

SGA - Tipp 3/22

Herausgegeben von der Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA: www.s-g-a.org)

Redaktion: MSc Kristof Nagy, Vizepräsident SGA, Beratung & Vertretung in Wirtschaftlichkeitsverfahren, Tarifstreitigkeiten sowie Prophylaxe, Wilimattweg 1, 4450 Sissach, Mail: info@ueberarztung.ch
26. Jahrgang, Nr. 3, August 2022

Stolperfalle: Dokumentation Krankengeschichte

1. **Ausgangslage**

Die tarifsuisse ag und grosse Krankenversicherer (nachfolgend Krankenversicherer genannt) haben eine neue Taktik entwickelt, um einen Arzt bei Tarifstreitigkeiten in die Knie zu zwingen.

Enthält die Krankengeschichte keine Aufzeichnungen darüber, welche Leistungen erbracht worden sind, befindet sich der Arzt in einem sog. Beweisnotstand, weil er nicht direkt beweisen kann, welche Tarifleistungen er in welchem Umfang erbracht hat.

2. **Taktik der Krankenversicherer**

Die Krankenversicherer verlangen die Zustellung von Patientenakten (und evtl. der Agenda- und Leistungsblätter) einzelner Tage für bestimmte Patienten zu Händen des vertrauensärztlichen Dienstes.

3. **Prüfungsschema der Krankenversicherer**

3.1. **Art und Umfang der abgerechneten Leistung ist nicht dokumentiert**

Die medizinische Umschreibung in der Krankengeschichte betr. Diagnose, Therapie-vorschläge und durchgeführte Therapie sagt nichts aus über die erbrachten Einzelleistungen und deren Umfang gemäss Tarif.

Erstens muss die Art der erbrachten Einzelleistungen in der Krankengeschichte festgehalten werden. Dies kann z.B. mit folgenden Abkürzungen geschehen:

Leistung	Vorschlag Abkürzung
00.0050 <i>Vorbesprechung</i>	VS
00.0510 <i>Spezifische Beratung</i>	SB
00.0520 <i>Psychische Beratung</i>	PB

Leistung	Vorschlag Abkürzung
00.0610 <i>Instruktion Selbstmessung</i>	IS
00.0410 <i>Kleine Untersuchung</i>	KU
00.0510 <i>Umfassende Untersuchung</i>	UU

Zweitens muss der Umfang der Zeitleistungen in der Krankengeschichte festgehalten werden z.B. mit folgenden Abkürzungen:

BZL: 09.45 (= Beginn Zeitleistung) und EZL 10.23 (= Ende Zeitleistung).

Damit kann der Umfang der erbrachten Zeitleistung bewiesen und z.B. die allfällige Behauptung der Krankenversicherer und der Patienten widerlegt werden, dass die Behandlung, gemäss oben genanntem Beispiel, lediglich 20 Minuten gedauert habe.

3.2. Dauer der abgerechneten Zeitleistung muss mit der in der Krankengeschichte festgehaltenen Dauer übereinstimmen

Es handelt sich um ein organisatorisches Problem, das möglichst effizient gelöst werden sollte, weil das Erstellen der Rechnung und deren Kontrolle nicht entschädigt werden.

3.3. Notwendige besondere Begründung gemäss Tarif in KG festhalten

Bsp. 1: Ziffer 00.0026 + Konsultation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, jede weiteren 5 Minuten

Diese Tarifposition darf maximal 4-mal pro Sitzung abgerechnet werden. Zusätzlich dürfen eine erste Konsultation (Ziffer 00.0010) und eine letzte Konsultation (Ziffer 00.0030) verrechnet werden, d.h. insgesamt 30 Minuten.

Diese Tarifposition ist verlockend, um eine längere Gesprächszeit abrechnen zu können, was zu einer teuren Stolperfalle werden kann.

Gemäss Interpretationen zu dieser Tarifposition darf diese Tarifposition erstens nur im Ausnahmefall abgerechnet und zweitens müssen die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf in der Patientenakte aufgeführt werden.

Das Bundesamt für Gesundheit BAG umschreibt in seinen Frequently Asked Questions den erhöhten Behandlungsbedarf folgendermassen:

«Ein erhöhter Behandlungsbedarf im Sinne eines **ausnahmsweise erhöhten Zeitbedarfs** kann beispielsweise bei **multimorbiden Patienten**, bei **Patienten mit mittlerer oder schwerer kognitiver Funktionseinschränkung**, bei **Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen** oder bei **Patienten in einer instabilen und schweren Krankheitssituation (z.B. akutes Koronarsyndrom, instabile Krebserkrankung)** auftreten. Die Behandlung der genannten Patienten berechtigt jedoch nicht automatisch zur Anwendung höherer Limitationen, der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen. Es braucht also einen medizinisch haltbaren Grund für die Geltendmachung des erhöhten Behandlungsbedarfs.»

Es braucht somit eine besondere medizinische Indikation, welche in der Krankengeschichte festgehalten werden muss.

Die häufige Abrechnung dieser Tarifposition kann wegen dieser Stolperfallen zu erheblichen Rückforderungen führen, deren Abwehr schwierig ist, weil es sich um unbestimmte Begriffe (Ausnahmefall, erhöhter Behandlungsbedarf) handelt, deren Auslegung im Einzelfall mit Risiken verbunden ist.

Bsp. 2: Ziffer 00.0415 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 5 Jahren, pro 5 Min.

Gemäss Interpretationen beinhaltet diese Tarifposition mindestens die folgenden Teile:

- Gewicht und allenfalls Länge
- orientierende Allgemeinbeurteilung
- Haut kursorisch, Mund/Zähne, Rachen/Hals, Trommelfell (Kind)
- physikalische Untersuchung der Thoraxorgane

- Puls, Blutdruck (Erwachsene)
- physikalische Untersuchung des Abdomens

Sind diese Teile der Untersuchung in der Krankengeschichte nicht dokumentiert, besteht die Gefahr, dass sich die Krankenversicherer auf den Standpunkt stellen, dass diese Leistungen nicht erbracht worden sind und daher zurückgefordert werden können.

4. **Rechnung / Leistungsblatt weicht stark von der Agenda ab**

Die Agenda beinhaltet den vorgesehenen Behandlungsrhythmus. Wenn die abgerechneten Leistungen mehrerer Patienten während eines Tages davon abweichen, ist dies erklärungsbedürftig. Es ist daher wichtig, dass der Beginn und das Ende einer Zeitleistung genau in der Krankengeschichte festgehalten werden, damit der allfällige Verdacht entkräftet werden kann.

5. **Berechnung der Rückforderung**

Die Krankenversicherer wenden einen statistisch fragwürdigen Trick an für die Berechnung der Rückforderung. Sie lassen lediglich 20 Rechnungsfälle und deren Einträge in der Krankengeschichte durch einen Vertrauensarzt prüfen. Die Rückforderung wird berechnet, indem der prozentuale Anteil der beanstandeten Fälle die Grundlage für die Berechnung der Rückforderung gemäss folgendem Beispiel bildet:

Umsatz Ziffer 00.0026 während 3 oder 5 Jahren	18'000
Anzahl geprüfte Abrechnungen / Einträge KG	20
Anzahl unberechtigt ermittelte Abrechnungen	10
Umfang der unberechtigten Abrechnungen in %	50%
Rückforderung: 50 % des Umsatzes von 3 oder 5 Jahren	9'000

Der Arzt könnte den Gegenbeweis erbringen, indem er persönlich alle Fälle auswertet, was aber mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist.