



Tarifvertrag

vom 01.01.2022

betreffend die

Leistungsabgeltung nach TARPSY Für stationäre psychiatrische Behandlung

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)

zwischen der

Clinicum Alpinum AG
Gafleistrasse 70
9497 Triesenberg
ZSR-Nr. L024927 / GLN 76010023537506

nachfolgend: Leistungserbringer

und dem

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV) Wuhrstrasse 13 9490 Vaduz

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;

V

- b) die in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer;
- für Personen, die bei einem vertragsschliessenden Versicherer obligatorisch gemäss KVG versichert sind oder gemäss internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung gemäss KVG haben;
- den LKV, Vaduz, soweit er gemäss diesem Vertrag ausdrücklich Rechte und Pflichten für sich selbst übernimmt.

Art. 2 Sachlicher Geltungsbereich

- ¹ 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.
- ² Mit diesem Tarifvertrag regeln die Vertragsparteien die Leistungsabgeltung nach TARPSY für stationäre Spitalbehandlungen gemäss KVG. Zudem vereinbaren sie den administrativen Prozess.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

- ¹ Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer die rechtlichen Voraussetzungen gemäss der Gesetzgebung an seinem Standort erfüllt.
- ² Der Leistungsauftrag erstreckt sich auf den in seiner Betriebsbewilligung aufgeführten stationären Leistungsumfang, konkret:
 - Affektive Erkrankungen (F3) → Affektive Störungen (ICD-10 F3)
 - Reaktive Störungen (F4) → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4)
 - Stressfolgeerkrankungen
- ³ Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 4 Anwendbare Tarifstruktur

- ¹ Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf Basis der vom Bundesrat der Schweiz genehmigten gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für stationäre psychiatrische Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 des Schweizerischen KVG (TARPSY).
- ² Falls der vorliegende Tarifvertrag keine ausdrückliche Regelung enthält, gelten insbesondere die Bestimmungen der folgenden Regelwerke, Unterlagen und Standards in der jeweils gültigen Version:
- a) Schweizerischer Tarifstruktur-Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur TARPSY zwischen H+, santésuisse und curafutura vom 4./5. Juli 2017;
- b) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY (hrsg. von der SwissDRG AG);
- PCG-Katalog der SwissDRG AG; inklusiv Abrechnungsgrouper, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation;
- d) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY der SwissDRG AG;
- e) Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik;



f) XML-Standard und Formulare des Forums Datenaustausch.

³ Setzt der Bundesrat der Schweiz eine neue Version von TARPSY in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Vertrages nicht, namentlich gilt der in Art. 9 Abs. 1 vereinbarte Basispreis auch für die neue TARPSY-Version.

II Deckungsabfrage und Eintrittsmeldung

Art. 5 Digitaler Datenaustausch: Grundsatz

- ¹ Der Leistungserbringer und die Versicherer vereinbaren, alle Informationen zum Behandlungsfall wie folgt digital auszutauschen:
- Die Übermittlung der Rechnungen erfolgt mit dem jeweils aktuell geltenden XML-Standard gemäss dem Forum Datenaustausch.
- Die Übermittlung aller übrigen Daten erfolgt über das bidirektionale Meldesystem SHIP gemäss den verfügbaren eCH-Standards der Fachgruppe "Administration Gesundheitswesen".
- Wo die Übermittlung der Daten mit SHIP noch nicht möglich ist, erfolgt diese mit dem jeweils aktuell geltenden XML-Standard des Forums Datenaustausch.

Art. 6 Ergänzende Bestimmungen zur Rechnungsstellung

Folgende, gemäss Forum Datenaustausch als optional definierte Elemente / Attribute müssen für die Rechnungsstellung vom Leistungserbringer zusätzlich deklariert werden:

- Angaben zum Patienten
 - Sozialversicherungsnummer
 - Versichertennummer
 - Versichertenkartennummer
- Angaben zur versicherten Person, wenn diese nicht mit dem Patienten identisch ist (z.B. bei gesunden Säuglingen oder Lebend-Spender-Leistungen)
 - Sozialversicherungsnummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
 - Versichertennummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
 - Versichertenkartennummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
- Fallspezifische Angaben
 - Fallnummer (ACID)
 - o Patientennummer (APID)
 - Name und Adresse des überweisenden Arztes inkl. ZSR-Nr. und GLN
 - Eintrittsdiagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
 - Sämtliche Abwesenheiten mit den folgenden Angaben:
 - Datum und Uhrzeit (Beginn und Ende)
 - Zusatzinformationen pro Abwesenheit:
 - U = geplanter Urlaub oder
 - A = Austritt mit anschliessendem Wiedereintritt
 - Leistungsstelle (Austrittsabteilung)

