

## **Merkblatt zum Rechtsweg bei Streitigkeiten zwischen Spitex-Organisationen und Krankenversicherern**

### **Regelung von Streitigkeiten zwischen Leistungserbringer und Versicherer**

Streitigkeiten zwischen Spitex-Organisationen und Krankenversicherern betreffen meistens die Nichtübernahme oder die Kürzung von Leistungen durch die Krankenversicherer. Grundsätzlich werden Streitigkeiten direkt zwischen der Spitex-Organisation und dem Krankenversicherer geregelt. In den Administrativverträgen, die zwischen den Spitex-Verbänden und den Verbänden der Krankenversicherer abgeschlossen wurden, ist so weit als möglich präzisiert, unter welchen Voraussetzungen Kürzungen möglich oder eben nicht zulässig sind. Es ist deshalb wichtig, dass sich die Argumentation der Spitex-Organisation anlässlich von Streitigkeiten auf diese Grundlage stützt und insbesondere auch die gesetzlichen Grundlagen ([Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG](#) und [Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV](#)) berücksichtigt. Sowohl die gesetzlichen als auch die in den Administrativverträgen festgeschriebenen Regelungen sind für die Krankenversicherer (sowie auch für die Spitex-Organisationen) bindend.

### **Kontrollen und Beanstandungen von Seiten Versicherer gemäss Administrativvertrag**

Aktuell existieren inhaltlich drei fast identische Administrativverträge zwischen den Spitex-Verbänden und tarifsuisse ag, CSS und HSK. Deshalb müssen bei Verweisen auf Artikel im Administrativvertrag der jeweils pro Vertrag geltende Artikel genannt und allenfalls unterschiedliche Regelungen beachtet werden.

Erhebt der Krankenversicherer innert einer vereinbarten Frist ab Eingang der ärztlichen Anordnung/Bedarfsmeldung keinen Einspruch, gilt die Leistungspflicht grundsätzlich als gegeben. Vorbehalten bleibt das Prinzip WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit):

- Frist gemäss Administrativvertrag tarifsuisse ag: 10 Arbeitstage (Art. 8, Abs. 5)
- Frist gemäss Administrativvertrag CSS: 15 Arbeitstage (Art. 6.2.4)
- Frist gemäss Administrativvertrag HSK: 15 Arbeitstage (Art. 7.2, Abs. 3)

Da die Versicherer verpflichtet sind, mittels Kontrollverfahren die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit (WZW) zu überprüfen, können Einwände und Prüfungsbegehren auch zu einem späteren Zeitpunkt eingebracht werden. Hier sind die Bestimmungen im Anhang «Vereinbarung über die Kontrollen der Versicherer» zum Administrativvertrag zu beachten.

Wird die geplante und/oder erbrachte Leistung durch den Krankenversicherer angezweifelt:

- indem der Krankenversicherer fristgerecht innert 10 bzw. 15 Arbeitstagen Einspruch nach Erhalt der ärztlichen Anordnung erhebt,
- indem nach der Rechnungsstellung die Wirksamkeit/Zweckmässigkeit/Wirtschaftlichkeit in Frage gestellt wird (vgl. dazu auch Regelungen betr. Auskunftspflicht der Leistungserbringer sowie die entsprechenden Anhänge der AV betreffend Kontrollablauf),
- indem er Leistungen auch zu einem späteren Zeitpunkt kürzt (z.B. Quartalsmeldungen auf einen Monat heruntergebrochen werden, auch kleine Abweichungen zur Bedarfsmeldung nicht akzeptiert werden, oder Leistungen willkürlich zusammengestrichen werden),

sollte in jedem Fall zuerst das Gespräch mit den zuständigen Fachleuten des Versicherers gesucht werden.

Dabei soll, wenn immer möglich, konkret auf die entsprechenden Vertrags- oder Gesetzesartikel Bezug genommen werden. Gute Kenntnisse sowohl der Regelungen des Administrativvertrags als auch der relevanten gesetzlichen Bestimmungen sind eine wichtige Voraussetzung für alle Spitex-Organisationen bzw. für die innerhalb der Spitex-Organisation zuständigen Fachpersonen. Spitex Schweiz unterstützt die Spitex-Organisationen gerne bei Fragen oder Anliegen.

