ÖSTERREICHISCHE ÄRZTE & APOTHEKER BANK AG

Ärztekammer für Oberösterreich

WAHLARZTABRECHNUNG VERSTÄNDLICH

von Mag. Dr. Sylvia Hummelbrunner, MBL PM.ME

2024 / 4. Auflage

Sprachliche Gleichbehandlung
Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in weiblicher oder männlicher Form angeführt sind, gelten für alle Geschlechteridentitäten in gleicher Weise.
In der Broschüre angeführte Normen stehen im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes unter www.ris.bka.gv.at zum Download zur Verfügung.

Haftungsausschluss
Die Broschüre dient der Erstinformation für in Oberösterreich tätige Mitglieder der Ärztekammer für Oberösterreich. Aufgrund des Geltungsbereiches für Oberösterreich sind die enthaltene Rechtslage und die dargestellte Vorgangsweise nicht zwingend auf andere Bundesländer übertragbar. Die Ärztekammer für Oberösterreich und die Autoren übernehmen keine Verantwortung oder Haftung für fehlerhafte, unvollständige, unklare oder missverständliche Darstellungen und/oder Informationen. Es wird überdies darauf hingewiesen, dass der Inhalt dieser Broschüre dem Stand Jänner 2024 entspricht und sich im Verlauf der Zeit inhaltliche und rechtliche Änderungen ergeben haben können.

Impressum
Eigentümer, Verleger und Herausgeber:
Ärztekammer für Oberösterreich, vertreten durch Präsident Dr. Peter Niedermoser
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Autorin: Mag. Dr. Sylvia Hummelbrunner, MBL PM.ME
Layout: Monika Falkner-Woutschuk
Bildnachweis: wenn nicht anders erwähnt stock.adobe.com

Einstiegshilfe für die Gründung einer Wahlarztpraxis

© Witzany

Seit der letzten Auflage der Wahlarztabrechnungsbroschüre von März 2017 ist viel passiert. Man denke an die Kassenfusion, die 2019 verabschiedet wurde und 2020 in Kraft getreten ist und auf die Änderungen der kassenärztlichen Tarifordnungen folgten. Das wiederum hatte auch Auswirkungen auf die Kostenerstattung an die Patienten. Weiters haben steuerrechtliche Novellierungen zu Berechnungsänderungen des Gewinnes geführt. Nun ist für uns WahlärztInnen die Verwendungspflicht des e-card-Systems, die Speicherung von Gesundheitsdaten in ELGA und die Übermittlung der Honorarnoten an die Patienten an die ÖGK gesetzlich eingeführt worden.

Die Neuauflage unserer Wahlarztabrechnungsbroschüre soll einen praktischen Überblick in das wahlärztliche Rechnungswesen bieten. Einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben wir damit nicht und wäre das auch wegen des umfassenden Themas und der vorgesehenen gesetzlichen Änderungen nicht möglich. Die Wahlarztabrechnungsbroschüre informiert unter anderem über die grundsätzliche Systematik der Kostenerstattung der Krankenkassen und enthält Berechnungsbeispiele. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist ein solcher des Patienten und nicht des Wahlarztes. Da wir Wahlärzte nie alle Anspruchsvoraussetzungen des Patienten kennen, muss sich der Patient bezüglich einer verbindlichen Information über seine individuelle Kostenerstattung an seine Krankenkasse wenden.

Diese Broschüre soll Sie dabei unterstützen, einen Einblick in die Honorarabrechnungsgrundlagen zu gewinnen und notwendige erste Kalkulationen und Berechnungen selbst durchführen zu können oder sich entsprechend – etwa durch den eigenen Steuerberater – unterstützen zu lassen.

Jänner 2024

VP MR Dr. Claudia Westreicher
Wahlarztreferentin

Wahlarztabrechnung verständlich

© AEKOOE

Die Honorargestaltung umfasst nicht bloß die Kalkulation der ärztlichen Leistungen, sondern auch die Wahl des Honorierungssystems, die Planung des Abrechnungsprozesses samt der Berücksichtigung einer allfälligen Registrierkassen- und Belegerstellungspflicht, die Prüfung des Zahlungseingangs und den Aufbau des Mahnwesens, etc., Es lag daher nahe, die Wahlarztabrechnung in einer eigenen Broschüre zusammen zu fassen. Während Fragen von Wahlärzten über die Kostenerstattung durch die Krankenkassen gegenüber betriebswirtschaftlichen Fragen in den vergangenen Jahren stark in den Hintergrund traten, eröffnen sich durch die Produktivität des Gesetzgebers zunehmend neue Felder, so beispielsweise die Preisinformationspflicht an die Patienten, die es zu berücksichtigen und einzuhalten gilt.

Die Broschüre soll eine Hilfe bei der Gründung einer Wahlarztpraxis bieten und helfen, die häufigsten Fragen zu lösen.

Jänner 2024 Mag. Dr. Sylvia Hummelbrunner, MBL PM.ME

I. HONORARGESTALTUNG	12
1. Grundsätze zur Honorargestaltung	12
2. Auskunftspflichten	13
2.1 Preisauskunftsplicht	13
2.2 Informationspflicht über die Nichtverwendung von e-card, e-card-Infrastruktur, ELGA und eImpfpass	13
3. Abrechnungsintervall	14
4. Festlegung der Höhe des Honorars	15
4.1 Allgemeines	15
4.2 Festlegung der eigenen Tarife	15
4.3 Kosten	16
4.4 Ermittlung der voraussichtlichen Kosten pro Stunde	17
4.5 Planung des Gewinns vor Steuern aus der Ordinationsführung	18
4.6 Ermittlung des Nettogewinns	18
5. Abrechnungssysteme	22
5.1 Abrechnung nach Einzelleistungen	22
5.2 Abrechnung angelehnt an Kassentarifmodelle	22
5.3 Abrechnung nach Zeit	23
5.4 Abrechnung nach einem Mischsystem	23
6. Vorsteuerausgleichsprozentsatz	23
II. RECHNUNGSLEGUNG	26
1. Honorarnote	26
2. EDV	27
2.1 Praxis-IT-Ausstattung	27
2.2 Datenübermittlungs-, Eintragungs- und Verwendungspflichten	27
3. eRechnung an den Bund	29
3.1 Allgemeines	29
3.2 Ausnahmen von der eRechnungspflicht für Gutachten	29
3.3 Nähere Informationen zur eRechnung	29

4. Zahlungseingangskontrolle und Mahnwesen	30
5. Verjährung von Honorarforderungen	30
6. Verrechnung versäumter Arzttermine	30
7. Belegerstellungs- und Registrierkassenpflicht	31
7.1 Anspruch des Patienten auf eine Rechnung	31
7.2 Belegerstellungspflicht	31
7.3 Registrierkassenpflicht	31
7.4 Sicherheitseinrichtung	32
III. WAHLARZT UND KRANKENVERSICHERUNG	34
1. Gesetzliche und private Krankenversicherungen	34
2. Gesetzliche Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen in Oberösterreich – Übersicht	34
3. Kann ein Wahlarzt einen Kassenvertrag abschließen?	35
4. Zulässigkeit einer wahlärztlichen Tätigkeit neben einer kassenärztlichen Tätigkeit?	36
4.1 Allgemeines	36
4.2 Kassenvertragsarzt und Privatordination	37
4.2.1 ÖGK-OÖ	37
4.2.2 Sonderversicherungsträger (BVAEB, SVS)	37
4.3 Gruppenpraxis-Gesellschaftsanteil und Privatordination – ÖGK-OÖ	38
4.4 Erweiterter Vertreter in einer Kassenvertragseinrichtung	38
4.5 Angestellter Arzt in einer Kassenvertragseinrichtung	38
IV. SPEZIELLE VEREINBARUNGEN MIT DER Krankenversicherung	39
1. Vorsorgeuntersuchung	39
2. Vorsorgecoloskopie	40
3. Substitutionsbehandlung	42

4. Therapie Aktiv (Diabetes)	42
4.1 Diabetesbetreuung	42
4.2 Patienten-Gruppenschulungen	43
5. Eltern-Kind-Pass-Leistungen	43
V. KOSTENERSTATTUNG	47
1. Rechtsbeziehungen	47
2. Rechtliche Grundlagen für die Kostenerstattung durch gesetzliche Krankenversicherungsträger	50
3. Kostenerstattung durch die ÖGK-OÖ – Rechtsgrundlage	50
4. Verrechnungsberechtigungen	52
4.1 Was ist eine Verrechnungsberechtigung?	52
4.2 Welche Leistungen erfordern eine Verrechnungsberechtigung?	52
4.3 Wie erhalte ich eine Verrechnungsberechtigung?	52
4.4 Was sind die Folgen, wenn ich keine Verrechnungsberechtigung habe?	53
5. Kann der Wahlarzt die Höhe des Kostenerstattungsbetrages beeinflussen?	54
6. Begründungspflichtige Leistungen	55
7. Chefarztpflichtige Leistungen	55
8. Inanspruchnahme von Ärzten/Einrichtungen desselben Fachgebiets	56
9. Erste-Hilfe-Leistungen	56
10. Der Weg zur Kostenerstattung	58
11. Vorgehen bei Ablehnung der Kostenerstattung oder zu niedriger Kostenerstattung	59
VI. BERECHNUNG DER KOSTENERSTATTUNG	60
1. ÖGK-OÖ: Berechnungsgrundlagen	60
1.1 ÖGK-OÖ: Kostenerstattung für eine Ordination	61
1.2 ÖGK-OÖ: Kostenerstattung für Sonderleistungen	63
1.3 ÖGK-OÖ: Berechnungsbeispiele	63
2. SVS und BVAEB – Berechnung der Kostenerstattung	65
2.1 BVAEB – Behandlungsbeitrag	65

