

Tarifvertrag

vom 3. April 2025

betreffend die

Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akut-stationäre Behandlungen

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

zwischen

Universitätsspital Zürich
Rämmistrasse 100
8091 Zürich
ZSR-Nr. E734301

nachfolgend: **Leistungserbringer**

Liechtensteinischer Krankenkassenverband (LKV)
Wuhrstrasse 13
9490 Vaduz

nachfolgend: **Versicherer / LKV**

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

g

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 der zugelassenen Krankenversicherer 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 zugelassenen Krankenversicherer nach dem Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) versichert sind.

² Mit diesem Tarifvertrag regeln die Vertragsparteien die Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akut-stationäre Spitalbehandlungen gemäss KVG im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge sowie Leistungen mit Kostengutsprache oder im Rahmen von internationalen Vereinbarungen. Zudem vereinbaren sie den administrativen Prozess.

³ Der Leistungsauftrag des USZ für das Fürstentum Liechtenstein umfasst derzeit folgende Bereiche:

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie
	NCH1.1	spezialisierte Neurochirurgie
Neurologie	NEU1	Neurologie
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (mit Stroke Unit)
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung

Gefässe	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz	HER1	Einfache Herzchirurgie
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie
	KAR1	Kardiologie inkl. Schrittmacher
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)

Darüber hinaus gelten alle IVHSM-Leistungsaufträge auch als Leistungsauftrag für das Fürstentum Liechtenstein.

Art. 3 Leistungsvoraussetzungen

¹ Vergütungen werden von den Versicherern dann erbracht, wenn der Leistungserbringer die rechtlichen Voraussetzungen eines Spitals an seinem Schweizer Standort erfüllt und zugelassen ist.

² Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die 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 akutsomatische Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG der Schweiz (SwissDRG).

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

- a) Schweizerischer Rahmenvertrag über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG zwischen H+, santésuisse und der GDK in der jeweils geltenden und vom Bundesrat genehmigten Fassung;
- b) Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha (hrsg. von der SwissDRG AG);
- c) Fallpauschalenkatalog der SwissDRG AG; inklusiv Abrechnungsgrouper, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation;
- d) Reglement für die Durchführung der Kodierrevision der SwissDRG AG;
- e) Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik;
- f) XML-Standard und Formulare des Forums Datenaustausch.

³ Setzt der Schweizer Bundesrat eine neue Version von SwissDRG in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Vertrages nicht, namentlich gilt die in Art. 8 Abs. 1 vereinbarte Baserate auch für die neue SwissDRG-Version.

II. Datenaustausch

Art. 5 Digitaler Datenaustausch: Grundsatz

Der Leistungserbringer und die Krankenversicherer 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)
 - Patientennummer (APID)
 - Name und Adresse des überweisenden Arztes inkl. ZSR-Nr. und GLN
 - Eintrittsdiagnose in der gesetzlich erlaubten Detaillierung
 - Leistungsstelle (Austrittsabteilung)
 - ausführender Leistungserbringer (provider_id)
 - verantwortlicher Leistungserbringer (responsible_id)

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 Anspruchsbe-rechtigung des Versicherten elektronisch via Abfragedienst vorzunehmen.

² Die vom Abfragedienst erhaltenen Angaben über die Versicherungsdeckung sind nur zum Zeit-punkt der Abfrage gültig.

Art. 7.2 Kostengutsprache

¹ Der Leistungserbringer stellt den zuständigen Versicherern von jeder geplanten Patientenauf-nahme in der Regel mindestens 3 Arbeitstage vor Spitaleintritt ein schriftliches Gesuch um Kos-tengutsprache zu. Im Falle einer notfallmässig eintretenden Person erfolgt die Eintrittsmeldung innerhalb 24 Std; spätestens am nachfolgenden ordentlichen Arbeitstag.

² Die Versicherer verpflichten sich, dem Spital innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Erhalt des Kos-tengutsprache gesuchs eine Kostengutsprache zu leisten oder eine vorläufige oder endgültige Verweigerung der Kostengutsprache bekannt zu geben. Erfolgt innerhalb von 5 Arbeitstagen

nach Erhalt des Kostengutsprache gesuches seitens des Versicherers kein Widerspruch, gilt die Kostengutsprache als erteilt.

