rehaklinik SEEWIS

Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV

Tarifvertrag

vom 6. November 2024

betreffend die

Leistungsabgeltung für die Stationäre Rehabilitation (ST Reha)

gemäss dem Gesetz über die Krankenversicherung (KVG), LR 832.10

zwischen der

Rehaklinik Seewis AG
Schlossstrasse 1
7212 Seewis Dorf
ZSR-Nr. P744218

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und dem

Liechtensteinischen Krankenkassenverband (LKV)
Wuhrstrasse 13
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, 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 bei einem vertragsschliessenden Versicherer nach dem liechtensteinischen Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichert sind.

[2] 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

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

[2] 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 genehmigten gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für stationäre Rehabilitation gemäss Art. 49 Abs. 1 CH-KVG (ST Reha).

[2] Es gelten insbesondere die Bestimmungen der folgenden Regelwerke, Unterlagen und Standards in der jeweils gültigen Version:

a) Schweizerischer Tarifstruktur-Vertrag und Ergänzung über die Einführung der Tarifstruktur ST Reha zwischen H+, santésuisse und curafutura in der jeweils geltenden und vom Bundesrat genehmigten Fassung;

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.

[3] 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. Datenaustausch

Art. 5 Digitaler Datenaustausch: Grundsatz

[1] Der Leistungserbringer und die Versicherer vereinbaren, alle Informationen zum Behandlungsfall wie folgt digital auszutauschen

[2] Die Übermittlung der Rechnungen erfolgt mit dem jeweils aktuell geltenden XML Standard gemäss dem Forum Datenaustausch.

[3] Die Übermittlung aller übrigen Daten erfolgt über das bidirektionale Meldesystem SHIP gemäss den verfügbaren eCH-Standards der Fachgruppe „Administration Gesundheitswesen".

[4] 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) Fallspezifische Angaben
   a. Fallnummer (ACID)
   b. Patientennummer (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 digital mit SHIP eCH-konform auszutauschen, regeln den Austausch wie folgt:

Art. 7.1 Kostengutsprachegesuch

[1] 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.

[2] Das Kostengutsprachegesuch ist dem Versicherer jeweils mit den unter Art. 7.2 dieses Vertrages aufgeführten Angaben unaufgefordert und elektronisch zu übermitteln.

[3] 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

[1] 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) Patientennummer (APID)

g) Angaben über Auftraggeber Hausarzt (ZSR-Nummer und GLN), falls bekannt

h) Geplantes respektive effektives Eintrittsdatum falls bekannt

i) Eintrittsdiagnose

[2] 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

[1] Der Versicherer prüft das Kostengutsprachegesuch nach Erhalt.

[2] Benötigt der Versicherer vom Leistungserbringer zusätzliche Angaben zur Beurteilung der Kostengutsprache, so hat er die Angaben bis spätestens am fünften Arbeitstag nach Erhalt des Kostengutsprachegesuchs zu verlangen.

[3] Ab Erhalt der Angaben, die eine abschliessende Beurteilung des Kostengutsprachegesuchs ermöglichen, erteilt der Versicherer in der Regel bis am vierten Arbeitstag, jedoch spätestens am fünften Arbeitstag die Kostengutsprache oder lehnt diese mit einer Begründung ab.

[4] 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.

[5] 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.

[6] 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

[1] 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.

[2] 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.

III. Tarif und Leistungsumfang

Art. 8 ST Reha Basispreis

[1] Die Parteien vereinbaren, dass der gleiche ST Reha Basispreis des Leistungserbringers wie mit tarifsuisse - genehmigt vom Standortkanton Graubünden - zur Anwendung kommt. Der Basispreis passt sich automatisch an.

[2] 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 Klarstellung im Sinne von Teil II Art. 3 der Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 CH-KVG)“ zum Tarifstruktur-Vertrag ST Reha in der jeweils vom Bundesrat genehmigten, geltenden Fassung.

[3] Analysen, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind im ST Reha -Basispreis enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG Fallpauschalenkatalog oder im Rahmen der Klarstellung im Sinne der „Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 CH-KVG)“ zum Tarifstruktur-Vertrag ST Reha in der jeweils vom Bundesrat genehmigten, geltenden Fassung.

