



Clonicum  
Alpinum  
Gafler



Liechtensteinischer  
Krankenkassenverband

# Tarifvertrag

vom 03. Mai 2022

betreffend die

## Leistungsabteilung für die Stationäre Rehabilitation (ST Reha)

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)

zwischen

### **Clonicum Alpinum AG**

Gafleistrasse 70

9497 Triesenberg

ZSR-Nr. L024927 / GLN 76010023537506

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

### **Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)**

Wuhrstrasse 13

Postfach 281

9490 Vaduz

nachfolgend: **Versicherer / LKV**

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, Vaduz, 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> Mit diesem Tarifvertrag regeln die Vertragsparteien die Leistungsabgeltung nach ST Reha für stationäre medizinische Rehabilitation gemäss KVG im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge. Zudem vereinbaren sie den administrativen Prozess.

### **Art. 3 Leistungsvoraussetzungen**

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

<sup>2</sup> Der Leistungsauftrag erstreckt sich auf die psychosomatische Rehabilitation.

<sup>3</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 Tarifstruktur**

<sup>1</sup> Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf Basis der vom Bundesrat genehmigten gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für stationäre Rehabilitation gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG Schweiz (ST Reha).

<sup>2</sup> Es gelten insbesondere die Bestimmungen der folgenden Regelwerke, Unterlagen und Standards in der jeweils gültigen Version:

- a) Schweizerischer Tarifstruktur-Vertrag über die Einführung der Tarifstruktur ST Reha zwischen H+, santésuisse und curafutura vom 12.07.2021/30.06.2021/24.08.2021;

- b) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha (hrsg. von der SwissDRG AG);
- c) RCG-Katalog der SwissDRG AG; inklusiv Abrechnungsgrouper, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation;
- d) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter ST Reha der SwissDRG AG;
- e) Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik;
- f) XML-Standard und Formulare des Forums Datenaustausch.

<sup>3</sup> Setzt der Bundesrat eine neue Version von ST Reha in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Vertrages nicht, namentlich gilt der in Art. 8 Abs. 1 vereinbarte Basispreis auch für die neue ST Reha-Version.

## **II. Deckungsabfrage und Eintrittsmeldung**

### **Art. 5 Digitaler Datenaustausch: Grundsatz**

Der Leistungserbringer und die Versicherer vereinbaren, alle Informationen zum Behandlungsfall wie folgt digital auszutauschen:

- a) Die Übermittlung der Rechnungen erfolgt mit dem jeweils aktuell geltenden XML Standard gemäss dem Forum Datenaustausch
- b) Die Übermittlung aller übrigen Daten erfolgt über das bidirektionale Meldesystem SHIP gemäss den verfügbaren eCH-Standards der Fachgruppe „Administration Gesundheitswesen“.
- c) 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:

- a) Angaben zum Patienten
  - a. Sozialversicherungsnummer
  - b. Versichertennummer
  - c. Versichertenkartennummer
- b) Angaben zur versicherten Person, wenn diese nicht mit dem Patienten identisch ist (z.B. bei gesunden Säuglingen oder Lebend-Spender-Leistungen)
  - a. Sozialversicherungsnummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
  - b. Versichertennummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
  - c. Versichertenkartennummer (z.B. der Mutter oder des Organempfängers)
- c) Fallspezifische Angaben
  - a. Fallnummer (ACID)
  - b. Patientenummer (APID)
  - c. Name und Adresse des überweisenden Arztes inkl. ZSR-Nr. und GLN
  - d. Eintrittsdiagnose im Klartext, ICD-10 oder WHO-Code
  - e. Sämtliche Abwesenheiten mit den folgenden Angaben:
    - Datum und Uhrzeit (Beginn und Ende)
    - Zusatzinformationen pro Abwesenheit:

- U = geplanter Urlaub oder  
A = Austritt mit anschliessendem Wiedereintritt  
f. 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 Kostengutsprachegesuch**

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer spätestens am fünften Arbeitstag (Montag bis Freitag, ohne Feiertage) vor dem geplanten Eintritt oder Wiedereintritt eines Versicherten ein Kostengutsprachegesuch zu.

<sup>2</sup> Das Kostengutsprachegesuch ist dem Versicherer jeweils mit den unter Art. 6 dieses Vertrages aufgeführten Angaben unaufgefordert und elektronisch zu übermitteln.

<sup>3</sup> Auf begründetes, schriftliches Verlangen des Versicherers stellen der Leistungserbringer und/oder der behandelnde Arzt diesem weitere zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendige Angaben unverzüglich und unentgeltlich zur Verfügung.

### **Art. 7.2 Angaben zum Kostengutsprachegesuch**

<sup>1</sup> Mit dem Kostengutsprachegesuch hat der Leistungserbringer dem Versicherer mindestens die folgenden Angaben gemäss XML-Standard des Forums Datenaustausch 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) Patientenummer (APID)
- g) Angaben über Auftraggeber Hausarzt (ZSR-Nummer und GLN), falls bekannt
- h) Geplantes respektive effektives Eintrittsdatum
- i) Eintrittsdiagnose

<sup>2</sup> Zusammen mit den administrativen Angaben gemäss Abs. 1 reicht der Leistungserbringer im Rahmen des Kostengutsprachegesuchs dem Versicherer Angaben zum medizinischen Befund des Patienten (Eintrittsdiagnose, Behandlungsgrund, etc.) und zur Zielsetzung der stationären Behandlung (Geplante Massnahmen, Rehabilitationsziele) ein.

### **Art. 7.3 Erteilung der Kostengutsprache**

- <sup>1</sup> Der Versicherer prüft das Kostengutsprachege such nach Erhalt.
- <sup>2</sup> Benötigt der Versicherer vom Leistungserbringer zusätzliche Angaben zur Beurteilung der Kostengutsprache, so hat er die Angaben bis spätestens am fünften Arbeitstag nach Erhalt des Kostengutsprachege suchs zu verlangen.
- <sup>3</sup> Ab Erhalt der Angaben, die eine abschliessende Beurteilung des Kostengutsprachege suchs ermöglichen, erteilt der Versicherer spätestens am fünften Arbeitstag die Kostengutsprache oder lehnt diese mit einer Begründung ab.
- <sup>4</sup> Entscheidet der Versicherer nicht innert genannter Frist, haftet er gegenüber dem Leistungserbringer für die bis zur verspäteten Mitteilung des Entscheids entstandenen Kosten, wie wenn er für diese Zeit eine Kostengutsprache erteilt hätte.
- <sup>5</sup> Stellt sich nach erteilter Kostengutsprache heraus, dass keine Leistungspflicht des Versicherers besteht, kann er die Kostengutsprache gegenüber dem Leistungserbringer jederzeit mit Begründung zurückziehen. Der Versicherer haftet unter Vorbehalt von Abs. 6 für die bis zum Rückzug entstandenen Kosten gemäss erteilter Kostengutsprache. Eine Rechnungsstellung an den Versicherten ist in diesem Fall nicht zulässig.
- <sup>6</sup> Hat sich der Versicherer im Zeitpunkt der Kostengutsprache hingegen in einem wesentlichen Irrtum über seine Leistungspflicht befunden, z.B. aufgrund falscher Angaben seitens des Leistungserbringers, hat er gegenüber dem Leistungserbringer das volle Rückforderungsrecht für die gutgesprochenen und/oder bezahlten Leistungen.

### **Art. 7.4 Verlängerungsmeldung**

- <sup>1</sup> Sofern der Aufenthalt voraussichtlich länger als die erteilte Kostengutsprache dauert, wird dem Versicherer eine Verlängerungsmeldung mit ärztlichem Bericht und schlüssiger Begründung für die Verlängerung des Aufenthaltes zugestellt. Der ärztliche Bericht enthält die Angaben zu den geplanten Massnahmen und ein entsprechendes Rehabilitationsziel und soll die weitere Spitalbedürftigkeit des Versicherten nachvollziehbar ausweisen.
- <sup>2</sup> Die Verlängerungsmeldung muss spätestens 5 Tage vor Ablauf der ordentlichen Kostengutsprache beim Versicherer vorliegen und erfolgt unaufgefordert und unentgeltlich.

### **Art. 7.5 Abweichende Bestimmungen**

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**

- <sup>1</sup> 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 ST Reha Tagespauschale.
- <sup>2</sup> An der Klinik beteiligte Personen dürfen gemäss Ärztesgesetz 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 ST Reha Basispreis

<sup>1</sup> Die Parteien vereinbaren einen ST Reha Basispreis (100%) von

**ab 01.01.2022 CHF 558.—**

**ab 01.01.2023 CHF 570.--**

<sup>2</sup> Mit dem ST Reha Basispreis und den Zusatzentgelten gemäss Fallpauschalenkatalog von SwissDRG AG sind sämtliche gesetzlich beziehungsweise vertraglich vereinbarten Leistungen 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 ST Reha. Vorbehalten bleiben Spezialregelungen gemäss Klarstellungen im Sinne von Teil II Art.3 der „Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 KVG Schweiz)" vom 14.12.2021 / 9.12.2021 / 6.12.2021 zum Tarifstruktur-Vertrag ST Reha vom 12.07.2021 / 30.06.2021 / 24.08.2021.

<sup>3</sup> Analysen, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind im ST Reha -Basispreis enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG Fallpauschalenkatalog separat abrechenbar sind.

### IV. Rechnungsstellung, -prüfung und -bezahlung

#### Art. 10 Rechnungsstellung

<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 Rechnungsstellung des Leistungserbringers an den Versicherer erfolgt innert 30 Tagen nach Abschluss der stationären Behandlung.

<sup>3</sup> Mit der Rechnung hat der Leistungserbringer dem Versicherer diejenigen gruppierungs- und abrechnungsrelevanten administrativen und medizinischen Datensätze zu liefern, welche in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (in Kraft per 01.01.2013) festgelegt worden sind.

