüllt sofort nach Unterzeichnung durch den Arzt und die verantwortliche Person des Leistungserbringers dem Versicherer zustellen. Wo dies nicht möglich ist, erfolgt die Zustellung spätestens mit der ersten Rechnung. Die Bedarfsmeldung kann auch elektronisch dem Versicherer geschickt werden. Sie muss vollständig ausgefüllt sein. Das ärztlich unterzeichnete Exemplar kann vom Versicherer eingefordert werden.
- 4 Das Datum des effektiven Behandlungsbeginns und das Datum, zu welchem die Verordnung wirksam wird, müssen identisch sein. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig



- 5 Erhebt der Versicherer nicht innert 14 Kalendertagen ab Erhalt der Meldung Einspruch, so gilt die Leistungspflicht unter Vorbehalt des Prinzips von WZW (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) als gegeben.
- 6 Die Bedarfsmeldung umfasst folgende Angaben:
  - a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
  - b) Angabe, ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
  - c) Name des Versicherers.
  - d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN des Leistungserbringers; GLN nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten sofern vorhanden.
  - e) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (von...bis...).
  - f) Name, Zahlstellenregister- Nummer (ZSR-Nr.) und EAN-Nummer des verordnenden Arztes; EAN-Nummer nur bei elektronischer Meldung zwingend, ansonsten wenn vorhanden.
  - g) Voraussichtliche Anzahl Minuten je Leistungsart pro Monat und das Total für die Gültigkeitsdauer der Verordnung

## **Art. 6 Änderung des Pflegebedarfs**

Verändert sich der Bedarf an Pflegeleistungen signifikant und dauerhaft, ist eine neue Bedarfsabklärung vorzunehmen und eine neue ärztliche Anordnung auszulösen.

## **Art. 7 Vergütung der Pflegeleistungen**

- 1 Die Versicherer übernehmen Beiträge an die Kosten der Massnahmen der Abklärung und der Beratung und der Koordination, der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflege gemäss KVV.
- 2 Der Leistungserbringer verrechnet den dem erbrachten Pflegeaufwand entsprechenden Beitrag gemäss Anhang 1. Vorausrechnungen sind nicht zulässig.
- 3 Mit der Bezahlung der Beiträge gemäss Anhang 1 sind sämtliche krankenversicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen der einzelnen Leistungserbringer gemäss KVG und KVV abgegolten.
- 4 Der Leistungserbringer kann keine Leistungen abrechnen, während der Patient sich im Spital oder Pflegeheim (inkl. stationäre Akut- und Übergangspflege) befindet. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag. Ausserdem kann der Leistungserbringer keine Leistungen der ambulanten Langzeitpflege abrechnen, während der Patient Leistungen der ambulanten Akut- und Übergangspflege bezieht.
- 5 Die Abgabe von MiGeL-Produkten ist im jeweils geltenden Vertrag über die Abgabe von Absaug-, Inhalations- und Atemtherapiegeräten zwischen der Lungenliga St.Gallen- Appenzell und dem LKV abschliessend geregelt.
- 6 Der Leistungserbringer darf keine Medikamente zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnen.



## **Art. 8 Rechnungsstellung und Zahlungsmodalitäten**

- 1 Schuldner der Vergütung gemäss diesem Administrativ-Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant).
- 2 Einzelne Versicherer und der Leistungserbringer können in Abweichung von Abs. 1 das System des Tiers garant vereinbaren.
- 3 Die Rechnungsstellung erfolgt quartalsweise bzw. innert 30 Tagen nach Ende der Behandlung gemäss der Vorlage ein Anhang 4 dieses Vertrages und basiert auf dem Tarif 532.
- 4 Im System Tiers payant erhalten die Versicherten eine Rechnungskopie vom Leistungserbringer.
- 5 Für die Abrechnungsperiode liegt eine ärztliche Verordnung vor.
- 6 Im System des tiers payant erfolgt die Bezahlung innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.
- 7 Die Rechnungsstellung erfolgt für die ärztlich angeordneten Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind separat in Rechnung zu stellen.
- 8 Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil ist durch den Versicherer innerhalb der in Abs. 6 aufgeführten Frist zu begleichen.
- 9 Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss KVG gegeben, sistiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind.

## **Art. 9 Tarif**

Der Tarif ist in Anhang 1 dieses Tarifvertrags geregelt. Der Anhang ist unabhängig vom Tarifvertrag kündbar.

## **Art. 10 Qualitätssicherung**

Die Qualitätssicherung wird mittels der Verfahren in den zwischen den Vertragspartnern abgeschlossenen Qualitätssicherungsverträgen gemäss Art. 19a KVG sichergestellt.