Art. 9 Leistungsumfang

Der Leistungserbringer erbringt Rehabilitationsleistungen für bei Krankenversicherungen im Fürstentum Liechtenstein versicherten Personen in den folgenden Abteilungen:

a) Kardiovaskuläre Rehabilitation

b) Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation

c) Internistisch-onkologische Rehabilitation

IV. Rechnungsstellung, -prüfung und -bezahlung

Art. 10 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] Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers an den Versicherer erfolgt innert 30 Tagen nach Abschluss der stationären Behandlung ausschliesslich elektronisch.

[3] 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.

[4] Die Bezahlung erfolgt innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

[5] 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.

[6] In begründeten Fällen hat der Leistungserbringer auf Verlangen des Versicherers unentgeltlich zusätzliche medizinische Unterlagen zuhanden des Vertrauensarztes zuzustellen, welche für die Rechnungskontrolle erforderlich sind.

[7] 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.

[8] Der Versicherer kann auch nach Ablauf der Beanstandungsfrist 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.

V. Qualitätssicherung und Kodierrevision

Art. 11 Qualitätssicherung

[1] Die Qualität der medizinischen Leistungen ist vom Leistungserbringer sicher zu stellen. 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 und Art. 19a KVG), insbesondere bei der Diagnosestellung, den Behandlungen, der Pflege, der Verordnung von Massnahmen sowie dem Einsatz von Medikamenten und von Mitteln und Gegenständen.

Art. 12 Kodierrevision

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

[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 ST Reha festgehalten.

[3] Für alle Finanzierer wird nur eine Revision durchgeführt. Als Revisionsbericht wird der Bericht basierend auf dem Schweizerischen Tarifstruktur-Vertrag und Ergänzung über die Einführung der Tarifstruktur ST Reha zwischen H+, santésuisse und curafutura vom 12.7.2021 / 30.6.2021 / 24.8.2021 akzeptiert.

[4] 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 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. 13 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:

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 zum in der Schweiz geltenden gesetzlich vorgegebenen Datum des Folgejahres zu.

c) Liefert der Leistungserbringer seine Betriebsrechnung gemäss ITARK Modell von H+, gilt folgendes:

   1. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell.
   2. Der Leistungserbringer stellt dem Krankenversicherer den Gesamtausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung zur Verfügung (Kosten-Vollversion). Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Informationen einzufordern.
   3. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Summe Kostengewichte, Day Mix Index (DMI), Anzahl Fälle, Anzahl Pflegetage, weitere Leistungskennzahlen) und tarif-/tarifstrukturrelevanten Informationen in der notwendigen Detaillierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.

d) Im Hinblick auf die richtige Abbildung der Leistungen unter ST Reha sind die Daten-erhebungsvorgaben der Swiss DRG AG zu beachten.

Art. 14 Leistungsstatistik / Spitalreporting

[1] Der Leistungserbringer stellt jährlich nachfolgende Daten über die stationären Patienten mit Liechtensteinischer Versicherung dem Amt für Gesundheit in Vaduz, 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) RCG-Code

n) ICD-10 Code

o) CHOP-Kode

p) Fallart

q) Zuweisung

r) Entlassung

[2] sofern ambulante Patienten behandelt werden, sind für diese die erwähnten Paramater soweit vorhanden zu liefern.

[3] Der Leistungserbringer stellt dem Amt für Gesundheit auf Nachfrage auch weitere Daten zur Leistungserbringung für Patienten auf dem Fürstentum Liechtenstein zur Verfügung.

VII. Formelles

Art. 15 Dauer und Inkrafttreten

[1] Dieser Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt - unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde – rückwirkend am 01.01.2024 in Kraft.

[2] Dieser Tarifvertrag ersetzt den Tarifvertrag vom 26. September 2022 betreffend der Leistungsabgeltung für die Stationäre Rehabilitation (ST Reha) zwischen den Vertragsparteien.

[3] 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.

Art. 16 Kündigung

[1] Der Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2025.

Art. 17 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. 18 Vertragsgenehmigung

[1] Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 16c Abs.7 KVG i.V.m. Art. 73a KVV wird durch den LKV nach erfolgter Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet. Der Leistungserbringer und die Versicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.

[2] 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 Vertragsexemplar ist für den Leistungserbringer, ein Exemplar für den LKV und ein Exemplar für die Genehmigungsbehörde bestimmt.

Seewis, 20.11.24

Leistungserbringer

[redacted]
Michele Genoni
Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer

[redacted]
Philippe Zwahlen
Leiter Finanzen

Vaduz, 6.11.2024

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

Versicherer / LKV

[redacted]
Dr. Donat P. Marxer
Präsident

[redacted]
Angela-Livia Amann, lic.utr.iur.
Geschäftsführerin