2.2 BVAEB – Kostenerstattung für eine Ordination	66
2.3 SVS – Kostenanteil/Behandlungsbeitrag	67
2.3.1 Versicherte nach dem GSVG	67
2.3.2 Versicherte nach dem BSVG	68
2.4 SVS – Kostenerstattung für eine Ordination	68
2.5 OÖ KFA – Berechnung der Kostenerstattung	70
2.6 Wohlfahrtskasse – Kostenerstattung	72
2.6.1 Ausschließlich bei der Wohlfahrtskasse versicherte Mitglieder	72
2.6.2 Mehrfach versicherte Mitglieder	72
VII. ANLAGEN	73
Anlage 1 – Honorarnote	73
Anlage 2 – Mahnung	74
Anlage 3 – Erste Mahnung	75
Anlage 4 – Zweite / Letzte Mahnung	76
Anlage 5 – Kostenerstattung	77

Abs	Absatz
ABS	Arzneimittelbewilligungssystem
AfA	Abschreibung für Abnutzung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBl	Bundesgesetzblatt
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
bspw	beispielsweise
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
bzw	beziehungsweise
CT	Computertomographie
dh	das heißt
EKP-G	Eltern-Kind-Pass-Gesetz
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ELK	Einheitlicher Leistungskatalog
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EStG	Einkommenssteuergesetz
etc	et cetera
FA/FÄ	Facharzt/Fachärzte
ff	fortfolgende
GWG	geringwertige Wirtschaftsgüter
HO	Honorarordnung
idgF	in der geltenden Fassung
idR	in der Regel
insb	insbesondere
iSd	im Sinne des
iVm	in Verbindung mit
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
lit	litera
lt	laut
mind	mindestens
MRT	Magnetresonanztomographie
Nr	Nummer
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGK-OÖ	Österreichische Gesundheitskasse – Landesstelle Oberösterreich
OÖ KFA	Oberösterreichische Krankenfürsorgeanstalten
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
UbG	Unterbringungsgesetz
UID	Umsatzsteueridentifikationsnummer
VU	Vorsorgeuntersuchung
WAHonline	WahlarztHonorarnoten-online
Z	Ziffer
zB	zum Beispiel
ZP	Zusatzprotokoll

Bezahlte Anzeige

ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTE & APOTHEKER
BANK AG

Die Zeit ist immer reif für ein gutes Gespräch. Ihre Standesbank

Wir haben Zeit, wenn Sie Zeit haben. Flexible und individuelle Terminvereinbarung in ganz Österreich. Sehr gerne auch außerhalb der Öffnungszeiten, bei Ihnen vor Ort oder über Video.

Impressum: Medieninhaber und Hersteller: Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG, Schottengasse 10, 1010 Wien. **Verlag und Herstellungsort:** Wien, **Stand:** Oktober 2023 / **WERBUNG**

Eine gesunde Verbindung.

www.apobank.at

I. Honorargestaltung
1. Grundsätze zur Honorargestaltung

© studio v-zwoelf - stock.adobe.com

Wahlärzte haben keine Kassenverträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern abgeschlossen. Patienten von Wahlärzten sind daher Privatpatienten. Das bedeutet, dass bei der Behandlung und der Festlegung der Tarife keinerlei Bindung etwa an Vorgaben der Krankenkassen, wie sie für Kassenvertragsärzte gelten, besteht.

Ausführliche Informationen zur Niederlassung als Wahlarzt enthält die Wahlarztbroschüre, die auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich zur Verfügung steht: www.aekooe.at → Niedergelassen → Wahlärztinnen & Wahlärzte → Wahlarztbroschüre.

Der Wahlarzt ist frei in seiner Honorargestaltung und kann damit sowohl sein Abrechnungssystem als auch die Höhe des Honorars für seine Leistungen grundsätzlich selbst bestimmen. Das obere Limit für das erlaubte Honorar liegt dort, wo dieses im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen die Grenze des Angemessenen übersteigt. Einen Anhaltspunkt für die Angemessenheit des Honorars bietet die **Privatärztliche Honorarordnung** der Ärztekammer für Oberösterreich.
Die Privatärztliche Honorarordnung der Ärztekammer für Oberösterreich ist eine Honorarempfehlung, die für den Fall von Beschwerden zur Prüfung der Angemessenheit des in Rechnung gestellten Honorars herangezogen wird.
Darüber hinaus gilt, dass, wenn zwischen dem Wert der Leistung des Arztes und dem geforderten Honorar ein auffallendes Missverhältnis besteht, der Vertrag nichtig ist.

Die Privatärztliche Honorarordnung steht zum Download auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich zur Verfügung unter:
www.aekooe.at → Niedergelassen → Tarife & Honorare → Privat- & Empfehlungstarife → Privatärztliche Honorarordnung.

2. Auskunftspflichten

2.1 Preisauskunftspflicht

© Who is Danny - stock.adobe.com

Dem ärztlichen Berufsrecht zufolge hat der Arzt seinen Patienten *insbesondere eine klare Preisinformation über die von ihm zu erbringende Leistung* zur Verfügung zu stellen. Das bedeutet, dass **jeder Patient im Vorhinein** vom Arzt über die Kosten für die zu erwartende Leistung aufzuklären ist. Über die Kassentarife oder die Kostenerstattung der Sozialversicherungsträger besteht dagegen keine Informations- oder Aufklärungspflicht des Wahlarztes an seine Patienten.

In welcher Form die klare Preisinformation an den Patienten über die wahlärztlichen Kosten zu erbringen ist, ist gesetzlich nicht festgelegt. Daher ist sowohl eine mündliche als auch eine schriftliche Information möglich. Auch ein Preisaushang in der Ordination wäre denkbar. Weiters verpflichtet das Berufsrecht den Arzt, nach erbrachter Leistung eine Rechnung (= Honorarnote) auszustellen. Bei Barzahlung ist dem Patienten zusätzlich ein Beleg über die Barzahlung auszufolgen. Näheres zur Belegerstellungspflicht unter Punkt II.) 7.

2.2 Informationspflicht über die Nichtverwendung von e-card, e-card-Infrastruktur, ELGA und eImpfpass

Freiberuflich tätige Ärzte und alle bei diesen angestellten Ärzte sind bis spätestens 1.1.2026 verpflichtet, die e-card, die e-card-Infrastruktur, ELGA und den eImpfpass zu verwenden. Von dieser Verpflichtung ausgenommen sind Ärzte, die gutachterliche Aufträge erfüllen, Arbeitsmediziner und Wohnsitzärzte mit Ausnahme ihrer Vertretungstätigkeit in Ordinationen. Eine weitere Ausnahme besteht für jene, für die das (insb die Investitionen) einen unverhältnismäßigen Aufwand darstellt (§ 49 Abs 7 ÄrzteG). Den Arzt trifft die Pflicht, die Patienten jedenfalls über die Nichtverwendung der angeführten Infrastrukturvorgaben vor der Erbringung der ärztlichen Leistungen zu informieren.

Weiters besteht für freiberuflich tätige Ärzte und ärztliche Gruppenpraxen die Verpflichtung, von den Patienten bezahlte Honorarnoten, die Leistungen enthalten, die ab 1.7.2024 erbracht wurden und für die eine Kostenerstattung, ein Kostenersatz oder ein Kostenzuschuss gewährt werden soll für die Patienten an die ÖGK elektronisch einzureichen. Voraussetzung für die Übermittlung ist die Zustimmung des Patienten. Die elektronische Übermittlung beinhaltet keine elektronische Abrechnung der ÖGK mit dem Arzt! Von der Übermittlungspflicht sind Ärzte ausgenommen, denen das nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Wir empfehlen, die Patienten darüber zu informieren, wenn keine elektronische Einreichung der Honorarnoten an die ÖGK durchgeführt wird.

3. Abrechnungsintervall

© Wellnhofer Designs - stock.adobe.com

Auch das **Abrechnungsintervall** ist frei bestimmbar. Der Wahlarzt kann dem Patienten die Rechnung am Ende des Termins ausfolgen und mitgeben oder, je nachdem, wie es betriebswirtschaftlich, organisatorisch oder sonst am günstigsten ist, die Honorarabrechnung auch

- ❒ wöchentlich
- ❒ monatlich oder
- ❒ quartalsweise

durchführen und die Honorarnote dem Patienten dann postalisch übermitteln.

Da die Erbringung ärztlicher Leistungen Ressourcen bindet und Kosten verursacht, ist aus wirtschaftlicher Sicht eine zur Leistungserbringung möglichst zeitnahe Abrechnung gegenüber den Patienten zu empfehlen. Ein rascher Zahlungseingang nach erbrachter Leistung sichert, dass der betriebliche Aufwand zeitnah abgedeckt ist und wegen zwischenzeitigen Deckungslücken keine Fremdfinanzierung in Anspruch genommen werden muss.
Eine zeitnahe Abrechnung der Leistungen gegenüber den Patienten bringt weiters den Vorteil, dass man den Überblick über offene Forderungen behält und so eine Verjährung der offenen Rechnungen verhindert wird. Zur Verjährung siehe Punkt II.) 5.

4. Festlegung der Höhe des Honorars

4.1 Allgemeines

Maßgeblich für die Höhe des Honorars in einer Wahlarztordination sind **betriebswirtschaftliche Kriterien**. Die Planung sollte unter Verwendung einer entsprechenden Planrechnung für die Ordination auf Basis betriebswirtschaftlicher Daten und Faktoren und unter Berücksichtigung der persönlichen Ziele des Ordinationsinhabers erfolgen.

