

Grundlagenpapier „Argumentarium Rückforderungen und Zahlungsverweigerungen“

Fachkommission Tarife + Verträge

Ausgangslage:

Die Spitäler sehen sich immer wieder und öfter mit Rückforderungen und Zahlungsverweigerungen von Kostenträgern konfrontiert, die auf vergangenheitsbezogenen Spitalleistungsrechnungen beruhen. Anlässlich der Fachkommissionssitzung vom 6. März 2009 wurde diskutiert, ob es nicht sinnvoll wäre, wenn die H+ Spitäler eine einheitliche Haltung in solchen Streitfällen einnehmen sollten. Damit dies möglich ist, braucht es ein Grundlagenpapier, welches die rechtliche Basis-Sachverhalte zusammenfasst und als Leitlinie für solche Streitverfahren angewandt werden kann.

Vertragsrecht:

Sämtliche betroffenen Spitäler unterstehen dem Rahmenvertrag „santésuisse + H+“. Kaum betroffen ist der Rahmenvertrag „suva/MV/IV + H+“. Es gelten somit die entsprechenden Vertragsbestimmungen aus dem Rahmenvertrag. Dieser regelt/ergänzt jene Bereiche, die nicht aus den allgemeinen Bestimmungen OR/ZR und dem KVG geregelt sind. Wesentlich sind dabei die Bestimmungen zu Rechnungslegung, -prüfung und -vergütung.

OR Art. 1; übereinstimmende Willensäusserung; diese ist mit einem gegengezeichneten Vertrag erfüllt. Bestreitet eine Partei den Vertrag oder Teile davon, hat sie dies zu belegen. Ansonsten gilt der Vertrag und er ist für die beteiligten Parteien verbindlich. Dies mit sämtlichen Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung (z.B. Schuldbetreibung bei nichtzeitiger Schuldbegleichung).

Art. 59.Abs. 5 KVG; Legitimationsbasis und Bindungsbasis für Rahmenverträge

Rechnungsprüfung:

Kostenträger sind gehalten, Leistungsrechnungen für ihre Versicherten zu prüfen. Die Leistungserbringer müssen gemäss Art. 42, Abs. 3 KVG und Art. 59 KVV minimalen Informationen bereitstellen. Der Umfang der Rechnungsdaten kann vertraglich weiter festgelegt werden. Im Rahmenvertrag Tarmed ist der Rechnungsdatenumfang im Art. 9 Abs. 7 beschrieben.

Die Prüfung der Rechnung bezieht sich auf den BEHANDLUNGSFALL und den PATIENTEN / Versicherten. Dies ergibt sich aus dem Grundsatz der Nutzung der hochsensitiven Personendaten, welche dem Kostenträger für die Erfüllung seiner Aufgabe bereitgestellt werden. Eine anderweitige Nutzung der hochsensitiven Personendaten ist dem Kostenträger, ohne individuellem Einverständnis des Datenhoheits-Herrn (Patient/Versicherter) NICHT gestattet.

Die Zeitspanne, innerhalb welcher eine Prüfung der eingereichten Leistungsrechnung vorgenommen werden muss, ist im KVG nicht festgehalten. Allenfalls beigezogen werden können allgemein übliche Verfahrenfristen (z.B. gemäss ATSG). In der Praxis gelten Fristen von mehr als drei Monaten als übermässig und es kann ein Streitverfahren (Einspracheverfahren gem. Art. 89 KVG) eröffnet werden, mit dem Klagegrund der unterlassenen Dienstleistungspflicht der Rechnungsprüfung und Leistungsrückerstattung. Dieses kann auch in

einem Schuld-Betreibungsverfahren eröffnet werden. Bei Streitfragen zu Tarmedrechnungen ist im Rahmenvertrag vorgesehen, dass die Parteien die Paritätische Vertrauenskommission anrufen können.

Im Rahmenvertrag Tarmed wurde hier eine ergänzende Bestimmung im Artikel 9, Abs. 9 erlassen. Die Frist beträgt 30 Tage seit Rechnungsstellung.