<sup>4</sup> Die Bezahlung erfolgt innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

<sup>5</sup> Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), steht die in Abs. 4 aufgeführte Frist still.

<sup>6</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>7</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>8</sup> 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.

<sup>9</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>10</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

## **Art. 11 Leistungsstatistik**

<sup>1</sup> 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
- l) Zusatzentgelt
- m) DRG-Code
- n) ICD-10 Code
- o) CHOP-Kode
- p) Fallart
- q) Zuweisung
- r) Entlassung

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

## **Art. 12 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. 13 Qualitätssicherung**

<sup>1</sup> Die Qualität der medizinischen Leistungen ist vom Leistungserbringer sicher zu stellen. Der Leistungserbringer betreibt zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ein aktives Qualitätsma-



nagement. 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.

<sup>2</sup> Der Leistungserbringer setzt die Vorgaben des ANQ bezüglich Qualität und Qualitätsmessungen um. Die Vorgaben des ANQ betreffend Messzwang und Transparenz werden eingehalten.

<sup>3</sup> Der Leistungserbringer handelt bezüglich Qualitätsmanagements jederzeit nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss KVG des Fürstentums Liechtenstein, insbesondere bei der Diagnostik, den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Medikamenten und von Mitteln und Gegenständen.

#### **Art. 14 Kodierrevision**

<sup>1</sup> Die Kodierrevision der stationären Fälle richtet sich nach den im Reglement für die Durchführung der Kodierrevision definierten Revisionsgrundlagen.

<sup>2</sup> 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 ST Reha festgehalten.

<sup>3</sup> Für alle Finanzierer wird nur eine Revision durchgeführt. Der Revisor wird gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Der Leistungserbringer hat ein Vorschlagsrecht.

<sup>4</sup> Der Revisionsbericht zur Kodierung wird durch den Leistungserbringer bis 1 Monat nach Vorliegen des Revisionsberichtes an den LKV zugestellt. Der LKV übernimmt die Weiterleitung des Berichtes an die Krankenversicherer.

<sup>5</sup> Die durch eine neutrale Institution durchgeführte Kodierrevision ist kein Ersatz für die Einzelfallprüfung des Versicherers im Rahmen der Rechnungskontrolle.

## **VI. Kosten- und Leistungstransparenz**

#### **Art. 15 Kosten- und Leistungstransparenz im Rahmen der Tarifverhandlungen**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Bezüglich der zu gewährenden Transparenz werden folgende Grundsätze festgehalten:

- a) Die schweizerische 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 1. Mai des Folgejahres zu.
- c) Liefert der Leistungserbringer seine Betriebsrechnung gemäss ITARK Modell von H+, gilt folgendes:
  - a. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell.
  - b. 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 Pflgetage, usw.) und tarifstrukturelevanten Informationen in der notwendigen Detaillierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.

## **VII. Formelles**

### **Art. 16 Dauer und Inkrafttreten**

<sup>1</sup> Dieser Vertrag tritt – unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde – am 01.05.2022 in Kraft. Er gilt für alle ab dem 01.05.2022 eintretenden Versicherten.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Der Vertrag endet am 31.12.2023.

<sup>4</sup> 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.

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

### **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 des Schiedsgerichts gemäss Art. 28 KVG steht dem Leistungserbringer und den Versicherern offen.

### **Art. 18 Vertragsgenehmigung**

<sup>1</sup> Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 16 Abs. 5 KVG wird durch den LKV nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Der Leistungserbringer und die Versicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.

<sup>2</sup> Die Parteien dieses Tarifvertrages machen vorliegenden Vertragsabschluss von der umfassenden Genehmigung des Tarifvertrages inklusive der Einigung über die geltende Vertragsdauer durch die zuständige Behörde abhängig.

### **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.

Triesenberg, 30.05.22

**Clinicum Alpinum AG**



Michaela Risch  
Präsidentin des Verwaltungsrates



Clemens Laternser  
Mitglied des Verwaltungsrates

Vaduz, 10.06.2022

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

## ANHANG 1

Gemäss Art. 16 Abs. 2 Ärztegesetz darf sich ein Arzt nicht finanziell an Unternehmen beteiligen, von welchen er Heilmittel und/oder medizinische Dienstleistungen bezieht oder bei welchen er medizinische Dienstleistungen anordnet.

Folgende Ärztinnen und Ärzte gelten im Sinne des Ärztegesetzes als am Clinicum Alpinum AG beteiligt:

Name, Vorname	ZSR-Nr.	GLN
Dr.med. Wolfram Müssner	G004227	7601000258137

Triesenberg, 30.05.22

### Clinicum Alpinum AG



Michaela Risch  
Präsidentin des Verwaltungsrates

Clinicum Alpinum AG  
Gelleistrasse 70



Clemens Latenser  
Mitglied des Verwaltungsrates

Vaduz, 30.06.2022

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