Für Wahlärzte besteht keine Verpflichtung, sich an Tarife oder Abrechnungsbedingungen eines Krankenversicherungsträgers zu halten. Die Aufnahme von Leistungen in die Kassenkataloge sowie deren Bewertung erfolgt nach eigenen, speziellen Kriterien. Viele Faktoren für die Bewertung einzelner Kassenleistungen stellen sich in einer Wahlarztordination betriebswirtschaftlich anders dar, zB Pauschalierung einzelner Honorarpositionen (Grundleistung), Zahlungsmoral der Patienten statt Akontierung von Honoraren, kein Gebietsschutz, Selbsteinkauf des pro ordinatione-Bedarfes. Deshalb ist die Situation, in der die Bewertung von kassenvertraglichen Leistungen erfolgt, letztlich nicht mit jener am privaten Gesundheitsmarkt vergleichbar. Wahlarzthonorare werden in der Regel über den Kassentarifen liegen. Beim Wahlarzt kommt dem Faktor Zeit eine besondere Bedeutung zu, der strikt betriebswirtschaftlich zu bewerten ist.

Sinnvoll ist es, die Höhe des Honorars und das Abrechnungssystem rechtzeitig vor Eröffnung der Ordination festzulegen. Auch die Informationen an Patienten über die Tarifhöhe und der Umgang mit Anfragen zur Kostenerstattung der Krankenversicherungsträger sollten im Vorhinein mit dem Personal abgestimmt werden.

4.2 Festlegung der eigenen Tarife

Wichtig ist, wie bereits oben angesprochen, dass die Tarifgestaltung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien erfolgt und nicht etwa Kassen- oder gar Kostenerstattungstarife der Krankenversicherungsträger ohne Berücksichtigung der eigenen betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten herangezogen werden. Ausgehend von den Kosten, die zu decken sind, ist nach einem Aufschlag für die eigene Zeit bzw Leistung zuzüglich der dafür zu ent-

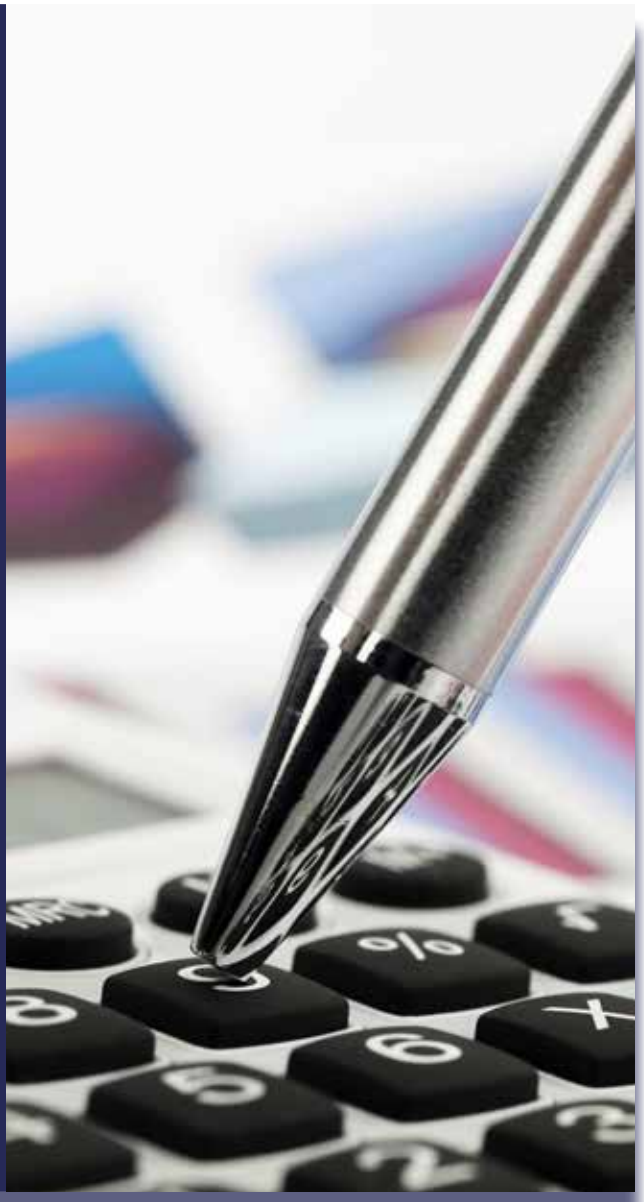
richtenden Einkommenssteuer ein Umsatz pro Stunde Ordinationszeit zu ermitteln. Wenn klar ist, was pro Stunde Ordinationszeit verdient werden muss, kann dies auf die zu verrechnenden Zeiteinheiten oder Einzelleistungen umgelegt werden.

4.3 Kosten

Ausgehend von der für die Einnahmen-/Ausgabenrechnung üblichen Struktur ergeben sich zusammengefasst folgende wesentliche Ausgabenbereiche:

Ausgabenbereiche:

- Personal
- Miete
- Investitionen (GWG und AfA)
- PKW
- Verbrauchsmaterial (zB medizinisches Material, Reinigungsmittel etc.)
- Fremdleistungszukäufe (zB Labor)
- Fortbildungen
- Fachliteratur
- Büromaterial
- Reisekosten
- Telefon, Internet
- Strom, Reinigung etc
- Beratungskosten
- Versicherungen
- Marketing/Dekoration
- Zinsen, Spesen
- Kammerbeitrag
- Sozialversicherung



© Gina Sanders - stock.adobe.com

4.4 Ermittlung der voraussichtlichen Kosten pro Stunde

Wesentlich ist eine **realistische Einschätzung** der Kosten für die Ordinationsführung. Die jährlichen Gesamtkosten sind auf die Zeit, in denen Einnahmen erzielbar sind, aufzuteilen. Daher ist es wichtig vorab festzulegen, an wie vielen Wochen im Jahr die Ordination betrieben und wie viele Stunden pro Woche tatsächlich ordiniert wird.

Beispiel:
Wenn in einem Kalenderjahr (= 52 Wochen) die Ordination bei vorsichtiger Einschätzung voraussichtlich 5 Wochen wegen Urlaubs, 2 Wochen wegen Fortbildung und 2 Wochen wegen Erkrankung geschlossen ist, ergeben sich 43 Arbeitswochen.
Wenn dazu geplant ist, an 3 Tagen pro Woche jeweils 5 Stunden zu ordinieren (= 15 Stunden pro Woche), sind die Kosten der Ordinationsführung in 645 Stunden (15 Stunden x 43 Wochen) zu decken.

© ioannis kounadeas - stock.adobe.com

Um die Fixkosten pro Stunde zu ermitteln, sind die Gesamtkosten durch die Anzahl der Jahresordinationsstunden – im Beispiel daher durch 645 Stunden – zu dividieren, was die Fixkosten pro Stunde ergibt. Zu beachten ist, dass mit dieser Einschätzung bloß die fixen Kosten gedeckt sind, aber mangels Berücksichtigung des eigenen Einkommens kein Gewinn erzielbar ist. Die Fixkosten müssen durch den Betrieb der Ordination jedenfalls gedeckt sein. Weiters sind hiebei keine variablen Kosten berücksichtigt. Variable Kosten entstehen idR durch den Betrieb der Ordination bzw die Patietnenfrequenz, dh je mehr Patienten behandelt werden, desto mehr Strom, Verbrauchsmaterial, Wasser etc wird benötigt, dessen Kosten berücksichtigt werden müssen.

4.5 Planung des Gewinns vor Steuern aus der Ordinationsführung

Es ist der Gewinn vor Steuern vom Gewinn nach Steuern zu unterscheiden. Legen Sie am besten fest, was Sie (nach Abzug der Kosten) vor Steuern, dh brutto, verdienen möchten. Auch dieser Betrag ist – und zwar zusätzlich zu den Kosten – in den Ordinationsstunden zu verdienen.

4.6 Ermittlung des Nettogewinns

Zu beachten ist, dass vom Bruttogewinn noch Steuern zu entrichten sind. Je nach Höhe des Gewinns ist ein bestimmter, gesetzlich festgelegter Anteil an Einkommenssteuer zu entrichten, der gemäß § 33 EStG zu berechnen ist: Die errechnete Einkommenssteuer ist vom Bruttojahresgewinn abzuziehen, woraus sich der Nettojahresgewinn ergibt.

Die gem § 33 EStG für 2024 geltenden Einkommenssteuersätze sind:

Tarifstufen in €	Steuersatz
bis 12.816,00	0 %
über 12.816,00 bis 20.818,00	20 %
über 20.818,00 bis 34.513,00	30 %
über 34.513,00 bis 66.612,00	40 %
über 66.612,00 bis 99.266,00	48 %
über 99.266,00	50 %
über 1.000.000,00	55% (befristet bis 2025)

Die Einkommenssteuersätze werden jährlich um die kalte Progression bereinigt. Die kalte Progression ist - vereinfacht ausgedrückt - das inflationsbedingte Mehraufkommen an Einkommenssteuer, das sich für das jeweilige Folgejahr als Differenz aus dem Steueraufkommen auf Grundlage von noch nicht inflationsangepassten Beträgen zu den inflationsangepassten Beträgen ergibt.

Die konkrete steuerliche Belastung lässt sich wohl mit einem Beispiel am einfachsten darstellen:

Angenommen das steuerpflichtige Einkommen 2024 (das ist der Gewinn vor Steuern, dh brutto) eines Unternehmers beträgt € 67.000,00 dann ist die Steuer wie folgt zu berechnen:

Einkommensteile in €	zu versteuernder Differenzbetrag	Steuersatz	Belastung in €
bis 12.816,00	0	0 %	0
bis 20.818,00	8.002,00,00	20 %	1.600,04
bis 34.513,00	13.695,00	30 %	4.108,50
bis 66.612,00	32.099,00	40 %	12.839,60
bis 99.266,00	388,00	48 %	186,24
Einkommensteuer gesamt			**18.734,38**

Die errechnete Einkommenssteuer ist vom Bruttogewinn abzuziehen (€ 67.000,00 - € **18.734,38**), woraus sich der Nettojahresgewinn von € 48.265,62 ergibt.

© fotomek - stock.adobe.com

Weiteres Beispiel - Errechnung der Kosten einer Wahlarztpraxis:
Vorweg wird darauf hingewiesen, dass es sich bei den verwendeten Daten um Musterdaten und keine Echtdaten handelt.

a) Ausgaben berücksichtigen

Angenommen, in einer Ordination würden geschätzt folgende Ausgaben pro Jahr anfallen:

Personal	**€ 40.000,00**
Miete	**€ 12.000,00**
Medizinisches Material	**€ 2.000,00**
Strom, Reinigung	**€ 7.000,00**
Abschreibung	**€ 8.000,00**
Versicherung	**€ 3.000,00**
Diverses	**€ 12.000,00**
Kammerbeitrag	**€ 21.000,00**
Gesamtausgaben	**€ 105.000,00**

b) Anzahl der produktiven Stunden (Ordinationsstunden am Patienten) im Jahr errechnen

Die produktiven Stunden (ohne Administration und Weiterbildung etc) betragen angenommen 18 Stunden pro Woche mal 40 Wochen, das sind 720 Ordinationsstunden am Patienten pro Jahr.

c) Jahreseinkommen festlegen - Nettogewinn errechnen

Mit der Definition der Wunschvorstellung des Gewinnes gelangt man schließlich zur Kalkulation des Honorars. Dieser Weg bedeutet aber die Berücksichtigung der Einkommenssteuer, denn der Gewinn ist ein Bruttogewinn, der noch versteuert werden muss.

Angenommen, der Wunschgewinn beträgt € 67.000,00 so kann nach der Tabelle (oben Punkt 4.6) die Einkommenssteuer berechnet werden.
Gewinn € 67.000,00 = € 18.734,38 Einkommenssteuer
€ 67.000,00 minus € 18.734,38 ergibt den verfügbaren Gewinn mit € 48.265,62.
€ 48.265,62 : 12 Monate = € 4.022,14 monatlich

d) Ergebnis

Um jetzt zu den Einnahmen (Honoraren) zu gelangen, muss zu den Gesamtausgaben mit € 105.000,00 der Brutto-Wunschgewinn von € 67.000,00 hinzugerechnet werden.
Um das gewünschte Ergebnis zu erzielen, müssen daher Einnahmen von € 172.000,00 im Jahr erzielt werden.

© fotomek - stock.adobe.com

Aus den errechneten Einnahmen mit € 172.000,00 resultiert schließlich ein Stundensatz von € 238,89, wenn 720 Stunden im Jahr in der Ordination gearbeitet werden (€ 172.000,00 : 720 Stunden = € 238,89).

Die Fixkosten sind mit einem Stundensatz von € 145,83 gedeckt (€ 105.000,00 : 720 Stunden = € 145,83).

Sind die Einnahmen von € 238,89 pro Stunde nicht erzielbar, sind entweder Kosten einzusparen oder der eigene Wunschgewinn niedriger anzusetzen. Eine weitere wirksame Möglichkeit ist, die Anzahl der produktiven Stunden zu erhöhen.

5. Abrechnungssysteme

In der Praxis finden sich verschiedene Honorarabrechnungssysteme, insbesondere haben sich Modelle etabliert, die sich an Zeiteinheiten, Einzelleistungen oder Kassentarifmodellen orientieren. Auch die Vereinbarung eines Pauschalbetrages mit dem Patienten ist möglich und zulässig. Natürlich sind auch Mischmodelle möglich.

Zu berücksichtigen ist in jedem Fall auch, dass auch Leistungen im eigenen Abrechnungssystem definiert werden, die für den Patienten erbracht werden, wenn er nicht persönlich in der Ordination anwesend ist. Zu denken ist etwa an die Sichtung und Beurteilung von Befunden im Vorfeld einer Beratung, die Erbringung telemedizinischer Leistungen, die Erledigung administrativer Arbeiten für den Patienten, wie das Ausfüllen von Formularen oder die Führung von Telefonaten für den Patienten.

5.1 Abrechnung nach Einzelleistungen

Eine Abrechnung nach Einzelleistungen erfordert die Festlegung des eigenen Leistungsspektrums und die Gliederung in und die Benennung der Einzelleistungen. Die Einzelleistungen können beliebig festgelegt werden. Es besteht natürlich die Möglichkeit, sich an in bestehenden Honorarordnungen festgelegten Einzelleistungsbeschreibungen zu orientieren.

Ein Beispiel für einen Einzelleistungskatalog ist die **Privatärztliche Honorarordnung**, die medizinische Einzelleistungen enthält. Es ist jedoch auch die Heranziehung eines Kassenkatalogs für die Entwicklung des eigenen Leistungsspektrums für die Honorarabrechnung gegenüber den Patienten möglich.

Eine Zusammenstellung administrativer Leistungen enthalten die Empfehlungstarife der Ärztekammer für Oberösterreich, die auf der Homepage unter www.aekooe.at → Niedergelassen → Tarife & Honorare → Privat- & Empfehlungstarife → Empfehlungstarife Stand (Datum) zum Download zur Verfügung stehen.

5.2 Abrechnung angelehnt an Kassentarifmodelle

Eine Abrechnung nach oder angelehnt an die Kassentarifmodelle bietet den Vorteil, dass auf bestehende Abrechnungssysteme zurückgegriffen werden kann und der Aufwand der Entwicklung eines neuen, eigenen Systems weg-

fällt. Ein Nachteil ist, dass ein und dieselbe Leistung in den verschiedenen Kassenkatalogen unterschiedlich textiert und nummeriert sein kann, was den Abrechnungsaufwand zu Beginn erhöht. Weiters bedeutet die Abrechnung nach den Kassentarifmodellen, sofern auch die unterschiedlichen Tarifmodelle übernommen werden sollten, dass für dieselbe Leistung bei verschiedenen Patienten ein unterschiedliches Honorar in Rechnung gestellt wird. Das kann zu Diskussionen unter den Patienten führen, die außerhalb der Ordination stattfinden werden. Deshalb ist es notwendig, den Patienten diese Tatsache erforderlichenfalls zu erklären.

5.3 Abrechnung nach Zeit

© Quality Stock Arts - stock.adobe.com

Bei einer Abrechnung auf Basis der aufgewendeten Zeit ist es notwendig, Zeiteinheiten für die Abrechnung exakt festzulegen. Dabei ist zu bedenken, dass auch Zeiteinheiten bei der Berechnung Berücksichtigung finden, die für einen konkreten Patienten aufgewendet werden, ohne dass der Patient anwesend ist. Beispielsweise sind das jene Zeiten, in denen für oder mit dem Patienten zu seinem Gesundheitsthema (dh nicht für eine Terminvereinbarung) telefoniert wird.

5.4 Abrechnung nach einem Mischsystem

Bei einem Mischsystem wird für einen definierten Leistungsumfang ein Pauschale verrechnet. Über den vom Pauschale abgedeckten Leistungsumfang hinausgehende Einzelleistungen werden zusätzlich verrechnet.

6. Vorsteuerausgleichsprozentsatz

Ärzte, die mit einer Krankenfürsorgeeinrichtung ein **Vertragsverhältnis** eingegangen sind, können zu den Tarifen des Tarifübereinkommens den ihrem Fachgebiet entsprechenden Ausgleichsprozentsatz zusätzlich in Rechnung stellen. Für die bei einer Krankenfürsorgeanstalt Versicherten ergibt sich dadurch keine finanzielle Mehrbelastung, da die Verrechnung des Vorsteuerausgleichsprozentsatzes für ärztliche Leistungen bei der Kostenerstattung berücksichtigt wird. Der Abschluss einer Vereinbarung mit den OÖ KFA und der Krankenfürsorge der Stadt Wien wird jedem Wahlarzt nach erfolgter Nie-

derlassung von der Ärztekammer für Oberösterreich durch Zusendung sogenannter Verpflichtungserklärungen angeboten. Näheres siehe Kap III. 3.

Hinsichtlich der Rechnungslegung für Patienten von **Nichtvertragsärzten** der OÖ KFA wird empfohlen, diese Sätze bereits in der Honorarkalkulation zu berücksichtigen und den Vorsteuerausgleichsprozentsatz nicht gesondert in Rechnung zu stellen.

Gemäß der Verordnung des Bundesministeriums für Finanzen sind im Rahmen des Gesundheitsbereiches folgende Vorsteuerausgleichsprozentsätze (Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG 1996), BGBl Nr. 746/1996) anzuwenden:

Fachgruppe	Vorsteuerausgleichsprozentsatz
Ärzte für Allgemeinmedizin	3,4%
Gutachterärzte, Gutachter für Sozialversicherungsträger, Krankenfürsorgeeinrichtungen und Träger des öffentlichen Fürsorgewesens	3,4%
Augenheilkunde und Optometrie	3,9%
Chirurgie	4,5%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,1%
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	3,3%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3,4%
Innere Medizin	4,4%
Kinder- und Jugendheilkunde	3,3%
Lungenkrankheiten	4,5%
Neurologie und Psychiatrie	3,0%
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	3,1%
Physikalische Medizin	3,3%
Radiologie, med. Radiologie-Diagnostik, Strahlentherapie-Radioonkologie	5,8%
Unfallchirurgie	4,3%
Urologie	3,3%
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	4,8%
Med. und chem. Labordiagnostik	6,7%
Weitere Fachgruppen	3,4%

WE FOR YOU

STEUER-BERATUNG FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Vom Berufseinstieg über Praxisgründung und ärztliche Kooperationen bis hin zur private Vorsorge – wir begleiten Sie bei all Ihren steuerlichen Fragestellungen. Wir entwickeln verlässliche, nachhaltige Konzepte, geben Ihnen damit Sicherheit bei Steuerprüfungen und bewahren Sie so vor ungewollten Überraschungen.

