



vom 03.06.2026

betreffend die

## **Tarifvertrag über die Leistungsabgeltung nach TARPSY für stationäre psychiatrische Behandlungen**

gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG), LR 832.10

zwischen

### **Psychiatrie St.Gallen**

Oberer Graben 32  
9000 St.Gallen

### **Standort Pfäfers**

Klinik St. Pirminsberg  
Klosterweg 1  
7312 Pfäfers  
ZSR-Nr. I744017 / GLN 7601001593701

### **Standort Wil**

Klinik Wil  
Zürcherstrasse 30  
9500 Wil  
ZSR-Nr. W389817/ GLN 7601001593695

### **Standort St. Gallen**

Klinik St. Gallen  
Teufenerstrasse 26  
9000 St. Gallen  
ZSR-Nr. N378817 / GLN 7601001593749

nachfolgend: **Leistungserbringer**

und

### **Liechtensteinischer Krankenkassenverband (LKV)**

Wuhrstrasse 13  
9490 Vaduz

nachfolgend: **Versicherer / LKV**

Leistungserbringer und Versicherer zusammen als **Vertragsparteien** bezeichnet

## I. Allgemeine Bestimmungen

### Art. 1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für:

- a) den vertragsschliessenden Leistungserbringer, der die genannten Standorte vollumfänglich vertritt;
- b) die in Liechtenstein zugelassenen Krankenversicherer;
- c) für Personen, die bei einem der zugelassenen Krankenversicherer obligatorisch gemäss Art. 7 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

<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 TARPSY für stationäre psychiatrische Spitalbehandlungen gemäss KVG. Der Leistungsauftrag entspricht jenem des Standortkantons.

<sup>3</sup> 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 erfüllt und als Spital / andere Einrichtung an seinem Standort zugelassen ist.

<sup>2</sup> Sind die Voraussetzungen gemäss Abs. 1 während der Laufzeit des Vertrages nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

## II. Tarifstruktur und Tarif

### Art. 4 Anwendbare Tarifstruktur

<sup>1</sup> Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf Basis der vom schweizerischen Bundesrat genehmigten gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für stationäre psychiatrische Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 1 CH-KVG (TARPSY).

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

- a) Schweizerischer Tarifstruktur-Tarifvertrag über die Einführung der Tarifstruktur TARPSY zwischen H+, santésuisse und curafutura 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) 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.

<sup>3</sup> Setzt der schweizerische Bundesrat eine neue Version von TARPSY in Kraft, so tangiert dies die Gültigkeit dieses Vertrages nicht, namentlich gilt der in Art. 5 vereinbarte Basispreis auch für die neue TARPSY-Version.

## Art. 5 TARPSY-Basispreis

<sup>1</sup> Die Vertragsparteien vereinbaren, dass jener TARPSY-Basispreis (100%) für stationäre psychiatrische Leistungen zur Anwendung kommt, den santéservices ag für den jeweiligen Standort ausgehandelt hat. Liegt kein genehmigter Basispreis vor, gilt der Provisorische als vereinbart. Die Anpassung erfolgt jeweils automatisch.

Für das Jahr 2026 beträgt der Basispreis CHF 707.-

Für das Jahr 2027 beträgt der Basispreis CHF 713.-

<sup>2</sup> Mit dem TARPSY-Basispreis und den Zusatzentgelten gemäss Fallpauschalenkatalog von SwissDRG AG sind sämtliche gesetzlich beziehungsweise vertraglich vereinbarten Leistungen abgegolten. Dies betrifft insbesondere 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, TARPSY und 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 CH-KVG)» zum Tarifstruktur-Tarifvertrag TARPSY in der jeweils vom schweizerischen Bundesrat genehmigten, geltenden Fassung.

<sup>3</sup> Analysen, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände sind im TARPSY-Basispreis enthalten, soweit sie nicht als Zusatzentgelte gemäss SwissDRG oder TARPSY Fallpauschalenkatalog oder im Rahmen der Klarstellungen im Sinne der «Vereinbarung zur separaten Verrechnung von Leistungen während eines stationären Aufenthaltes (Art. 49 Abs. 1 CH-KVG)» zum Tarifstruktur-Tarifvertrag TARPSY in der jeweils vom Bundesrat genehmigten, geltenden Fassung separat abrechenbar sind.

<sup>4</sup> Arzneimittel gemäss SL sowie Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL, die der versicherten Person beim Austritt nach Hause mitgegeben werden, dürfen separat verrechnet werden.

## III. Datenaustausch

### Art. 6 Digitaler Datenaustausch: Grundsatz

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer und die Versicherer vereinbaren, alle Informationen zum Behandlungsfall wie folgt digital auszutauschen:

- a) Die Übermittlung der Rechnungen erfolgt mit der jeweils letzten durch die vertragsschliessenden Versicherer akzeptierten Version des XML-Standards des Forums Datenaustausch über das bidirektionale Meldesystem SHIP.

- 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 über die bisherigen Kanäle.
- d) Auf sämtlichen Korrespondenzen inkl. der Rechnungsstellung sind in jedem Fall unabhängig von der Art der Übermittlung die ZSR-Nummer und die GLN des Leistungserbringers aufzuführen.
- e) Sobald die Schnittstelle zum liechtensteinischen elektronischen Gesundheitsdossier (eGD) erstellt ist, sind die Daten, gestützt auf das Gesetz über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG; LR 815.1) und die entsprechende Verordnung (EGDV, LR 815.11) zu erfassen.