## **Art. 11 Angaben auf der Rechnung**

- 1 Die Rechnung umfasst folgende Angaben:
  - a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
  - b) Angabe ob Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.
  - c) Name des Versicherers.
  - d) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
  - e) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN des Leistungserbringers; GLN nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.
  - f) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) und GLN des verordnenden Arztes; GLN. nur bei elektronischer Abrechnung oder wenn vorhanden.



- g) Erbrachte Minuten (dezimal) je Leistungsart, Kalendarium,
- h) Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung(en) für die Rechnungsperiode.

#### **Art. 12 Elektronischer Datenaustausch (EDI)**

- <sup>1</sup> Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren den elektronischen Datenaustausch. Die administrativen und medizinischen Daten werden mit der Bedarfsmeldung (gemäss Art. 6) bzw. der Rechnung (gemäss Art. 11) elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.
- <sup>2</sup> Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den gemeinsam im Forum Datenaustausch vereinbarten Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können.

#### **Art. 13 Aufklärungspflicht**

- <sup>1</sup> Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer 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 Prämiens- und Kostenbeteiligungsausständen.

#### **Art. 14 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit der Leistungen**

Der Leistungserbringer übernimmt die Verantwortung für den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz seiner Dienstleistungen und des verwendeten Materials (Art. 19 KVG).

#### **Art. 15 Mindestqualifikationen für Personal**

Die Voraussetzungen, die das erforderliche Fachpersonal zu erfüllen hat, werden in Anhang 2 beschrieben.

#### **Art. 16 Leistungsstatistik (Reporting)**

Die Lungenliga St.Gallen - Appenzell verpflichtet sich, jeweils bis spätestens 30. Juni des Folgejahres die Anzahl der vorjährig verrechneten Stunden aufgeteilt nach Therapie und pro Leistungsart an den LKV zu liefern.

#### **Art. 17 Auskunftspflicht der Leistungserbringer**

- <sup>1</sup> Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Leistungspflicht und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Zu diesem Zweck führen sie folgende Kontrollen durch:
  - 1.1 Prüfung der vom Leistungserbringer gemäss Art. 5 Abs. 5 eingereichten Unterlagen
  - 1.2 Prüfung der vom Versicherer verlangten und vom Leistungserbringer eingereichten Unterlagen beim Versicherer
  2. Prüfung von Klientendossiers beim Leistungserbringer,
  3. Einzelfallprüfung beim Versicherten.



<sup>2</sup> Die Auskunftspflicht der Leistungserbringer gegenüber den Versicherern unterliegt dem Verhältnismässigkeitsprinzip. Die betroffenen Parteien haben die Datenschutznormen zu beachten. Deshalb wird die Mehrzahl der Fälle gemäss der unter Abs.1 erstgenannten Kontrolle überprüft.

<sup>3</sup> Der Ablauf der Prüfungen ist in Anhang 4 geregelt.

### **Art. 18 Konfliktlösung**

<sup>1</sup> Uneinigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern werden von den Betroffenen grundsätzlich direkt bereinigt.

<sup>2</sup> Die Anrufung des Schiedsgerichtes gemäss Art. 28 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

### **Art. 19 Inkrafttreten**

<sup>1</sup> Diese Vereinbarung tritt vorbehaltlich der Genehmigung durch die Regierung rückwirkend auf den 01.07.2019 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

<sup>2</sup> Dieser Vertrag ersetzt nach der Genehmigung durch die Regierung alle vorhergehenden Verträge und Beschlüsse zum Tarif.

### **Art. 20 Kündigung**

Diese Vereinbarung kann von den Vertragsparteien mit einer 6 monatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

### **Art. 21 Anhänge**

Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge, welche integrierte Bestandteile des Vertrages sind:

**Anhang 1:**

Tarif

**Anhang 2:**

Fachpersonal

**Anhang 3:**

Bedarfsmeldeformular

**Anhang 4:**

Rechnungsformular

**Anhang 5:**

Richtwerte pro Diagnose/Therapie

St. Gallen, den 12. Mai 2020

**Lungenliga St.Gallen-Appenzell**

[Redacted signature area]

Dr.med. Maurus Pfister  
Präsident

[Redacted signature area]

Bruno Eberle  
Geschäftsführer

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

**Liechtensteinischer Krankenkassenverband**

[Redacted signature area]

Dr. Donat P. Marxer  
Präsident

[Redacted signature area]

Thomas A. Hasler  
Geschäftsführer

[Handwritten mark]