

WAFFEN GLEICHHEIT.

Wie Schweizer Praxen und Ärztenetzwerke automatische TARDOC-Kürzungen in zwei Minuten abwehren – ohne Patientendaten preiszugeben.

INKLUSIVE 30-TAGE-TESTPROTOKOLL (SCHEDULE M) & SCHWEIZER NETZWERK-ARCHITEKTUR

Das umfassende Praxishandbuch für Ärztinnen und Ärzte, Praxisleitende, Spital-Abrechnungsleitungen, Vorstände von Ärztenetzwerken und Medizinische Praxis-Fachpersonen (MPA/MPK).

Hans Johannes Schulte & Jolanda C. M. Wevers Schulte

Rebuttal Health, Inc. · Operativer Sitz: Lauterbachstrasse 136a, CH-3068 Utzigen BE

Stand: Oktober 2026

rebuttalhealth.com

ÜBERSICHT

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1	Der TARDOC-Druck und das Ende der Kulanz
Kapitel 2	Das algorithmische Wettrüsten der Krankenversicherer
Kapitel 3	Das Prinzip «Waffengleichheit» & das Bundesgerichtsurteil 9C_135/2022
Kapitel 4	Der 120-Sekunden-Workflow am Bildschirm
Kapitel 5	Zitate statt Halluzinationen: Die «Quote-or-[FEHLT]»-Doktrin
Kapitel 6	Die unantastbare ärztliche Autonomie (WZW & Human Gate)
Kapitel 7	Schweizer Datenschutz & Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB & revDSG)
Kapitel 8	Die Bedrohung für Managed Care & Schweizer Ärztenetzwerke
Kapitel 9	Das institutionelle Zusammenspiel: Ärztekasse, MediData & TrustCenter
Kapitel 10	Standespolitische Waffengleichheit: FMCH und SVA
Kapitel 11	Die Ökonomie der Reaktivierung, Rahmenverträge & 30-Tage-Test
Anhang	Das 30-Tage-Testprotokoll (Schedule M) & Synthetischer Fall

GELEITWORT DER AUTOREN

«Die Krankenversicherer prüfen Rechnungen weitgehend mit Software, während Praxen und Spitäler Kürzungen und Kostengutsprachen noch von Hand beantworten. Wer diesen Arbeitsaufwand neben dem Patientenbetrieb nicht mehr stemmen kann, verzichtet Monat für Monat auf berechtigtes Honorar. Dieses Handbuch zeigt, wie Waffengleichheit am Schreibtisch hergestellt wird – ohne Software-Installation, ohne Schnittstellenrisiko und ohne dass ein einziges Patientendatum Ihre Praxis verlässt.»

— Hans Johannes Schulte & Jolanda C. M. Wevers Schulte, Utzigen BE

KAPITEL 1

Der TARDOC-Druck und das Ende der Kulanz

Mit dem Inkrafttreten des TARDOC und der Einführung der ambulanten Pauschalen (LKAAT) hat sich das schweizerische Gesundheitswesen grundlegend verändert. Was politisch als Modernisierung angekündigt wurde, bedeutet im Praxisalltag vor allem eines: **massiv gestiegener administrativer Druck**.

Nach offiziellen Erhebungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) belaufen sich die ambulanten OKP-Leistungen auf rund **CHF 16.2 Milliarden** pro Jahr (davon CHF 10.1 Mrd. in Arztpraxen und CHF 6.1 Mrd. im spitalambulantem Bereich). Für die Krankenkassen ist dieser Block der grösste Kostenhebel. Die Zeiten, in denen Rechnungen mit pauschaler Kulanz vergütet wurden, sind endgültig vorbei.

DIE DIMENSION DES HONORARVERLUSTS

Laut Angaben des Versichererverbandes *curafutura* sparen die Schweizer Krankenversicherer durch die systematische Rechnungskontrolle jährlich rund **CHF 3.5 Milliarden** ein. Die CSS allein wies in ihrem Geschäftsbericht 2024 aus, bei 24.8 Millionen kontrollierten Rechnungen über **CHF 849 Millionen** an Auszahlungen verhindert zu haben.

Die Realität am Praxistresen

Für eine orthopädische Praxis, ein kardiologisches Zentrum oder eine chirurgische Tagesklinik bedeutet das: Jede Woche treffen Kürzungsmittelungen ein. Typische Streitwerte liegen bei:

- **Spezialarzt / Ambulantes OP-Zentrum:** CHF 400.– bis 1'200.– pro Fall (Eingriffe, Bildgebung, Pauschalen).
- **Gruppenpraxis / Ärztezentrum:** CHF 80.– bis 250.– pro beanstandete Position.
- **Grundversorger / Allgemeine Innere Medizin:** CHF 45.– bis 90.– (z. B. Streichung der hausärztlichen Beratung CA.00.0030).

Um diese Beträge zurückzufordern, verlangen die Kostenträger gemäss **Art. 42 Abs. 4 KVG** eine detaillierte, einzelfallbezogene Begründung. Das manuelle Verfassen einer solchen Stellungnahme dauert zwischen 30 und 45 Minuten pro Fall. Im dichten Praxisalltag kapituliert das Personal vor diesem Aufwand – die Kürzung wird zähneknirschend ausgebucht.

KAPITEL 2

Das algorithmische Wettrüsten der Krankenversicherer

Hinter den Kürzungsmitteilungen der Kassen sitzen längst keine Sachbearbeiter mehr, die Rechnungen Zeile für Zeile lesen. Die grossen Schweizer Krankenversicherer verarbeiten nach eigenen Angaben **über 85 % ihrer Rechnungen vollautomatisiert**.

Dabei kommen hochspezialisierte Regelsysteme und OAAT-Webgrouper zum Einsatz. Diese Prüfsoftware scannt elektronische Abrechnungen im Millisekundentakt nach vordefinierten Mustern:

PRÜFMUSTER DER KASSEN	TYPISCH BETROFFENE TARIFPOSITION	WIRKUNG AUF DIE PRAXIS
Zeittakt-Überschreitung	CA.00.0030 (Hausärztliche Beratung)	Kürzung auf 0 Min., falls Konsultationsdauer nicht minutengenau aufgeschlüsselt ist.
Ambulante Pauschalen-Trigger	Trigger-Positionen im LKAAT	Zwangsabwertung von Einzelleistungen in eine unrentable Pauschale.
Kombinationsverbote	Diagnostik neben therapeutischem Eingriff	Automatische Streichung des diagnostischen Zuschlags.
Dokumentationsmangel	Wundbehandlung, Podologie, Spezialmedikation	Rückweisung der gesamten Position mangels Verlaufsnotiz.

DIE ASYMMETRIE

Die Versicherer kürzen mit massiver Rechnerleistung und Grenzkosten von null Rappen pro Fall. Die Praxen hingegen verteidigen ihr Honorar zu Fuss: mit Word-Dokumenten, Kopierern und Überstunden der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA). Diese Asymmetrie führt unausweichlich zur Resignation der Leistungserbringer.

KAPITEL 3

Das Prinzip «Waffengleichheit» & das Bundesgerichtsurteil 9C_135/2022

Um dem algorithmischen Druck der Kassen zu begegnen, braucht die Praxis keine juristischen Floskeln, sondern **Waffengleichheit**. Der Begriff stammt aus dem verfassungsrechtlichen Gehörsanspruch (Art. 29 BV): Ein faires Verfahren setzt voraus, dass beide Seiten über gleichwertige Mittel verfügen, um ihre Rechte zu wahren.

Der rechtliche Durchbruch: BGer 9C_135/2022

Die Schweizer Kassen stützen ihre pauschalen Kürzungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen oft auf statistische Vergleichsmethoden (Screening). In einem wegweisenden Grundsatzurteil hat das Schweizerische Bundesgericht dieser Praxis enge Grenzen gesetzt:

LEITSATZ BUNDESGERICHT (URTEIL 9C_135/2022 VOM 12. DEZEMBER 2023)

Statistische Auffälligkeiten aus Screening-Methoden der Versicherer erbringen keinen Nachweis für eine Überarztung oder unwirtschaftliche Behandlung. Entscheidend für die Honorarberechtigung ist stets der substantiiert dokumentierte Einzelfall.