#### **Art. 7 Ergänzende Bestimmungen zur Rechnungsstellung**

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

- Angaben zur versicherten Person
  - a. Versichertenidentifikationsnummer (IDNR)
  - b. Versichertennummer
- Fallspezifische Angaben
  - a. Fallnummer (ACID)
  - b. Patientenummer (APID)
  - c. Name und Adresse des überweisenden Arztes inkl. ZSR-Nr. und GLN (falls bekannt)
  - 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); massgebend bei Wechsel in ein Akutspital / Hospitalisation

#### **Art. 8 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. 8.1 Elektronische Deckungsabfrage**

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung und die Anspruchsberechtigung der versicherten Person elektronisch via Abfragedienst vorzunehmen.

<sup>2</sup> Die vom Abfragedienst erhaltenen Angaben über die Versicherungsdeckung sind nur zum Zeitpunkt der Abfrage gültig.

### **Art. 8.2 Eintrittsmeldung / Kostengutsprachegesuch**

<sup>1</sup> Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer bei Anmeldung, spätestens fünf Arbeitstage (Montag bis Freitag, ohne Feiertage) vor dem geplanten Eintritt eine Eintrittsmeldung zu.

<sup>2</sup> In medizinischen Notfällen erfolgt die Zustellung spätestens am zweiten Arbeitstag nach dem Eintritt.

<sup>3</sup> Es ist keine Rückmeldung des Versicherers auf die Eintrittsmeldung erforderlich.

<sup>4</sup> 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
  - Versichertenidentifikationsnummer (IDNR)
  - 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

### **Art. 8.3 Erteilung der Kostengutsprache**

<sup>1</sup> Der Versicherer prüft das Kostengutsprachegesuch nach Erhalt.

<sup>2</sup> Benötigt der Versicherer vom Leistungserbringer zusätzliche Angaben zur Beurteilung der Kostengutsprache, so hat er die Angaben bis spätestens am vierten Arbeitstag nach Erhalt des Kostengutsprachegesuchs zu verlangen.

<sup>3</sup> Ab Erhalt der Angaben, die eine abschliessende Beurteilung des Kostengutsprachegesuchs ermöglichen, erteilt der Versicherer in der Regel bis 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. 8.4 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, ein entsprechendes Therapieziel 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. Die Frist zur Erteilung oder Ablehnung der Verlängerung entspricht Art. 8.3. Abs. 2 und Abs. 3.

#### **Art. 8.5 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.

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

#### **Art. 9 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> 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>9</sup> Falls ein Patient seinen Versicherer wechselt, wird die Rechnung bei Austritt an den Versicherer gestellt, bei dem der Patient bei Spitaleintritt versichert war. Die Aufteilung der Rechnung unter den Krankenversicherern erfolgt pro rata temporis (nach Anzahl Aufenthaltstage). Dabei wird die Anzahl Aufenthaltstage gemäss «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha» berechnet.

<sup>10</sup> Im Todesfall (sofern bekannt) ist in der Regel innert 30 Tagen die Endabrechnung ausschliesslich elektronisch zu erstellen. Kann die 30-tägige Frist nicht gewährt werden, ist der Versicherer 5 Arbeitstage vor Ablauf der Frist schriftlich zu informieren.

<sup>11</sup> Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nichtpflichtleistungen sind der versicherten Person separat in Rechnung zu stellen.

## **V. Qualitätssicherung, Kostenmonitoring und Kodierrevision**

### **Art. 10 Qualitätssicherung**

<sup>1</sup> 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.

<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 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. 11 Monitoring der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Entwicklungen gemäss Art. 47c CH-KVG**

<sup>1</sup> Das Monitoring betreffend die Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten nach Art. 47c KVG wird im nationalen TARPSY-Tarifstrukturvertrag geregelt (Art. 47c Abs. 2 lit. b CH-KVG).

<sup>2</sup> Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das jeweils gültige Monitoringkonzept in Anhang F des schweizerischen TARPSY-Tarifstrukturvertrages sowie die darin vereinbarten Regeln und Massnahmen einzuhalten.

### **Art. 12 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 TARPSY 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 Abschluss der Kodierrevision an den LKV zugestellt. Der LKV übernimmt die Weiterleitung des Berichtes an die Versicherer.

<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. 13 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 tarifizierte 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 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 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 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. 14 Dauer und Inkrafttreten**

<sup>1</sup> Dieser Tarifvertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er tritt - unter Vorbehalt der Genehmigung durch die zuständige Behörde - am 01.01.2026 in Kraft.

<sup>2</sup> Der Vertrag fällt ohne Kündigung der Parteien auf den Zeitpunkt automatisch dahin, in dem der Leistungserbringer nicht mehr als Listenspital des Standortkantons gemäss Art. 41 Abs. 1<sup>bis</sup> des schweizerischen KVG geführt wird. Dies gilt auch dann, wenn der Leistungserbringer gegen den Entscheid des Kantons ein Rechtsmittel ergriffen hat, dem die aufschiebende Wirkung entzogen worden ist.

## Art. 15 Kündigung

Der Tarifvertrag ist kündbar mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten jeweils per Ende Jahr, erstmals per 31.12.2027.

## Art. 16 Schlichtung

<sup>1</sup> Entstehen bei der Anwendung dieses Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

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

## Art. 17 Vertragsgenehmigung

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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. 18 Schlussbestimmungen

Dieser Tarifvertrag 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.

Wil, den 23/6/26

### Psychiatrie St. Gallen



Dr. med. Morten Keller  
Verwaltungsratspräsident



Niklaus Baumgartner  
CEO

Vaduz, den 16.6.2026

### Liechtensteinischer Krankenkassenverband



Dr. Donat P. Marxer  
Präsident



Karin Zech-Hoop  
Geschäftsführerin