Art. 7 Nicht digitaler Datenaustausch (ohne SHIP)

Leistungserbringer und Kostenträger, welche noch nicht in der Lage sind, Behandlungsfalldaten mit SHIP eCH-konform auszutauschen, regeln den Austausch wie folgt:

Art. 7.1 Elektronische Deckungsabfrage

- ¹ Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung und die Anspruchsberechtigung des Versicherten elektronisch via Abfragedienst vorzunehmen.
- ² Die vom Abfragedienst erhaltenen Angaben über die Versicherungsdeckung sind nur zum Zeitpunkt der Abfrage gültig.

Art. 7.2 Eintrittsmeldung

- ¹ Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer bei Anmeldung, spätestens fünf Arbeitstage (Montag bis Freitag, ohne Feiertage) vor dem geplanten Eintritt eine Eintrittsmeldung zu.
- ² In medizinischen Notfällen erfolgt die Zustellung spätestens am zweiten Arbeitstag nach dem Eintritt.
- ³ Es ist keine Rückmeldung des Versicherers auf die Eintrittsmeldung erforderlich.
- ⁴ Mit der Eintrittsmeldung hat der Leistungserbringer dem Versicherer die folgenden Angaben zu liefern:
- a) Name, ZSR-Nummer und GLN des Leistungserbringers
- b) Name und GLN des Versicherers
- c) Angaben zum Versicherten:
 - Versichertennummer
 - Versichertenkartennummer
 - Sozialversicherungsnummer
 - Name
 - Vorname
 - Wohnadresse
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
- d) Falldatum
- e) Fallnummer (ACID)
- f) Patientennummer (APID)
- g) Angaben über Auftraggeber Hausarzt (ZSR-Nummer und GLN), falls bekannt
- h) Geplantes respektive effektives Eintrittsdatum
- i) Eintrittsdiagnose (ICD-Codes)
- ⁵ Die vorliegenden Regelungen finden nur dann Anwendung, wenn der einzelne Versicherer mit dem Leistungserbringer diesbezüglich keine abweichende individuelle Vereinbarung getroffen hat und wenn die Datenübermittlung nicht digital mit SHIP gemäss eCH-Standard erfolgt.

Art. 8 Zuweisung

¹ Nach der Zuweisung findet vor Eintritt ein in der Patientenakte zu dokumentierendes Indikationsgespräch statt. Darauf basierend wird ein Entscheid über die Aufnahme gefällt. Das Indikationsgespräch ist separat verrechenbar, wenn es nicht am gleichen Tag wie der Eintritt stattfindet, ansonsten ist es Teil der TARPSY Tagespauschale.

² An der Klinik beteiligte Personen dürfen gemäss Ärztegesetz Art. 16 Abs. 2 keine Zuweisung zur Klinik vornehmen. Die davon betroffenen Personen sind im Anhang 1 aufzuführen. Neue davon betroffene Personen sind dem LKV umgehend zur Ergänzung des Anhangs 1 zu melden.

III. Tarif

Art. 9 TARPSY - Basispreis

- ¹ Die Parteien vereinbaren einen TARPSY-Basispreis von CHF 550.-- (100% bei Kostengewicht 1.0).
- ² Mit dem TARPSY-Basispreis und den Zusatzentgelten gemäss Fallpauschalenkatalog von SwissDRG AG sind sämtliche gesetzlich beziehungsweise vertraglich vereinbarten Leistungen mit Ausnahme von Art. 10 dieses Vertrags abgegolten. Dies betrifft alle während des stationären Spitalaufenthalts intern bzw. extern erbrachten diagnostischen, ärztlichen, spitaltechnischen und übrigen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen, sowie Verlegungstransporte gemäss Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY.
- ³ Analysen, Implantate, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind im TARPSY-Basispreis enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG / TARPSY Fallpauschalenkatalog separat abrechenbar sind.

Art. 10 Interkurrente Leistungen

- ¹ Extern erbrachte ambulante Leistungen können zusätzlich zur TARPSY-Pauschale in Rechnung gestellt werden, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:
- Es handelt sich um die Fortführung einer sich wiederholenden, vorbestehenden ambulanten Behandlung oder es entsteht eine akute Behandlungsnotwendigkeit während des stationären Aufenthalts, die nicht durch die Klinik behandelt werden kann.
- Die Behandlungen gehören nicht zum psychiatrischen Behandlungskomplex und sind nicht durch den Leistungsauftrag der Klinik abgedeckt.
- Die Behandlungen sind nicht durch ein Zusatzentgelt gemäss SwissDRG abgedeckt.
- ² Der externe ambulante Leistungserbringer stellt nicht der Klinik Rechnung, sondern gemäss seinem Tarifvertrag entweder dem Patienten (tiers garant) oder dem Krankenversicherer (tiers payant).
- ³ Allfällige Transportkosten gehen in den vorgenannten Fällen zu Lasten der Klinik.
- ⁴ Die Klinik kodiert die externen ambulanten Leistungen gemäss Abs.1 nicht. Die ausserhalb der Tarifstruktur TARPSY extern ambulant vergüteten Leistungen werden bei der Datenerhebung für SwissDRG AG nicht berücksichtigt.
- ⁵ Die Regelung ist nicht präjudiziell und ist nur gültig bis SwissDRG AG ihre Regelung bezüglich interkurrenten Leistungen revidiert hat.



IV. Rechnungsstellung, -prüfung und -bezahlung

Art. 11 Rechnungsstellung

- ¹ 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.
- ² Mit der Rechnung hat der Leistungserbringer dem Versicherer diejenigen gruppierungs- und abrechnungsrelevanten administrativen und medizinischen Datensätze zu liefern, welche in der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (in Kraft per 01.01.2018) festgelegt worden sind.
- ³ Die Bezahlung erfolgt innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.
- ⁴ Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Abs. 3 aufgeführte Frist still. Die Anfrage muss innerhalb von 30 Tagen erfolgen. Nach Erhalt der Unterlagen ist die Rechnung innert 30 Tagen zu bezahlen oder schriftlich zu beanstanden. Der nicht beanstandete Teil ist innerhalb der Frist zu begleichen.
- ⁵ In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.
- ⁶ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen.
- ⁷ Eine berechtigte Beanstandung des Versicherers bzw. des Landes Liechtenstein hat unaufgefordert auch eine neue Rechnungsstellung an den jeweils anderen Kostenträger zur Folge. Der Leistungserbringer übernimmt bezüglich der Rechnungsstellung die Koordinationsfunktion zwischen Versicherern und dem Land Liechtenstein.
- ⁸ 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.
- ⁹ Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.
- ¹⁰ Die Verrechnung mit Gegenforderungen ist unzulässig.
- ¹¹ Dauert eine Behandlung länger als 60 Tage, kann der Leistungserbringer frühestens ab dem 60. Behandlungstag einmal eine Zwischenrechnung stellen. Die Zwischenrechnung basiert auf dem tiefsten Kostengewicht (CW) derjenigen Fallgruppe (PCG), die für die Schlussrechnung des Patienten am Wahrscheinlichsten ist. Sollte es zu einer Änderung des CW nach der Zwischenrechnung kommen, ist diese Änderung mit der Schlussrechnung zu korrigieren.

Art. 12 Leistungsstatistik

¹ Die Clinicum Alpinum AG stellt jährlich folgende Daten über die stationären Patienten mit Liechtensteinischer Versicherung dem Amt für Gesundheit und dem LKV zur Verfügung:

- a) Fallnummer
- b) Geschlecht
- c) Alter bzw. Geburtsdatum
- d) Wohnort
- e) Hauptgarant
- f) Garant
- g) Versicherungsklasse
- h) Eintrittsdatum
- i) Austrittsdatum
- j) Kostengewicht
- k) Verweildauer
- I) Zusatzentgelt
- m) DRG-Code
- n) ICD-10 Code
- o) CHOP-Kode
- p) Fallart
- q) Zuweisung
- r) Entlassung

Art. 13 Aufklärungspflicht

Der Leistungserbringer anerkennt, dass ihm 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.