LeitnerLeitner GmbH Wirtschaftsprüfer und Steuerberater

4040 Linz, Ottensheimer Straße 32
+43 732 70 93-0
linz.office@leitnerleitner.com

4910 Ried/Innkreis, Bahnhofstraße 14
+43 7752 85 888
ried.office@leitnerleitner.com

4240 Freistadt, Galgenau 51
+43 7742 747 47
freistadt.office@leitnerleitner.com

LeitnerLeitner
Wirtschaftsprüfer
Steuerberater

leitnerleitner.com

Bezahlte Anzeige

II. RECHNUNGSLEGUNG

1. Honorarnote

Bei der Rechnungslegung durch Wahlärzte sollte berücksichtigt werden, dass der Kostenerstattungsanspruch der krankenversicherten Patienten gegenüber ihrer Krankenkasse an verschiedene Voraussetzungen geknüpft ist. Um diesen Anspruch geltend machen zu können, benötigen Patienten eine nach den Kassenbestimmungen ausgestellte Honorarnote. Darüber hinaus erweisen sich einige zusätzliche Angaben für eine reibungslose Abwicklung als sinnvoll.

Die Sozialversicherungsgesetze, die Satzungen und Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger legen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung, darunter auch, welchen Mindestinhalt eine Honorarnote für eine Kostenerstattung zu enthalten hat, fest[1]. Dazu ausführlich V 1.)

Weil Punktwerte von Leistungen in den Honorarordnungen der Krankenkassen bei Erbringung unterschiedlicher Fachrichtungen variieren können, ist neben der **Angabe des Namens des Arztes** auch die **Angabe der Fachrichtung(-en)** empfehlenswert.

Aus **umsatzsteuerrechtlichen Gesichtspunkten** sind zusätzlich eine Rechnungsnummer und erforderlichenfalls eine UID-Nummer auf der Rechnung anzuführen.

Darüber hinaus wird empfohlen, auf jeder Honorarnote den Vermerk **„Zahlbar sofort und ohne Abzug“** anzubringen. Damit ist einerseits die sofortige Fälligkeit der gesamten Forderung klargestellt und andererseits ausgedrückt, dass kein Skonto von der Rechnungssumme gewährt wird.

Eine Musterhonorarnote finden Sie in der Anlage 1.

Zur elektronischen Einreichung von Honorarnoten an die ÖGK ab 1.7.2024
Hinzuweisen ist auf die Verpflichtung von freiberuflich tätigen Ärzten und ärztlichen Gruppenpraxen, bezahlte Honorarnoten, die Leistungen ab dem 1.7.2024 enthalten, elektronisch an die ÖGK einzureichen. Die elektronisch eingereichten Honorarnoten haben einem von der ÖGK vorgegebenen Datensatz zu entsprechen. Näheres unter II 2.) 2.2).

[1] (ZB § 23 Abs 2 der Satzung 2020 der ÖGK iVm § 37 ÖGK-Krankenordnung 2020, § 16 der Satzung 2020 der BVAEB iVm § 46 Krankenordnung BVAEB 2020.

© SKatzenberger - stock.adobe.com

2. EDV

2.1 Praxis-IT-Ausstattung

IT-Anbieter konkurrieren am Markt mit ihren Arzt-Hard- und Softwareprodukten. Die Notwendigkeit der Anschaffung eines IT-Systemes hängt in der Regel von der Praxisgröße (Patientenanzahl, Anzahl der Patientenkontakte und den damit verbundenen Kosten) der Art der angebotenen Leistungen und der Planung und Perspektive für die Zukunft ab. Von entscheidender Bedeutung ist es, im Zuge der Planung abzuschätzen und zu entscheiden, welche Programm-Komponenten benötigt werden. Die Ordinationshard- und -software kann von kleinen Systemen bis hin zu Netzwerken mit Schnittstellen zu ELGA oder in das EMS reichen. Es können Befundübertragungssysteme, Softwaretools der Krankenversicherung, wie etwa das eRezept-Tool, das ABS-System, etc verbunden werden. Wir empfehlen eine eingehende Beratung über die Produkte bei den Anbietern in Anspruch zu nehmen und auch Kostenvoranschläge über die beabsichtigte Ausstattung von unterschiedlichen Anbietern einzuholen und zu vergleichen. Hilfreich ist auch, sich bei Kollegen über die IT-Ausstattung zu erkundigen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Anschaffung, der Betrieb und die Wartung einer Praxis-IT-Ausstattung über die Anschaffungskosten hinaus regelmäßige Kosten verursacht.

2.2 Datenübermittlungs-, Eintragungs- und Verwendungspflicht

Es gibt Bereiche, in denen Daten durch Ärzte verpflichtend elektronisch zu erheben und in Datenbanken zu speichern sind, so sind beispielsweise bereits bestimmte Impfungen verpflichtend in den eImpfpass einzutragen und es wurde kürzlich auch das elektronische Ausfüllen des Eltern-Kind-Passes (§ 4 Abs 3 EKP-G) gesetzlich vorgesehen. Leistungen, deren Eingabe und Speicherung in einem gesetzlich vorgesehenen System verpflichtend ist, dürfen nicht ohne diese Eingabe und Speicherung erbracht werden.

Zudem ist vorgesehen, dass ab spätestens 1.1.2026 alle freiberuflich tätigen Ärzte und alle bei diesen angestellten Ärzte zur Vereinfachung der Abrechnung ärztlicher Leistungen verpflichtet sind, **die e-card, die e-card-Infrastruktur, ELGA und den eImpfpass** zu verwenden.

Ausnahmen
Von dieser Verpflichtung ausgenommen sind Ärzte, die gutachterliche Aufträge erfüllen, Arbeitsmediziner und Wohnsitzärzte mit Ausnahme ihrer Vertretungstätigkeit in Ordinationen. Eine weitere Ausnahme besteht für jene, für die das, insb die Investitionen, einen unverhältnismäßigen Aufwand darstellt (§ 49 Abs 7 ÄrzteG).

Auskunftspflicht
Den Arzt trifft die Pflicht, die Patienten jedenfalls über die Nichtverwendung der angeführten Infrastrukturvorgaben vor der Erbringung der ärztlichen Leistungen zu informieren.

Elektronische Einreichung von Honorarnoten an die ÖGK
Weiters besteht für freiberuflich tätige Ärzte und ärztliche Gruppenpraxen die Verpflichtung, von den Patienten bezahlte Honorarnoten, die Leistungen enthalten, die ab 1.7.2024 erbracht wurden und für die eine Kostenerstattung, ein Kostenersatz oder ein Kostenzuschuss gewährt werden soll für die Patienten an die ÖGK elektronisch einzureichen. Voraussetzung für die Übermittlung ist die Zustimmung des Patienten. Für die elektronische Einreichung ist ein einheitlicher Datensatz zu verwenden (§ 31b ASVG). Die elektronische Übermittlung beinhaltet keine elektronische Abrechnung der ÖGK mit dem Arzt! Von der Übermittlungspflicht sind Ärzte ausgenommen, denen das nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Wir empfehlen, die Patienten darüber zu informieren, wenn keine elektronische Einreichung der Honorarnoten an die ÖGK durchgeführt wird.

3. eRechnung an den Bund

3.1 Allgemeines

Seit 2014 dürfen die österreichischen Bundesdienststellen Rechnungen im Waren- und Dienstleistungsverkehr ausschließlich **elektronisch in strukturierter** Form akzeptieren. Bundesdienststellen sind beispielsweise die Polizei, Gerichte, Ministerien, Bundesschulen etc. Das Format der Rechnung, insbesondere die darin anzugebenden Daten sind vom Bund vorgegeben. Eine Papierrechnung oder eine Rechnung per e-Mail im PDF-Format erfüllen diese Rechnungsvoraussetzungen nicht. Die Abrechnung mit dem Bund in diesem Format wird im Sprachgebrauch als *eRechnung an den Bund* bezeichnet. Die Verpflichtung, die Abrechnung mittels eRechnung an den Bund durchzuführen, trifft grundsätzlich auch für ärztliche Leistungen zu. Wird beispielsweise ein Arzt gebeten, in einer Justizanstalt Häftlinge zu visitieren und zu behandeln, sind die Leistungen mittels eRechnung in Rechnung zu stellen.

3.2 Ausnahmen von der eRechnungspflicht für Gutachten

Von der Verpflichtung, mittels eRechnung abzurechnen, sind Gutachten ausgenommen. Der Begriff Gutachten wird in diesem Zusammenhang derzeit weit ausgelegt. Unter die Ausnahme fallen derzeit beispielsweise die Haftfähigkeitsgutachten.

3.3 Nähere Informationen zur eRechnung

Ausführliche Informationen zur Rechnungslegung an den Bund mittels eRechnung finden Sie unter https://www.erechnung.gv.at/erb/home.

4. Zahlungseingangskontrolle und Mahnwesen

© fotomek - stock.adobe.com

Um den Zahlungseingang feststellen zu können, bedarf es eines geeigneten Kontrollsystems. Für den Fall, dass Honorare offen bleiben, empfiehlt es sich schon aus betriebswirtschaftlichen Gründen, den Zahlungspflichtigen zeitnah an die offene Honorarnote zu erinnern.

Mahnungsmuster finden Sie in den Anlagen dieser Broschüre bzw. in elektronischer Form auch auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich unter www.aekooe.at → Niedergelassen → Formulare → Weitere Dokumente zum Download → Mahnungsmuster.

Für den Fall, dass die Honorarnote auch dann nicht bezahlt wird, bedarf es professioneller Unterstützung durch ein Inkassobüro oder einen Rechtsanwalt. Da die gerichtliche und exekutive Durchsetzung von Honoraransprüchen Kosten verursacht, ist der Abschluss einer geeigneten Betriebs-Rechtsschutzversicherung anzudenken.

5. Verjährung von Honorarforderungen

Honorarforderungen verjähren nach **drei Jahren** ab Fälligkeit. Eine Honorarforderung ist zu dem Zeitpunkt fällig, an dem die Fälligkeit mit dem Patienten vereinbart wurde (zB wenn ein bestimmter Zahltag mit dem Patienten vereinbart wurde) oder ab dem der Patient die Höhe der Forderung kannte (zB mit dem Emfpang der Honorarnote durch den Patienten).
Verjährte Forderungen können gegenüber Patienten nicht mehr gerichtlich geltend gemacht werden.