30-Tagefrist Rahmenvertrag:

Die Fälligkeitsfrist der Forderungen aus dem Rahmenvertrag wurde unter Art. 9 auf 30 Tage festgesetzt. Dies für die:

- a) gänzlich unbestrittene Rechnung ebenso wie
- b) den nicht bestrittenen Teil der Rechnung.

Gemäss den obigen Ausführungen im Themenbereich „Vertragsrecht“, haben sich die Vertragsparteien an diese, gegenseitig anerkannte (durch Beitritt zum Vertrag) verbindliche Frist zu halten. Bei Verzug kommen die nach Art. 102ff festgelegten Bestimmungen aus Schuldnerverzug zum tragen. Ergänzt um den Artikel 9 Abs. 11 des Rahmenvertrages Tarmed, der den Verzugszins und die Zinslauffrist regelt. Ist der Garanten-Verzug (der als Schuldnerverzug gilt) eingetreten, kann somit direkt eine Forderungseingabe nach SchKG gemacht werden. Sei dies über den ganzen Rechnungsbetrag oder den unbestrittenen Teil.

Dies bedeutet wiederum, dass ein Kostenträger gemäss dem Rahmenvertrag Tarmed nur innerhalb der Frist von 30 Tagen seine Beanstandungen (Korrekturen, Löschungen) zu der individuell gestellten Rechnung einbringen kann. Eine Nachfristsetzung durch Mahnung ist daher nicht zu empfehlen, weil dadurch die Frist auch der Beanstandung verlängert wird.

Eine generelle Rückweisung der Rechnung muss begründet sein und darf NICHT auf der Beanstandung einer einzelnen Leistungsposition oder deren mehrerer beruhen. Es bedarf hierzu den grundsätzlichen „Nichtigkeitsgrund“ der Rechnungsstellung (falscher Kostenträger, falsche Rechtslage, fehlende Versicherungsdeckung allenfalls). Eine nichtbegründete grundsätzliche Rückweisung, oder eine schlecht begründete Teilrückweisung birgt nicht direkt einen Fristenstillstand.

Fristenstillstand: dieser kann eintreten, wenn eine Streitfrage via einer externen Stelle noch geklärt werden muss (z.B. Tarmed Suisse). Da nicht festgehalten ist, wie lange sich allenfalls die Garanten-Frist dann verlängert, ist unbedingt darauf zu achten, dass die Forderung innerhalb von 5 Jahren maximal festgesetzt wird (Verjährungsfrist ATSG, Art. 24; Betreibung einleiten!).

Innerhalb der Frist hat der Kostenträger (allenfalls auch der Leistungserbringer) die Aufgabe der Leistungsprüfung vorzunehmen. Die hierzu genutzten Mittel (Technologien) und Prozesse sind nicht festgelegt. Verbindlich für die Parteien ist das zum Zeitpunkt der Prüfung/Bemänglung genutzte Verfahren.

Abgegoltene Leistungen gelten als „geschlossen“, sprich als korrekt anerkannt. Nur so kann die Rechtssicherheit im Wirtschaftsprozess bestehen bleiben. Allenfalls müsste der Kostenträger jedes Mal bei der Abgeltung einen entsprechenden Vorbehalt anbringen! Ist dies nicht der Fall, gibt es kein Wiedereintreten in die Beanstandungsfrist. Diese Regelung gilt grundsätzlich für sämtliche beteiligten Vertragsparteien (also auch für Spitäler). Ausgenommen sind klare Irrtümer (Rückabwicklung des eigentlichen Schuldentstehungsgrundes). Ein eingeleitetes rückwirkendes Wirtschaftlichkeits-Prüfungsverfahren fällt nicht darunter.

Eine nachträgliche „bessere“ Leistungsmeldung/-Abrechnung im Spital wie beim Kostenträger, basierend auf neuen Methoden, erlaubt keine „Neueröffnung“ der Frist.

Nachträgliche Wirtschaftlichkeitskontrolle:

Fehlanwendung des Tarifs.

Sanktionsverfahren