

# SGA - Tipp 2/21

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

Redaktion: MSc Kristof Nagy, Vizepräsident SGA, Beratung & Vertretung in Wirtschaftlichkeitsverfahren, Tarifstreitigkeiten sowie Prophylaxe, Wilimattweg 1, 4450 Sissach, Mail: [kristof.nagy@novosolaris.ch](mailto:kristof.nagy@novosolaris.ch)  
25. Jahrgang, Nr. 2, Oktober 2021

---

## **Nichtpflichtleistungen richtig abrechnen**

### 1. **Ausgangslage**

Die santésuisse, tarifsuisse ag und einzelne Krankenversicherungen machen Rückforderungen geltend, wenn in einer Rechnung gleichzeitig Pflicht- und Nichtpflichtleistungen abgerechnet werden. Es besteht ausserdem die Gefahr, dass eine solche Rückforderung für die letzten 5 Jahre geltend gemacht wird, was zu einer Kumulation der Rückforderungssumme führen kann. Die Verteidigung in solchen Fällen ist äusserst schwierig, weil das Datenprofiling der Krankenversicherer laufend verbessert wird und solche Abrechnungsfehler problemlos erkannt werden können.

Es stellt sich daher die Frage, wie man Nichtpflichtleistungen gesetzes- und tarifkonform abrechnen muss.

### 2. **Gesetzliche Regelung**

Art. 59 Abs. 2 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 hält folgendes fest:

„Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.“

Diese Regelung ist seit dem 1. Januar 2009 in Kraft.

Vorher galt der Grundsatz, dass die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommenen Leistungen in der Rechnung von den anderen Leistungen klar zu unterscheiden sind.

Es gilt daher seit dem 1. Januar 2009 der Grundsatz, **dass Nichtpflichtleistungen in einer separaten Rechnung erfasst und gestellt werden müssen**, d.h. Pflicht- und Nichtpflichtleistungen dürfen nicht in einer Rechnung aufgeführt werden.

Damit ist aber die Frage noch nicht beantwortet, wie eine solche Rechnung aussehen soll, d.h. ob man ein TARMED-Rechnungsformular oder ein eigenes Rechnungs-Formular verwenden darf oder nicht.

### 3. Wahl des Abrechnungs-Formular

Es gibt weder eine gesetzliche noch vertragliche Vorschrift, dass man Nichtpflichtleistungen mit einem bestimmten Formular abrechnen muss. Der Arzt kann ein TARMED-Rechnungsformular verwenden, muss aber nicht. Dem Arzt steht daher die Wahl offen.

### 4. Eigenes Rechnungs-Formular

Der Arzt kann ein eigenes Rechnungs-Formular entwerfen und seine Nichtpflichtleistungen damit abrechnen.

Wenn der Patient über keine Zusatzversicherung verfügt und somit Selbstzahler ist, stellt die Abrechnung keine besonderen Probleme dar.

Wenn der Patient eine Zusatzversicherung besitzt und wenn die vom Arzt erbrachte Nichtpflichtleistung gänzlich oder teilweise von der Zusatzversicherung übernommen wird, muss die Abrechnung genügend detailliert sein bzw. gestützt auf den Tarif 590 erfolgen.

### 5. TARMED-Rechnungs-Formular

Wenn ein Arzt für die Abrechnung von Nichtpflichtleistungen das TARMED-Rechnungsformular verwendet, muss er gewisse vertragliche Vorschriften beachten, damit die Nichtpflichtleistungen für die Krankenversicherung als solche erkennbar sind, falls der Patient die Rechnung bei seiner Krankenversicherung zur Rückerstattung einreicht.

Folgende Punkte gilt es zu beachten:

a) Im **Kapitel Patient** muss unter der **Sparte Gesetz** der Vermerk **„VVG“** an Stelle von KVG angebracht werden. VVG bedeutet, dass es sich um eine Nichtpflichtleistung handelt, KVG weist hingegen auf eine Pflichtleistung hin.

b) Im **Kapitel Patient** muss unter der **Sparte Diagnose** **„S. Nichtpflichtleistungen“** vermerkt werden. Grundlagen: Rahmenvertrag TARMED Art. 11 Abs. 8 lit. h; Anhang 3 Rahmenvertrag TARMED (Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdatenbank und Rechnungsstellung) Art. 2 Abs. 2; Anhang 4 Rahmenvertrag TARMED (Regelung über Diagnose / Diagnosecode bzw. Diagnosecode für ambulante Behandlungen Ziff. 1 lit. S. 4).

c) Im **Abrechnungsteil** unter der **Sparte Tarif** muss der Vermerk „**999**“ angebracht werden. Der Tarifcode 999 bedeutet, dass es sich um eine Leistung handelt, die in keinem Tarif enthalten ist. Grundlagen: [www.forum-datenaustausch.ch](http://www.forum-datenaustausch.ch) > Referenzdaten > Tariftyp > Tariftyp\_Liste.

d) Im **Abrechnungsteil** unter der **Spalte P** muss die Zahl „**0**“ oder „**1**“ angebracht werden. Diese Zahl ist entscheidend für die Kodierung einer Leistung als Nichtpflichtleistung, wobei die Programmierung der persönlichen Software für die Kodierung als Nichtpflichtleistung (0 oder 1) massgeblich ist. Es gibt Programme, bei welchen die Zahl 1 eine Leistung als Nichtpflichtleistung erfasst oder umgekehrt.

## 6. Kontrollen

Wenn die Nichtpflichtleistung mit dem richtigen Code „0 oder 1“ versehen wird, muss am Schluss der Rechnung unter der Sparte **Gesamtbetrag** und **davon PFL** der Betrag CHF 0.00 stehen, weil die Rechnung keine Pflichtleistungen enthält.

Wenn die Nichtpflichtleistung mit dem richtigen Tarifcode „999“ versehen wird, dann muss der Betrag der Rechnung unter die Sparte „**Übrige**“ fallen. Die anderen Sparten (TAMED AL, TARMED TL, Physio, Labor, MiGeL, Medi und Kantonal müssen den Betrag „0“ aufweisen.

Diese Kontrolle sollte bei jeder Rechnung vorgenommen werden.

Wenn ein Arzt diese Vorschriften berücksichtigt und seine Nichtpflichtleistungen richtig kodiert hat, ist eine Verwechslung mit Nichtpflichtleistungen und damit eine Rückforderung wegen irrtümlicher Zahlung einer Nichtpflichtleistung ausgeschlossen.