6. Verrechnung versäumter Arzttermine

Das untentschuldigte Versäumen von Arztterminen muss von nicht einfach hingenommen werden. Der Wahlarzt kann dem Patienten, der seinen Termin — ohne diesen vorher rechtzeitig abzusagen — nicht wahrgenommen hat, seinen erlittenen finanziellen Nachteil dafür in Rechnung stellen.
In Wahlarztordinationen wird mit Terminvergabesystemen mit der Terminvereinbarung ein bestimmtes Zeitbudget für den Patienten reserviert. Dem Arzt entsteht durch eine unterlassene Stornierung eines Termines ein finanzieller Ausfall durch die ungenützte Zeit bei laufendem Betrieb und laufenden Kosten, weil in dieser Zeit kein anderer Patient bestellt werden konnte. Zumindest dieser Ausfall kann dem Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn der Patient den Termin nicht rechtzeitig abgesagt hat.

7. Belegerstellungs- und Registrierkassenpflicht

7.1 Anspruch des Patienten auf eine Rechnung

2016 wurde die Belegerstellungs- und Registrierkassenpflicht eingeführt. Diese trifft auch ordinationsführende Ärzte.

Unabhängig davon, in welcher Form (Barzahlung, Bankomatkasse, Überweisung, Kreditkartenzahlung, etc) das Honorar des Arztes bezahlt wird, hat jeder Patient gemäß § 51 Abs 1a ÄrzteG einen Anspruch auf Ausfolgung einer Rechnung.

© nikond700 - stock.adobe.com

7.2 Belegerstellungspflicht

Im Fall der Barzahlung – wobei als Barzahlung auch die Bezahlung mittels Bankomatkasse oder Kreditkarte gilt – ist der Arzt verpflichtet, dem Patienten zusätzlich zur Rechnung einen Beleg (= Kassabon), über die Bezahlung auszufolgen. Die Aufbewahrungspflicht des ordinationsführenden Arztes für elektronisch gespeicherte Belege besteht für sieben Jahre.
Notwendige Beleginhalte sind die Bezeichnung des Leistungserbringers, eine fortlaufende Nummer, Datum und Uhrzeit der Belegausstellung, die Menge und handelsübliche Bezeichnung der Leistungen, der Betrag der Barzahlung und nach Steuersätzen getrennt, die Kassen-Identifikationsnummer und die Belegdaten in maschinenlesbarer Form, zB als QR-Code.

7.3 Registrierkassenpflicht

Die Verpflichtung eine Registrierkasse zu betreiben, besteht ab einem Jahresumsatz von € 15.000,00 und einem Barumsatz von € 7.500,00. Zu beachten ist dabei, dass nicht nur Bargeldeinnahmen, sondern auch Bankomat- und Kreditkartenzahlungen als Bareinnahmen gelten.
Die meisten Arztsoftwareprodukte enthalten bereits Registrierkassen-Module, sodass die Anschaffung einer separaten Registrierkasse nur notwendig ist, wenn die Arztsoftware keine Registrierkassenfunktion beinhaltet.

7.4 Sicherheitseinrichtung

Das Produkt muss einen Manipulationsschutz aufweisen. Dieser Manipulationsschutz wird durch die Implementierung der technischen Sicherheitslösung (Signaturerstellungseinheit) gewährleistet.
Technische Details zur erstmaligen Inbetriebnahme und zur verpflichtenden Registrierung der Sicherheitslösung der Registrierkasse über FinanzOnline enthält die Registrierkassensicherheitsverordnung. Ausfälle der Registrierkasse über 48 Stunden oder der Sicherheitslösung sind ohne unnötigen Aufschub (längstens binnen einer Woche ab Auftreten) über FinanzOnline zu melden.

SCHNELZER & PARTNER

MEDIZINTECHNIK MIT SERVICEKOMPETENZ
& PRAXISBEDARF

Handelsgesellschaft m.b.H., Landwiedstraße 123, A-4020 Linz, Tel. +43(0)732 / 34 30 64, office@med-tech-schnelzer.at

Bezahlte Anzeige

STOREBEST
Ein Mitglied der Kesseböhmer-Gruppe

MEIN Fullservice-Praxiseinrichter

- **STOREBEST** kümmert sich um Ihr gesamtes Projekt: Konzept, Planung, Fertigung, Montage
- Österreichische Qualität seit 1960
- Kompetente Einrichtungsberatung vor Ort
- Faires Preis-/Leistungsverhältnis
- 3D Visualisierung
- Produktion in Oberösterreich
- Kurze Lieferzeiten

STOREBEST
Ladeneinrichtungen GmbH

Flurweg 1
4421 Aschach/Steyr
Austria

T: (+43) 72 59 / 40 25 – 0
Mail: office@storebest.at

www.storebest.at

Bezahlte Anzeige

Bilder © STOREBEST

III. WAHLARZT UND KRANKENVERSICHERUNG

1. Gesetzliche und private Krankenversicherungen

In Österreich ist durch die Sozialversicherungsgesetze ein Pflichtversicherungssystem eingerichtet. Das bedeutet, dass nahezu jede Person aufgrund der von ihr ausgeübten Erwerbstätigkeit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger zugeordnet und bei diesem pflichtversichert ist. Für jeden Pflichtversicherten und mitversicherte Personen besteht der Leistungsumfang, den die zuständige Krankenkasse abdeckt. Unterschiedliche Risikoprofile spielen für den Leistungsanspruch keine Rolle.
Daneben besteht ein privater Kranken- und Unfallversicherungsmarkt. Private Versicherungsunternehmen bieten verschiedene Versicherungsprodukte für die Absicherung ihrer Kunden gegen definierte Risiken, wie Krankheit und/oder Unfall, Tod oder Riskokombinationen an. Der Leistungsumfang richtet sich dabei immer nach dem zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsunternehmen abgeschlossenen Versicherungsvertrag.

2. Gesetzliche Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen in Oberösterreich — Übersicht

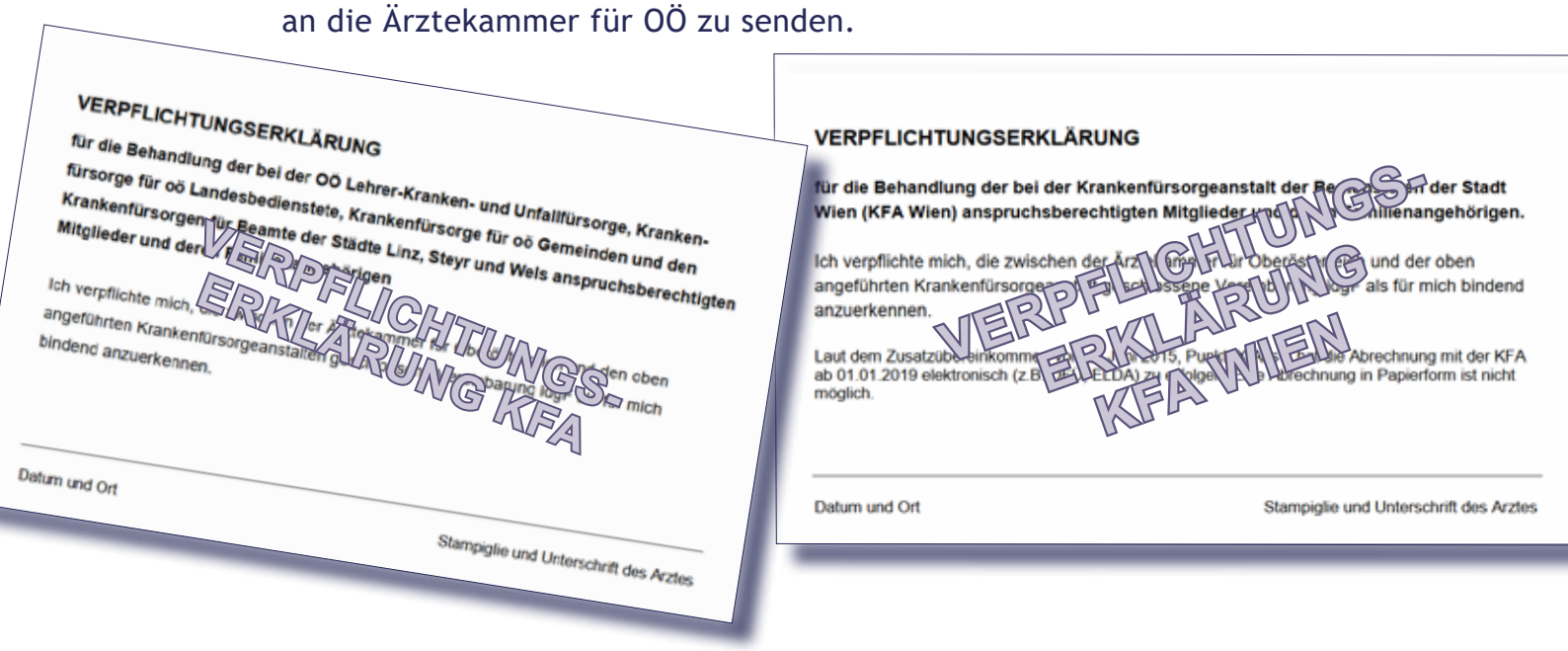
Es gibt verschiedene gesetzliche Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen. Anbei ein Überblick für Oberösterreich:

Krankenversicherung	Sammelbezeichnung	Abkürzung
Österreichische Gesundheitskasse		ÖGK
Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete, Eisenbahnen und Bergbau	Sonderversicherungsträger	BVAEB
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	Sonderversicherungsträger	SVS
OÖ Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge	OÖ Krankenfürsorgen (= OÖ KFA)	LKUF
Kranken- und Unfallfürsorge für oö Landesbedienstete		KFL
Kranken- und Unfallfürsorge für oö Gemeinden		KFG
Magistratskrankenfürsorge der Landeshauptstadt Linz		
Krankenfürsorgeanstalt für Beamte der Stadt Wels		
Krankenfürsorgeanstalt für Beamte der Stadt Steyr		

3. Kann ein Wahlarzt einen Kassenvertrag abschließen?

Ein Kassenvertrag mit der ÖGK und den Sonderversicherungsträgern wird in Oberösterreich nach einem Stellenausschreibungs- und Bewerbungsverfahren mit dem Bewerber abgeschlossen. Eine Stellenausschreibung von Kassen-Einzelverträgen mit nur einem oder mehreren Sonderversicherungsträgern findet derzeit nicht statt.