Art. 7.3 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 mindestens 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 (AHV-Nummer)
 - 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

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.

III. Tarif

Art. 8 SwissDRG-Baserate

¹ Die Parteien vereinbaren eine SwissDRG-Baserate (100%)

ab dem 01.01.2025 CHF 11'330.-

ab dem 01.01.2026 CHF 11'430.-

² Die Vergütung wird zu 100% von den Krankenversicherern übernommen.

³ Mit der SwissDRG-Baserate 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 SwissDRG und TARPSY.

⁴ Analysen, Implantate, Medikamente sowie Mittel und Gegenstände sind in der SwissDRG-Baserate enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG Fallpauschalenkatalog separat abrechenbar sind.

⁵ Medikamente gemäss SL und Materialien gemäss MiGeL, die dem Patienten beim Austritt nach Hause mitgegeben werden, dürfen separat verrechnet werden.

Art. 9 Unbewertete Fallpauschalen gemäss SwissDRG

Die Höhe der Vergütung für unbewertete Fallpauschalen wird zwischen Leistungserbringer und Versicherer für den konkreten Fall separat vereinbart.

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.

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 in der Schweiz 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 Eine berechtigte Beanstandung des Versicherers bzw. des Wohnkantons hat unaufgefordert auch eine neue Rechnungsstellung an den jeweils anderen Kostenträger zur Folge. Der Leistungserbringer übernimmt bezüglich der Rechnungsstellung die Koordinationsfunktion zwischen Versicherern und Kantonen.

⁹ 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 gemäss den anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zurückfordern.

¹⁰ 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 KVG (Art. 19 und Art. 19a), 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 SwissDRG festgehalten.

³ Für alle Finanziierer wird nur eine Revision durchgeführt. Der Revisor wird gemeinsam von den Vertragsparteien bestimmt. Der Leistungserbringer hat ein Vorschlagsrecht.

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 Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) aus der Schweiz 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 ITAR-K Modell von H+, gilt folgendes:
 - a. ITAR-K wird als Kostenausweis anerkannt, nicht jedoch als Tarifierungsmodell.
 - b. Der Leistungserbringer stellt dem Krankenversicherer den Versichererausweis ITAR-K auf Ebene Gesamtunternehmung zur Verfügung (Versichererversion). Der Krankenversicherer hat das Recht, weitere Informationen gemäss Bst. c einzufordern.
 - c. Bereitstellung der Informationen zu den Leistungsdaten (bspw. Summe Kostengewichte, CMI, Anzahl Fälle, Anzahl Outlier usw.) und tarifstrukturelevanten Informationen (bspw. Mengengerüst unbewertete Fallgruppen und Zusatzentgelte) in der notwendigen Detailierung, inklusive der Katalogeffekte bei Wechsel der Tarifstruktur-Version.

Art. 14 Leistungsstatistik

¹ Das Universitätsspital Zürich (USZ) 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

² Das Universitätsspital Zürich (USZ) stellt dem Amt für Gesundheit auf Nachfrage auch weitere Daten zur Leistungserbringung für Patienten aus 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 - am 01.01.2025 in Kraft.

² Der Vertrag fällt ohne Kündigung der Parteien auf den Zeitpunkt automatisch dahin, in dem der Leistungserbringer an seinem Schweizer Standort nicht mehr als Leistungserbringer zugelassen und geführt wird. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungserbringer gegen den Entscheid des Standortkantons ein Rechtsmittel ergriffen hat, dem die aufschiebende Wirkung entzogen worden ist.

Art. 16 Kündigung

Der Vertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2026.

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 Krankenversicherer tragen allfällige Gebühren je hälftig.

² Die Parteien dieses Tarifvertrages machen vorliegenden Vertragsabschluss von der umfassenden Genehmigung des Tarifvertrags 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.

Zürich, 11/06/25

Universitätsspital Zürich



Dr. phil. II Monika Jänicke
Vorsitzende der Spitaldirektion, CEO



Remo Inglin
CFO

Vaduz, 3. April 2025

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

Liechtensteinischer Krankenkassenverband



Dr. Donat P. Marxer
Präsident



Angela-Livia Amann, lic.utr.iur.
Geschäftsführerin