V. Qualitätssicherung und Kodierrevision

Art. 14 Qualitätssicherung

- ¹ Die Qualität der medizinischen Leistungen ist vom Leistungserbringer sicherzustellen. Der Leistungserbringer betreibt zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ein aktives Qualitätsmanagement. Der Leistungserbringer anerkennt die im Rahmen des Nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) getroffenen Vereinbarungen in ihrer jeweils aktuellen Version und verpflichtet sich, diese anzuwenden und umzusetzen.
- ² Der Leistungserbringer setzt die Vorgaben des ANQ bezüglich Qualität und Qualitätsmessungen um. Die Vorgaben des ANQ betreffend Messzwang und Transparenz werden eingehalten.
- ³ Der Leistungserbringer handelt bezüglich Qualitätsmanagement jederzeit nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Art. 19 KVG, insbesondere bei der Diagnosestellung, den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Medikamenten und von Mitteln und Gegenständen.

Art. 15 Kodierrevision

Die Kodierrevision der stationären Fälle richtet sich nach den im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision definierten Revisionsgrundlagen.



² Die Clinicum Alpinum AG stellt dem Amt für Gesundheit auf Nachfrage auch weitere Daten zur Leistungserbringung für Patienten auf dem Fürstentum Liechtenstein zur Verfügung.

- ² Die Qualität der Kodierung wird jährlich überprüft. Der Zweck und das Vorgehen bezüglich Kodierrevision sind im jeweils aktuellen Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY festgehalten.
- ³ Für alle Finanzierer wird nur eine Revision durchgeführt. Die Revisionsstelle wird gemäss Reglement für die Durchführung der Kodierrevision bestimmt.
- ⁴ Der Revisionsbericht zur Kodierung wird durch den Leistungserbringer bis 1 Monat nach Abschluss der Kodierrevision dem LKV zugestellt. Der LKV übernimmt die Weiterleitung des Berichtes an die Versicherer.
- ⁵ Die durch eine neutrale Institution durchgeführte Kodierrevision ist kein Ersatz für die Einzelfallprüfung des Versicherers im Rahmen der Rechnungskontrolle.

VI. Kosten- und Leistungstransparenz

Art. 16 Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen

- ¹ Gesetz und Verordnung schreiben vor, dass sich die Tarife an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dies setzt transparente Kosten- und Leistungsdaten voraus.
- ² Bezüglich der zu gewährenden Transparenz werden folgende Grundsätze festgehalten:
- Die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) ist anzuwenden.
- b) Der Leistungserbringer stellt den Krankenversicherern die benötigten Angaben jährlich bis zum 1. Mai 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.
 - Der Leistungserbringer stellt dem Krankenversicherer den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung zur Verfügung (Vollversion). Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
 - c. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Summe Kostengewichte, Day Mix Index (DMI), Anzahl Fälle, Anzahl Pflegetage usw.) und tarifstrukturrelevanten Informationen (bspw. Mengengerüst Zusatzentgelte, Anzahl Abwesenheiten > 24 h, Urlaubstage) in der notwendigen Detaillierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.

VII Formelles

Art. 17 Dauer und Inkrafttreten

- ¹ Dieser Vertrag tritt unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde am 01.01.2022 in Kraft. Er gilt für alle ab dem 01.01.2022 eintretenden Versicherten.
- ² Der Vertrag fällt ohne Kündigung der Parteien auf den Zeitpunkt automatisch dahin, in dem der Leistungserbringer nicht mehr als OKP-Leistungserbringer gemäss liechtensteinischem KVG geführt wird. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungserbringer gegen den Entscheid der Regierung ein Rechtsmittel ergriffen hat, dem die aufschiebende Wirkung entzogen wurde.



Art. 18 Schlichtung

- ¹ Entstehen bei der Anwendung dieses Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.
- ² Die Anrufung des Schiedsgerichts gemäss Art. 28 KVG steht dem Leistungserbringer und den Versicherern offen.

Art. 19 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. 20 Schlussbestimmungen

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

Triesenberg, LT, V2, 22

Clinicum Alpinum AG

Michaela Risch

Präsidentin des Verwaltungsrates

Clemens Laternser
Mitglied des Verwaltungsrates

Vaduz, 7.3.22

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

³ Der Vertrag endet am 31.12.2023.

⁴ Die Vertragsdauer gemäss Abs. 3 verlängert sich regelmässig und automatisch um 1 Jahr, solange die psychiatrische Bedarfsplanung für das Fürstentum Liechtenstein nicht durch die zuständigen Stellen genehmigt wurde und keine Kündigung gem. Abs. 5 vorgenommen wurde.

⁵ Der Vertrag ist nach dem 31.12.2023 mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf Ende eines Kalenderjahres von beiden Vertragsparteien kündbar.