Dagegen wird jedem Wahlarzt der Abschluss eines Einzelvertrages mit den OÖ KFA, der Krankenfürsorgeanstalt der Stadt Wien und der Sozialhilfe angeboten. Nach erfolgter Niederlassung werden von der Ärztekammer für Oberösterreich entsprechende Formulare – sogenannte Verpflichtungserklärungen – übermittelt. Die Annahme dieser Vertragsangebote ist freiwillig und jederzeit möglich. Die unterschriebenen Vertragsformulare sind an die Ärztekammer für OÖ zu senden.



Weiters besteht derzeit bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen die Möglichkeit, mit den Krankenkassen (ÖGK, BVAEB, SVS) spezielle Verträge und Direktverrechnungsberechtigungen abzuschließen wie beispielsweise

- für Ärzte für Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin, FÄ für Lungenkrankheiten, FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag mit allen Krankenkassen.
- für FÄ für Chirurgie und FÄ für Innere Medizin einen Vorsorgecoloskopie-Vertrag mit Sonderversicherungsträgern.
- für FÄ für Chirurgie und FÄ für Innere Medizin eine Vorsorgecoloskopie-Direktabrechnungsberechtigung mit der ÖGK-OÖ (Achtung: umfasst nicht die Polypektomie!).

- für Ärzte für Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde, FÄ für Lungenkrankheiten, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, FÄ für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und FÄ für Psychiatrie eine Substitutionsabrechnungsberechtigung.

Dazu ausführlich in Punkt IV.

Der Abschluss eines solchen Vertrags oder einer Direktabrechnungsberechtigung verpflichtet zur Einhaltung der Vertragsbedingungen und der Tarife. Ein Überschreiten der vertraglich vereinbarten Honorare oder ein Verstoß gegen die Vertragsbedingungen stellt eine Vertragsverletzung dar und kann im äußersten Fall zum Entzug der Abrechnungsberechtigung oder zur Auflösung des Vertrages führen.

4. Zulässigkeit einer wahlärztlichen Tätigkeit neben einer kassenärztlichen Tätigkeit?

4.1 Allgemeines

© Gsebra - stock.adobe.com

Ärzte mit Kassenvertrag, Gesellschafter einer Kassenvertrags-Gruppenpraxis oder einer Primärversorgungseinheit und Ärzte, die als erweiterte Vertreter oder angestellte Ärzte in Kassenvertragseinrichtungen mitarbeiten, haben hinsichtlich der Ausübung einer weiteren Erwerbstätigkeit, wozu auch die Führung einer Wahlarztordination gehört, die kassenvertragsrechtlichen Bestimmungen dazu einzuhalten. Die kassenrechtlichen Bestimmungen enthalten Bedingungen oder Beschränkungen für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit neben der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Zu beachten ist, dass in jenen Konstellationen, in denen die Ausübung einer privatärztlichen Tätigkeit neben der Führung einer Kassenordination ausdrücklich erlaubt ist, das zur Folge hat, dass Patienten dieser Privatordinationen keine Kostenerstattung erhalten, wenn sie den Arzt auch als Kassenvertragsarzt in Anspruch nehmen hätten können.

Beispiel:
Dr. M ist Kassenvertragsarzt für die BVAEB. Daneben führt er in demselben Fachgebiet eine Privatordination, in der er Schmerztherapie anbietet. Der Patient P, der bei der BVAEB versichert ist, konsultiert Dr. M in seiner Privatordination. Er erhält eine Schmerztherapie. Wenn dieser die Honorarnote bei der BVAEB einreicht, erhält er keine Kostenerstattung, weil er Dr. M auch als Kassenvertragsarzt auf Kosten der BVAEB konsultieren hätte können.

4.2 Kassenvertragsarzt und Privatordination

4.2.1 ÖGK-OÖ

Die Führung einer Zweitordination/Privatordination neben einer Kassenvertragsordination ist für Kassenvertragsärzte der ÖGK-OÖ nur sehr eingeschränkt zulässig.[2] Diese ist nur für Leistungen erlaubt, die ihrer Art nach keine Krankenbehandlung iSd § 10 des Gesamtvertrages darstellen. Leistungen, die ihrer Art nach keine Krankenbehandlung darstellen, sind solche, für die die Kasse nicht leistungszuständig ist, wie etwa die Erstattung von Gutachten oder die Durchführung von Tauch- oder Feuerwehrtauglichkeitsuntersuchungen.

Sollen in einer Zweitordinationen/Privatordination eines Kassenvertragsarztes Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd § 10 des Gesamtvertrages darstellen (wozu auch Eltern-Kind-Pass Leistungen zählen), ist dafür die Genehmigung der ÖGK-OÖ und Ärztekammer notwendig. Wird die Zustimmung erteilt, gilt die genehmigte Zweitordination als Kassenordination und nicht als Privat- oder Wahlarztordination, dh die Leistungen sind mit der Krankenkasse wie in der Kassen-Erstordination abzurechnen. Das gilt sinngemäß auch für Vertragsärzte, die über die einzelvertraglich vereinbarte Tätigkeit in einer bestimmten Fachrichtung hinaus eine Tätigkeit in einer anderen Fachrichtung (deren Ausbildung sie ebenfalls nachweisen können) ausüben bzw ausüben wollen.

4.2.2 Sonderversicherungsträger (BVAEB, SVS)

Bei der BVAEB und der SVS besteht kein striktes Verbot, eine Privatpraxis neben einer Kassenvertragsordination, in der Kassenleistungen angeboten werden sollen, zu führen. Jedoch leisten die Krankenversicherungsträger keine Kostenerstattung, wenn der Patient den Arzt, den er privat in Anspruch genommen hat, auch als Kassenvertragsarzt in Anspruch hätte nehmen können. (siehe Beispiel oben 4.1.)

[2] § 11 Abs 5 konsolidierte Fassung des OÖ Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte - ÖGK-OÖ (Fassung 2023).

4.3 Gruppenpraxis-Gesellschaftsanteil und Privatordination – ÖGK-OÖ

Es gilt grundsätzlich das oben in Punkt 4.2.1 Ausgeführte.

4.4 Erweiterter Vertreter in einer Kassenvertragseinrichtung[3]

Die erweiterte Vertretung beinhaltet die regelmäßige Mitarbeit eines Arztes in einer Kassenvertragseinrichtung. Die Grundlage und eine Voraussetzung der Zusammenarbeit ist ein vom Kassenplanstelleninhaber mit dem als erweiterten Vertreter mitarbeitenden Arzt abgeschlossener freier Dienstvertrag. Der Kassenplanstelleninhaber und der mitarbeitende Arzt müssen fachgleich sein.[4]
Eine wahlärztliche Tätigkeit des Vertreters ist nur mit vorheriger Zustimmung von Kammer und Versicherungsträger zulässig. Diese wird erteilt, wenn mit der wahlärztlichen Tätigkeit die Zielsetzungen der erweiterten Vertretung nicht gefährdet werden.
Wenn die Führung einer Wahlarztordination durch die Sozialversicherung und die Ärztekammer genehmigt wird, ist davon auszugehen, dass Patienten dieser genehmigten Wahlarztordination eine Kostenerstattung für die eingereichten Honorarnoten erhalten können.

4.5 Angestellter Arzt in einer Kassenvertragseinrichtung

Für einen in einer Kassenvertragseinrichtung angestellten Arzt gelten bezüglich Nebentätigkeiten ebenfalls Beschränkungen.
Bei der Bewerbung um einen Dienstvertrag sind Nebentätigkeiten, worunter auch die Führung einer Wahlarztordination gehört, anzugeben. Die Sozialversicherung und die Ärztekammer können Widerspruch gegen die Anstellung erheben, wenn eine Nebentätigkeit ausgeübt wird, die die Zielsetzung der Anstellung in der Kassenvertragsarztordination gefährdet.
Möchte ein in einer Kassenvertragseinrichtung angestellter Arzt künftig eine Wahlarztordination betreiben, ist das nur nach vorheriger Genehmigung der Krankenversicherung und der Ärztekammer zulässig. Würde eine Wahlarztordination ohne das Vorliegen der Zustimmung betrieben, könnte das, wenn die Genehmigung nicht noch erteilt wird, zur Auflösung des Anstellungsverhältnisses in der Kassenvertragseinrichtung führen.
Wenn die Führung einer Wahlarztordination durch die Sozialversicherung und die Ärztekammer genehmigt wird, ist davon auszugehen, dass Patienten dieser genehmigten Wahlarztordination eine Kostenerstattung für die eingereichten Honorarnoten erhalten können.

[3] Kassenvertragsordination, Kassenvertrags-Gruppenpraxis, Primärversorgungseinheit.
[4] §§ 44ff Gesamtvertrag ÖGK, 42. ZP ab 1.10.2019.