(Bestätigt u. a. durch BGer 9C_126/2023, 9C_127/2023 und 9C_128/2023 vom 4. März 2024).

Die juristische Konsequenz ist glasklar: Wenn die Praxis in der Lage ist, die medizinische Notwendigkeit für den konkreten Patienten anhand der Krankengeschichte lückenlos, datiert und wörtlich zu belegen, **muss die Kasse das Honorar auszahlen**. Rebuttal Health liefert genau diesen Einzelfallnachweis in Sekunden-schnelle.

KAPITEL 4

Der 120-Sekunden-Workflow am Bildschirm

Rebuttal Health läuft als schlanke, geprüfte **Browser-Erweiterung für Google Chrome und Microsoft Edge** direkt auf dem Bildschirm der abrechnenden Fachperson.

VOM KÜRZUNGSBESCHEID ZUR BELEGTEN STELLUNGNAHME IN 4 SCHRITTEN

DAUER: ~120 SEKUNDEN

1. Krankengeschichte erfassen (Klick auf [KG LESEN]):

In der geöffneten Patientenakte liest die Erweiterung den Text des aktiven Tabs aus. Patientendaten, Diagnosen, Behandlungszeiten, Laborwerte und vorhandene Dokumente werden im flüchtigen Speicher bereitgehalten.

2. Kürzungsbescheid erfassen:

Im elektronischen Bescheid der Kasse erkennt das System automatisch die beanstandete Tarifposition (z. B. CA. 00.0030), den Bemerkungscode und die geforderten Nachweise.

3. Partnerportal vorbefüllen (Klick auf [STAGE APPEAL]):

Auf dem Web-Portal der Versicherung werden Rechnungsnummer, Behandlungsdatum, GLN, ZSR und Patientendaten sekundenschnell eingetragen. Der Begründungstext wird automatisch aus wörtlichen Aktenzitate komponiert.

4. Ärztliche Prüfung & Absenden (Human Gate):

Die Fachperson prüft den Entwurf am Bildschirm, setzt die WZW-Bestätigungen und klickt eigenhändig auf «Einreichen».

Warum In-Session-Souveränität entscheidend ist

Herkömmliche Cloud-Bots scheitern an Schweizer Praxen, weil sie an **HIN-Logins, Zwei-Faktor-Authentifizierung (SMS/Token) und Praxis-VPNs** geblockt werden. Rebuttal Health arbeitet *innerhalb* der bereits authentifizierten Sitzung der Fachperson. Es gibt keine Passwörter zu hinterlegen und keine Sicherheitsbarrieren zu umgehen.

KAPITEL 5

Zitate statt Halluzinationen: Die «Quote-or-[FEHLT]»-Doktrin

Standard-Sprachmodelle neigen dazu, Lücken durch frei erfundene Behauptungen zu füllen («Halluzinationen»). In der kassenärztlichen Abrechnung wäre dies fatal. Rebuttal Health basiert auf einer unnachgiebigen Regel: **Die Begründung besteht ausschliesslich aus wörtlichen Zitaten der bestehenden Krankengeschichte.**

DIE [FEHLT]-GARANTIE

Verlangt der Versicherer einen Nachweis (beispielsweise eine Fotodokumentation oder einen Wundabstrich), der in der Akte nicht vorhanden ist, **erfindet das System nichts**. Es markiert diesen Punkt im Entwurf gut sichtbar als:

[FEHLT — in der Krankengeschichte nicht dokumentiert]

Die Fachperson sieht auf einen Blick, wo eine echte Dokumentationslücke vorliegt, und entscheidet, ob dieser Punkt nachgereicht oder die Position fallen gelassen werden muss.

KAPITEL 6

Die unantastbare ärztliche Autonomie

Rebuttal Health ist ein administrativer Zuarbeiter, keine Behandlungssoftware. Es fällt keine medizinischen Urteile und greift zu keinem Zeitpunkt in die ärztliche Therapiefreiheit ein. Die Trennlinie ist institutionell verankert:

1. WZW-Bestätigung (Art. 32 KVG)

Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen **wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich** sein (WZW-Kriterien gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG). Das Setzen dieser gesetzlichen Bestätigungshäkchen auf den Kassenportalen verweigert die Software prinzipiell. Sie hebt das Feld hervor, überlässt den Klick jedoch zwingend der verantwortlichen Ärztin oder dem Arzt.