Wenn trotz ordnungsgemäss gestellter Rechnung und der Einreichung allfälliger vom Krankenversicherer nachgeforderten ergänzenden Informationen keine Einigung erzielt werden kann und der Krankenversicherer die vollständige Zahlung der bereits erbrachten Leistungen nach Art. 7, Abs. 2 KLV verweigert, bleibt der Spitex-Organisation die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Dabei ist es wichtig, so weit als möglich Klarheit darüber zu erlangen, weshalb der Krankenversicherer die Abgeltung der Leistungen verweigert.

Allenfalls kann es erfolgsversprechend sein, wenn die betroffene Klientin oder der betroffene Klient die ihm kostenlos zur Verfügung stehenden Rechtsmittel ergreift (s. Seite 4: Möglichkeiten für Klientinnen und Klienten).

## **Beschreiten des Rechtsweges**

Zuständig sind die von den jeweiligen Kantonen bezeichneten Schiedsgerichte über Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Sozialversicherungsträgern ([Art. 89 KVG](#)). Die Kantone regeln die Einzelheiten des jeweiligen Verfahrens ihres Schiedsgerichts. So ist es in gewissen Kantonen Voraussetzung, dass dem Verfahren ein Vermittlungs- oder ein Einigungsversuch vorausgeht, sofern der Streitfall nicht bereits einer vertraglich eingesetzten Vermittlungsinstanz unterbreitet worden ist oder die Parteien nicht darauf verzichten. Teilweise besteht auch die Möglichkeit, vor dem zuständigen Schiedsgericht eine Einigungsverhandlung zu führen. Dies immer mit dem Ziel, dass kein Klageverfahren geführt werden muss. Grundsätzlich muss das Verfahren den Verfahrensregeln gemäss [Art. 61](#) des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) genügen.

### Örtliche Zuständigkeit

Örtlich ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons zuständig, dessen Tarif zur Anwendung gelangt oder in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt (also der Kanton, in welchem der Sitz/Stützpunkt der Spitex-Organisation liegt).

### Sachliche Zuständigkeit

Das kantonale Schiedsgericht ist nur für sozialversicherungsrechtliche Angelegenheiten zwischen dem Leistungserbringer und dem Sozialversicherungsträger sachlich zuständig. Eine sozialversicherungsrechtliche Streitigkeit liegt vor, wenn sie Rechtsbeziehungen zum Gegenstand hat, die sich aus einem Sozialversicherungserlass des Bundes ergeben oder auf Grund eines Sozialversicherungserlasses des Bundes eingegangen sind.

Bei folgenden Fällen ist eine sozialversicherungsrechtliche Streitigkeit anzunehmen:

- Erteilung einer Abrechnungsnummer (wenn die von der Spitex-Organisation bei SASIS beantragte ZSR-Nummer nicht erteilt wird)
- Zeitlicher Umfang des versicherten Pflegebedarfes (Stundenabrechnung)
- Vorliegen einer ärztlichen Anordnung (nach [Art 8 KLV](#)).
- Anwendbarkeit des Spixetarifs für die vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen (Leistung A/B/C nach [Art. 7 KLV](#))
- Zuordnung der erbrachten Pflegeleistungen zu der entsprechenden Tarifposition

Keine sachliche Zuständigkeit dieses kantonalen Schiedsgerichts besteht hingegen für Angelegenheiten im Zusammenhang rund um die Restkostenfinanzierung und haftungsrecht-

liche Streitigkeiten (Schädigung durch Hilfspersonen des Sozialversicherungsträgers). In diesen Fällen ist das ordentliche Zivil- oder Verwaltungsgericht zuständig.

#### Liste der kantonalen Schiedsgerichte

Da die Verfahren nicht in allen Kantonen einheitlich geregelt sind, ist es sinnvoll, sich vor dem Einreichen einer Beschwerde beim zuständigen kantonalen Gericht zu informieren. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat eine Liste der zusammengestellt (s. Dokument im Extranet).

Des Weiteren kann es sinnvoll sein, eine Anwältin oder einen Anwalt beizuziehen, die/der auf den Sozialversicherungsbereich spezialisiert ist.

#### Einreichung des Schlichtungsgesuchs

Sieht das kantonale Recht vorgängig eine Einigungsverhandlung vor, ist beim Friedensrichter/bei der Schlichtungsstelle ein sogenanntes Schlichtungsgesuch einzureichen. Dafür kann das [Musterformular](#) des Bundesamts für Justiz verwendet werden.

#### Formulieren der Beschwerde

Sollten sich die Parteien nicht einigen, wird der Spitex-Organisation eine Klagebewilligung erteilt. Deren Beschwerde muss folgende Elemente enthalten:

- eine kurze, knappe Darstellung des Sachverhalts;
- ein klares Rechtsbegehren (Anspruch, den Sie der Gegenpartei gegenüber erheben);
- eine kurze, klare Begründung, warum Sie diesen Anspruch erheben und warum die Gegenpartei mit ihrem Entscheid Ihrer Meinung nach falsch entschieden oder eine Rechtsverletzung begangen hat;
- eine handschriftliche Unterschrift vertretungsberechtigter Personen.

#### Beilagen:

- Falls eine Verfügung bzw. ein Einspracheentscheid der Gegenpartei vorliegt, muss diese/r beigelegt werden;
- weitere Dokumente wie Arztzeugnisse, Gutachten, Abrechnungen, Korrespondenz etc.

Falls Beilagen eingereicht werden, muss in der Beschwerde im Einzelnen auf diese Beilagen hingewiesen oder Bezug genommen werden.

#### Einreichen der Beschwerde

Die Beschwerde muss beim zuständigen kantonalen Schiedsgericht eingereicht werden.

#### Weiterzug ans Bundesgericht

Gegen Entscheide des kantonalen Schiedsgerichts kann beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.

## Möglichkeiten für Klientinnen und Klienten

Klientinnen oder Klienten haben folgende Möglichkeiten, um bei Streitigkeiten aktiv zu werden:

### Ombudsstelle Krankenversicherung

Die [Ombudsstelle Krankenversicherung](#) berät und vermittelt bei Unklarheiten oder Streitigkeiten zwischen Versicherten und deren Krankenversicherung. Sie ist eine neutrale Stelle und hat bei allen Krankenversicherungen direkte Ansprechpartner, was es der Ombudsstelle erlaubt, effizient Missverständnisse zu klären und unbürokratische Lösungen zu suchen. Die Beratung der Ombudsstelle der Krankenversicherung ist kostenlos.

Dieser Weg ist jedoch nur möglich, wenn der Krankenversicherer nicht schon eine Verfügung erlassen hat und die Streitigkeit nicht schon vor einem Gericht hängig ist.

### Beschwerdefähige Verfügung vom Versicherer

Klientinnen und Klienten können sich an den Krankenversicherer wenden und entweder eine Erklärung oder eine schriftliche beschwerdefähige Verfügung verlangen. Das Begehren um eine beschwerdefähige muss Auskunft dazu geben, was gefordert wird (z.B. die Anerkennung der Leistungen gemäss Bedarfsmeldung). Der Versicherer muss mit der Verfügung die Begründung für die Ablehnung/Kürzung und eine Rechtsmittelbelehrung liefern.

Ist der Klient oder die Klientin mit der Verfügung nicht einverstanden, kann er/sie schriftlich (empfohlen) oder mündlich innert 30 Tagen Einsprache erheben. Auf die Einsprache hat der Versicherer einen Einspracheentscheid zu erlassen, welcher wiederum eine Begründung und eine Rechtsmittelbelehrung enthalten muss. Falls auch die Einsprache vom Krankenversicherer abgewiesen wird, kann der Klient oder die Klientin beim kantonalen Schiedsgericht eine schriftliche Beschwerde einreichen. Es empfiehlt sich, hierfür einen Rechtsbeistand beizuziehen.

Januar 2024