Vertrag zwischen der Rennbahnklinik in Muttenz und dem Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen

Vom 14. Januar 1982 (Stand 1. Juli 1981)

Die Rennbahnklinik, Muttenz, nachstehend Klinik genannt, und der Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen, nachstehend Kassen genannt, vereinbaren betreffend die Übernahme der Kosten für stationäre Patienten der Allgemeinen Abteilung in der Rennbahnklinik:

§ 1

[1] Der Vertrag bezieht sich auf Personen, die bei einer Kasse für Krankenpflege versichert sind und die als Patienten in die Allgemeine Abteilung der Klinik eintreten.

[2] Nicht unter den Vertrag fallen Patienten, die in eine andere als die Allgemeine Abteilung eintreten.

[3] Die Höhe der Tagesvollpauschale und die damit abgegoltenen Leistungen richten sich nach den jeweils für die Kantonsspitäler im Kanton Basel-Landschaft geltenden Bestimmungen.

[4] Die Kassen sind berechtigt, den Versicherten einen Verpflegungskostenanteil von 30 Fr. täglich in Rechnung zu stellen.

§ 2

[1] Für die Eintritts- und Austrittstage gilt die volle Tagespauschale, ausgenommen für den Austrittstag bei Verlegung in eine andere Klinik. Für Urlaubstage darf keine Tagespauschale verrechnet werden.

§ 3

[1] Zusätzlich zur Tagespauschale garantieren die Kassen der Klinik die Anschaffungskosten für Endoprothesen und für verlangte ausführliche Berichte.

[2] Die Klinik ist berechtigt, den Patienten nur für folgendes direkt Rechnung zu stellen: Kosten der persönlichen Bedürfnisse, Krankentransportkosten und Auslagen für Begleitungen, Patientenbehelfe wie Prothesen, Stöcke und andere Hilfsmittel, die Kosten der auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen zugezogenen klinikfremden Ärzte, Reparaturkosten bei Sachbeschädigungen und zahnärztliche Leistungen.

§ 4

[1] Bei Unfällen garantiert die Kasse nur, wenn der Patient gegen das betreffende Unfallereignis versichert ist.

§ 5

[1] Ein allfälliger Pflegezuschlag für Patienten, die Bezüger einer Hilflosenentschädigung gemäss der Bundesgesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung sind, wird von den Kassen nicht übernommen.

§ 6

[1] Wird bei Klinikeintritt keine Kostengutsprache der Kasse abgegeben, stellt die Klinik der Kasse sofort nach Eintritt des Patienten ein Kostengutsprachegesuch unter Angabe des für die Bestimmung der Leistungspflicht notwendigen Einweisungsgrundes zu.

[2] Die Kasse hat der Klinik innert 5 Tagen nach Erhalt des Gutsprachegesuches Kostengutsprache zu leisten oder die Klinik schriftlich zu benachrichtigen, wenn und warum das Mitglied nicht genussberechtigt, oder weshalb die Kasse nicht leistungspflichtig ist.

[3] Die Kostengutsprache gilt für die Dauer des Klinikaufenthaltes, sofern diese nicht ausdrücklich befristet wird. Ist beabsichtigt, Kassenleistungen zu reduzieren oder einzustellen, so hat die Kasse der Klinik die Garantie mit einer Frist von 10 Tagen zu kündigen. Die Kostengutsprache schafft für die Kasse eine selbständige, unbedingte Zahlungspflicht, sofern der Kostengutsprache nicht falsche oder unvollständige, die Leistungspflicht beeinflussende Angaben der Klinik zugrundeliegen. Die Kasse kann sich insbesondere der Klinik gegenüber nicht darauf berufen, dass sie sich über die Leistungspflicht dem Mitglied gegenüber geirrt habe.

§ 7

[1] Die Klinik stellt der Kasse in der Regel innert 30 Tagen nach Entlassung des Patienten Rechnung. Bei längerem Aufenthalt erfolgt die Rechnungsstellung periodisch. Kosten, die nach erfolgter Rechnungsstellung bekannt werden, können nachbelastet werden. Die Zahlungsfrist beträgt 30 Tage.

§ 8

[1] Die Kassen haben Anspruch auf die genaue Austrittsdiagnose.

§ 9

[1] Alle für die Bestimmungen der Garantie- und der Leistungspflicht der Kassen notwendigen medizinischen und Versicherungsangaben erfolgen nach VESKA-Code für Orthopädie.

§ 10

[1] Vor Beschreitung des ordentlichen Rechtsweges sind allfällige Streitigkeiten über Bestand, Auslegung und Anwendung des Vertrages einer vertraglichen Schlichtungsinstanz vorzulegen.

[2] Dieser vertraglichen Schlichtungsstelle gehört je ein Vertreter der Klinik, der Kassen und der Sanitätsdirektion an. Die Sanitätsdirektion führt das Sekretariat.

§ 11

[1] Allfällige Streitigkeiten der Vertragsparteien über Bestand, Auslegung und Anwendung dieses Vertrages sind gemäss den Bestimmungen des Gesetzes vom 22. Juni 1959/25. September 1972[1)] über die Rechtspflege in Verwaltungs- und Sozialversicherungssachen sowie der Verordnung vom 21. Dezember 1972[2)] betreffend die Gerichtsbarkeit in Sozialversicherungssachen zu entscheiden.

§ 12

[1] Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Er kann ganz oder teilweise unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

§ 13

[1] Dieser Vertrag ist vom Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft zu genehmigen[3)]. Er tritt rückwirkend auf den 1. Juli 1981 in Kraft.

1) SGS 1053, GS 21.470,24.893
2) SGS 1061, GS 24.958
3) Am 26. Januar 1982 genehmigt.

Änderungstabelle - Nach Beschlussdatum

Beschlussdatum	Inkraft seit	Element	Wirkung	Publiziert mit
14.01.1982	01.07.1981	Erlass	Erstfassung	GS 28.15

Änderungstabelle - Nach Paragraf

Element	Beschlussdatum	Inkraft seit	Wirkung	Publiziert mit
Erlass	14.01.1982	01.07.1981	Erstfassung	GS 28.15