2. Vertrauensärztlicher Dienst (Art. 42 Abs. 5 KVG)

Enthält eine Stellungnahme hochsensible medizinische Details, sieht das KVG vor, dass diese Angaben ausschliesslich dem Vertrauensarzt des Versicherers offengelegt werden dürfen. Die Entscheidung, ob das Kontrollkästchen «Nur an Vertrauensarzt» aktiviert wird, trifft die Praxis.

KEIN AUTONOMES ABSENDEN (AUTONOMOUS SUBMIT = 0)

In der Software ist fest verdrahtet: **Keine Schaltfläche mit der Aufschrift «Einreichen», «Senden» oder «Abschliessen» wird jemals automatisiert ausgelöst.** Das juristische Einreichen bleibt vollumfänglich ein menschlicher Willensakt der Fachperson.

KAPITEL 7

Schweizer Datenschutz & Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB & revDSG)

Patientendaten gehören nach Art. 5 lit. c Ziff. 2 DSG zu den **besonders schützenswerten Personendaten** und unterstehen dem strafrechtlich sanktionierten Berufsgeheimnis nach **Art. 321 StGB**.

ARCHITEKTUR DES SCHWEIZ-MODUS

100 % LOKALE AUSFÜHRUNG

- **Keine Übermittlung von Patientendaten:** Namen, Geburtsdaten, AHV-Nummern, Befunde und Diagnosetexte werden ausschliesslich lokal im Arbeitsspeicher des Browsers auf dem Rechner der Fachperson verarbeitet.
- **Flüchtige Speicherung (RAM):** Daten werden zu keinem Zeitpunkt persistent gespeichert (kein `localStorage`, keine Cookies, keine Server-Datenbank). Mit dem Klick auf «Neuer Fall» wird der Speicher sofort freigegeben.
- **Pseudonymisierte Zählzeile:** Nach erfolgreichem Einreichen übermittelt die Erweiterung lediglich eine Zählzeile für die Lizenzkontrolle. Die Eingangsnummer des Portals wird noch im Browser mittels **SHA-256 kryptografisch** gehasht.

Schedule CH: Der Auftragsbearbeitungsvertrag (AVV)

Für den rechtssicheren Einsatz schliessen Praxis und Rebuttal Health, Inc. eine formelle **Vereinbarung über die Auftragsbearbeitung (Schedule CH · AVV)** nach Art. 9 DSG ab (öffentlich einsehbar unter rebuttalhealth.com/schweiz/avv). Hosting-Partner für Lizenz- und Telemetriedaten ist die Flow Swiss AG in Baar ZG.

KAPITEL 8

Die Bedrohung für Managed Care & Schweizer Ärztenetzwerke

In der Schweiz sind heute über 70 % der Grundversicherten in einem alternativen Versicherungsmodell (AVM) wie Hausarzt-, Gruppenpraxis- oder HMO-Modellen eingeschrieben. Diese Modelle werden massgeblich durch **Ärztenetzwerke** getragen. Was viele übersehen: **TARDOC-Kürzungen bedrohen die wirtschaftliche Existenz der gesamten Managed-Care-Architektur.**

Warum Kassenkürzungen Netzwerke doppelt treffen

Ärztenetzwerke schliessen mit den Krankenversicherern Qualitäts- und Budgetverträge ab (Shared Savings / Capitation-Modelle). Werden ambulante TARDOC-Positionen oder Pauschalen von den Kassen systematisch gekürzt, entstehen zwei fatale Schäden:

- **1. Direkter Honorarverlust der Mitgliedspraxen:** Den angeschlossenen Hausärztinnen und Spezialisten fehlt Liquidität für den laufenden Praxisbetrieb.
- **2. Verzerrung der Netzwerk-Kostenindizes:** Akzeptiert ein Netzwerk stillschweigend algorithmische Kürzungen, sinken zwar vordergründig die verrechneten Kosten – die Kassen werten die verbleibenden Ausreisser jedoch umso aggressiver ab, was die Jahresend-Boni des gesamten Netzwerks gefährdet.

DAS SCHWEIZER NETZWERK-RASTER

Rebuttal Health deckt alle grossen Schweizer Netzwerkstrukturen ab:

- **medswissnet:** Der nationale Dachverband mit über 8'000 vernetzten Ärztinnen und Ärzten.
- **mediX Gruppe:** Führendes Netzwerk in Zürich, Bern, Nordwestschweiz, SÄntis und Romandie (>1'000 Ärzte).
- **Argomed Ärzte AG:** Starke Verankerung im Mittelland (AG, SO, BE, BL) mit rund 700 Ärztinnen und Ärzten.
- **zmed Zürich & DocNet:** Wichtige Versorger in den Kantonen Zürich und Zentralschweiz.
- **Réseau Delta & Réseau de l'Arc:** Die grössten integrierten Versorgungsnetze in der Westschweiz.

Der Hebel: Über einen zentralen Netzwerk-Rahmenvertrag erhalten alle Praxen eines Netzwerks den gleichen Abwehrstandard gegen Kassen-Algorithmen – und das Netzwerk sichert sein Gesamthonorar.

KAPITEL 9

Das institutionelle Zusammenspiel: Ärztekasse, MediData & TrustCenter

Rebuttal Health positioniert sich nicht als Konkurrent bestehender Dienstleister, sondern als komplementärer kognitiver Schutzschild am Point-of-Work:

1. Abrechnungsgenossenschaften (Ärztekasse, ZüriDoc, NewIndex)

Abrechnungsstellen wie die **Ärztekasse** (über 23'000 Mitglieder) oder **ZüriDoc** leisten Hervorragendes bei der Rechnungsstellung und beim Mahnwesen. Wenn jedoch eine Kürzung nach Art. 42 Abs. 4 KVG eintrifft, stockt der Prozess: Die Abrechnungsstelle hat keinen Zugriff auf die vollständige Krankengeschichte und darf von Gesetzes wegen keine klinischen Stellungnahmen verfassen.

Die Symbiose: Rebuttal Health bereitet die medizinische Stellungnahme in der Praxis in 2 Minuten vor. Die Ärztin gibt sie frei – und die Abrechnungsstelle kann die Forderung erfolgreich einkassieren, statt sie abschreiben zu müssen.

2. Nationale Datenautobahnen (MediData & HIN)

MediData vernetzt über 22'000 Akteure im Schweizer Gesundheitswesen. Jede Ablehnung und jeder Rückweisungscode läuft über diese Infrastruktur. **HIN** sichert die professionelle Identität. Rebuttal Health setzt genau dort an: Beim Eintreffen eines negativen Bescheids ermöglicht die Erweiterung die unmittelbare Gegenwehr direkt im HIN-geschützten Portal.

WERTSTROM-INTEGRATION OHNE SCHNITTSTELLENAUFWAND

PLUG & PLAY

Weder die Ärztekasse noch MediData müssen für Rebuttal Health neue Schnittstellen programmieren. Die Software greift als browserseitige Assistenz genau dort ein, wo der Mensch heute Daten manuell von einem Fenster ins andere kopiert.

KAPITEL 10**Standespolitische Waffengleichheit: FMCH und SVA**

Zwei Berufsgruppen stehen an vorderster Front des TARDOC-Drucks:

1. Die chirurgischen Fachgesellschaften (FMCH)

Die **FMCH** vertritt 15 Fachgesellschaften und über 9'000 chirurgisch und invasiv tätige Ärztinnen und Ärzte. Invasive Spezialisten sind von ambulanten Pauschalen besonders bedroht, weil komplexe Eingriffe in unzureichende Pauschalen gezwungen werden.

Die FMCH betont zu Recht: Die individuelle Patientendokumentation gemäss **BGer 9C_135/2022** ist die wirksamste Waffe gegen die Zwangsabwertung ärztlicher Leistungen. Rebuttal Health liefert die Software, um dieses Bundesgerichtsurteil für jede einzelne Operation in 2 Minuten umzusetzen.

2. Der Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA)

Die rund 15'000 Schweizer MPAs und MPKs tragen die reale Arbeitslast der Kassenbürokratie. Sie müssen neben Telefon, Labor und Sprechstundenassistenz seitenlange Formulare ausfüllen. Rebuttal Health nimmt den MPAs 80 % der mühsamen Abtipparbeit ab und gibt ihnen Zeit für die Patientinnen und Patienten zurück.

KAPITEL 11

Die Ökonomie der Reaktivierung, Rahmenverträge & 30-Tage-Test

Rebuttal Health wird nach transparenten Pauschalen in Schweizer Franken lizenziert – **ohne Erfolgsbeteiligung** auf Ihr gerettetes Honorar:

LIZENZSTUFE	ZIELGRUPPE	PREIS (CHF)	AMORTISATION
Praxis-Desk	Facharztpraxis (1–3 Ärzt:innen)	CHF 490.– / Mt. (CHF 5'400.– / Jahr)	Ab 1 Fall / Monat im Plus
Zentrum-Desk (S-Desk)	Ambulantes OP-Zentrum, Klinikabteilung	CHF 1'950.– / Mt. (CHF 21'000.– / Jahr)	Ab 3 Fällen / Monat im Plus
Klinik & Netzwerk (S-Agency)	Klinikgruppe, Ärztenetzwerk (bis 3 Portale)	CHF 4'900.– / Mt. (CHF 54'000.– / Jahr)	Ab 6 Fällen / Monat im Plus

Netzwerk-Rahmenverträge mit Volumen-Staffelung

Für Ärztenetzwerke, Genossenschaften und Trägerschaften gelten gestaffelte Konditionen:

- **10 bis 49 Praxen:** 15 % Rabatt auf die Gesamtlizenz.
- **50 bis 149 Praxen:** 20 % Rabatt inklusive Schulungswebinaren.
- **Ab 150 Praxen:** 30 % Rabatt mit dediziertem Support in Utzigen BE.

AMORTISATIONS-IDENTITÄT

Bei einem durchschnittlichen Kürzungsbetrag von **CHF 800.–** (typisch bei ambulanten Eingriffen oder Pauschalenkürzungen) deckt bereits **eine einzige erfolgreiche Stellungnahme pro Monat** die Kosten des Praxis-Desks. Drei Fälle decken einen unlimitierten Zentrums-Arbeitsplatz.

ANHANG & PRAXISTEST

Das 30-Tage-Testprotokoll (Schedule M) für Schweizer Praxen

Rebuttal Health vergibt an die ersten 10 Schweizer Einrichtungen einen **vollständig kostenlosen 30-Tage-Praxistest (CHF 0.–)**.

Ablauf des Praxistests

- Tag 0 – Einrichtung & Baseline (20 Minuten):** Installation der Browser-Erweiterung auf einem Arbeitsplatz. Vorab-Unterzeichnung des AVV nach Art. 9 DSG. Festhalten Ihres bisherigen Kürzungsaufwands.
- Tag 1 bis 30 – Echter Praxisbetrieb:** Ihre Fachkraft bearbeitet reale Kürzungsbescheide auf einem Portal Ihrer Wahl (z. B. CSS, Helsana, Swica oder MediData).
- Tag 30 – Der Reaktivierungs-Report:** Sie erhalten einen anonymisierten Auswertungsbericht über die zusätzlich abgeschlossenen Fälle und das gerettete Honorar. Danach entscheiden Sie frei über eine Weiterführung.

SYNTHETISCHES TESTLABOR ZUM SOFORT-AUSPROBIEREN

Sie können den gesamten Ablauf sofort und ohne Anmeldung an unserem synthetischen Musterfall (Patient Lukas Brunner / AlpaCare Krankenversicherung) selbst durchspielen:

- Krankengeschichte: rebuttalhealth.com/showcase/swiss-chart-denial.html#kg
- Kürzungsbescheid: rebuttalhealth.com/showcase/swiss-chart-denial.html#kuerzung
- Partnerportal: rebuttalhealth.com/showcase/swiss-appeal-portal.html

Anmeldung zum kostenlosen 30-Tage-Test

Rebuttal Health, Inc. · Operativer Sitz Schweiz:

Lauterbachstrasse 136a, CH-3068 Utzigen BE

Telefon: **+41 31 539 44 31** · E-Mail: hans@rebuttalhealth.com

Web-Anmeldung: rebuttalhealth.com/schweiz