© Summit Art Creations - stock.adobe.com

IV. SPEZIELLE VEREINBARUNGEN MIT DER KRANKENVERSICHERUNG

1. Vorsorgeuntersuchung

Personen ab dem 18. Lebensjahr mit Wohnsitz in Österreich steht es frei, einmal pro Jahr eine Vorsorgeuntersuchung bei einem Arzt mit einem Vorsorgeuntersuchungsvertrag auf Kosten der Sozialversicherung durchführen zu lassen. Die Vorsorgeuntersuchung beinhaltet ein detailliert festgelegtes Untersuchungsprogramm, das durchzuführen und zu dokumentieren ist.

Einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag können Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe abschließen. Voraussetzung dafür ist die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchungs-Schulung. Mit der Bestätigung über die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchungs-Schulung kann der Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungsvertrags mit der Krankenversicherung beantragt werden.

Die Vorsorgeuntersuchungen sind mit den Krankenkassen direkt abzurechnen. Davon ausgenommen sind Versicherte der OÖ KFA, die analog zum kurativen Bereich eine Honorarnote erhalten, die sie zur Kostenerstattung einreichen können.

2. Vorsorgecoloskopie

Die Vorsorgecoloskopie ist für Personen ab dem 50. Lebensjahr auf Kosten der Sozialversicherung als Vorsorgeleistung bei berechtigten Ärzten möglich.

Fachärzte für Innere Medizin (Gastroenterologie) und Fachärzte für Chirurgie können mit den Sonderversicherungsträgern (BVAEB und SVS) einen Vorsorgecoloskopievertrag abschließen, wenn die Qualitätsvoraussetzungen im Hinblick auf die Praxisausstattung erfüllt sind.
Weiters ist es möglich, bei Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen eine Verrechnungsberechtigung mit der ÖGK-OÖ für die Durchführung der Vorsorgecoloskopie zu erhalten. Alle Informationen zur Verrechnungsberechtigung finden Sie im RS 1571-2016 – Einführung der VU-Koloskopie ab 1.10.2016 der ehemaligen OÖ. Gebietskrankenkasse auf unserer Homepage www.aekooe.at → Niedergelassen → Kassenärztinnen & Kassenärzte → Rundschreiben ÖGK → Rundschreiben 2016 → RS 1571/2016 Einführung der VU-Colokopie ab 1.10.2016.

Bezahlte Anzeige

Die Zeit ist immer reif für ein gutes Gespräch. Ihre Standesbank

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTE & APOTHEKER BANK AG

Wir haben Zeit, wenn Sie Zeit haben. Flexible und individuelle Terminvereinbarung in ganz Österreich. Sehr gerne auch außerhalb der Öffnungszeiten, bei Ihnen vor Ort oder über Video.

Eine gesunde Verbindung.

www.apobank.at

Stand: Oktober 2023 / WERBUNG

Es ist zu beachten, dass die Regelungen für die Vorsorgecoloskopie, was den Leistungsumfang, die Tarife und insb die Polypektomie betrifft, bei den Sonderversicherungsträgern und der ÖGK-OÖ unterschiedlich sind.

Leistung	ÖGK	BVAEB (2021) SVS
Berechtigungsart	Verrechnungs-berechtigung	Vertrag
Beratung und Aufklärung des Patienten	ja	ja
Angebot und ggf Durchführung der Prämedikation/ Sedierung	ja	ja
Umfang der VU-Coloskopie	Vollständige Video-Koloskopie bis ins Zoekum (in mind 85% der Fälle) mit vorangegangener rektaler Untersuchung	Digitale Rektaluntersuchung
Erforderliche Biopsien	ja	ja (erforderliche Probeexcision)
Polypektomien in der gleichen Sitzung	Verpflichtende Durchführung aber kurative Abrechnung mit dem Patienten; Patient erhält Kostenerstattung	Verpflichtende Durchführung der erforderlichen Polypektomien; Gesamttarif
EDV-Dokumentation und Befundausstellung und -besprechung	ja	ja
Venflon, Sedativa, Antidot	Werden über pro ordinatione-Bedarf zur Verfügung gestellt	inklusive
Abführmittel	ist zu rezeptieren	inklusive
Tarif	€ 195,39 (2016) ohne Polypektomie	BVAEB: € 338,38 (2020) ohne Polypektomie; € 400,49 inklusive Polypektomien SVS: VUCO € 349,00 VUCOP (1 Polyp) € 414,00 VOCOPZ (mehrere Polypen) € 464,00

Werden Koloskopien außerhalb des kurativen Bereiches ohne Vorsorgecoloskopievertrag mit den Sonderversicherungsträgern oder ohne Verrechnungsberechtigung mit der ÖGK-OÖ erbracht, erhält der Patient dafür keine Kostenerstattung.

3. Substitutionsbehandlung

Wahlärzte können, wenn sie Substitutionsbehandlungen durchführen möchten, eine Abrechnungsvereinbarung mit der ÖGK für die Honorarpositionen

- 10de — Erst- bzw Wiedereinstellung eines Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung,
- 10 dw — Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung und
- 10dz — Abgabe einer Zweitmeinung im Rahmen der Substitutionsbehandlung

bei der Krankenversicherung beantragen.
Der Antrag ist bei der ÖGK-OÖ zu stellen. Dem Antrag sind entsprechende Aus- und Weiterbildungsnachweise auf dem Gebiet der Substitution beizulegen. Erfüllt der Wahlarzt die Voraussetzungen, schließt die Krankenversicherung eine Abrechnungsvereinbarung mit ihm ab. Damit ist der Wahlarzt berechtigt, die oben genannten Leistungen direkt mit der Krankenkasse abzurechnen. Eine Abrechnung mit dem Patienten ist nicht zulässig.

© Malambo C/peopleimages.com - stock.adobe.com

4. Therapie Aktiv (Diabetes)

4.1 Diabetesbetreuung

Die Betreuung von nicht insulinpflichtigen Typ II Diabetikern ist im Programm „Therapie Aktiv — Diabetes im Griff“, das im RS 1215/2011 der ehemaligen OÖ. Gebietskrankenkasse beschrieben ist, zusammengefasst. Wahlärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin können eine Verrechnungsberechtigung beantragen. Voraussetzung für die Erteilung ist die Absolvierung einer Schulung. Bei Verrechnung einer Leistung erhalten Patienten eine Kostenerstattung von der Sozialversicherung.

Im Rahmen des Programmes sind folgende Leistungen in der Honorarordnung der ÖGK–OÖ vorgesehen:

- 10x – Diabetes Erstbetreuung
- 10y – Diabetes Quartalscheck
- 10z – Diabetes Jahrescheck

Detaillierte Leistungsbeschreibungen enthält die Honorarordnung der ÖGK–OÖ bei den angeführten Leistungen.

4.2 Patienten-Gruppenschulungen

Voraussetzung für die Verrechnung von Patienten-Gruppenschulungen ist eine Verrechnungsberechtigung des Wahlarztes. Diese wird nach einer Antragstellung unter Vorlage eines Schulungsnachweises von der Ärztekammer ausgestellt. Die Patienten-Gruppenschulungen sind direkt mit der Krankenkasse zu verrechnen.

5. Eltern-Kind-Pass-Leistungen

© Michaela Begsteiger - stock.adobe.com

Nach Feststellung einer Schwangerschaft erhält jede Schwangere einen Eltern-Kind-Pass. Der Pass soll der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 5. Lebensjahr dienen. Die im Rahmen des Eltern-Kind-Pass-Programms vorgesehenen Untersuchungen stellen eine Gelegenheit zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von Krankheiten sowie zur Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes dar.

Zu beachten ist, dass die Durchführung bestimmter Untersuchungen eine Voraussetzung für die Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes darstellt, weswegen die Bestätigung der Durchführung der Untersuchungen besondere Bedeutung hat.

© mmphoto - stock.adobe.com

Nähere Informationen zu den Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen und zum Ausfüllen des Eltern-Kind-Passes finden Sie auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit unter www.bmgf.gv.at → Themen A-Z → Gesundheit → Eltern und Kind → Mutter-Kind-Pass.

© TommyStockProject - stock.adobe.com

Neben der Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes ist die Erfüllung der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen und der Impfungen laut dem Impfplan in Oberösterreich auch Voraussetzung für die Gewährung des Eltern-Kind-Zuschusses. Genaue Informationen zum Eltern-Kind-Zuschuss in Oberösterreich finden Sie auf der Homepage des Landes Oberösterreich unter www.land-oberoesterreich.gv.at → Service → Serviceangebote → Förderungen → Gesellschaft & Soziales → Familien → Eltern-Kind-Zuschuss.

Die Eltern erhalten bei Einhaltung der Voraussetzungen des Untersuchungsprogramms 100% des Eltern-Kind-Pass-Tarifes von ihrer Krankenkasse erstattet.

Tarife Eltern-Kind-Pass-Leistungen ab 1.1.2023
Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie, Augenheilkunde, HNO und Radiologie

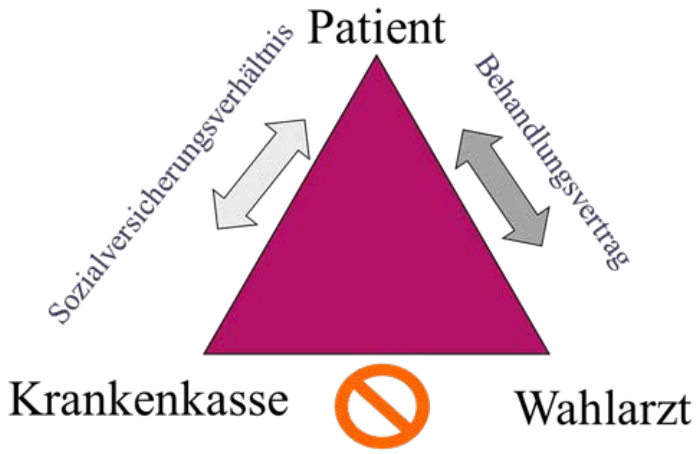
Positionsbezeichnung	Leistungsbeschreibung	Fach	Tarif in €
a) Erste bis fünfte Untersuchung der Schwangeren			
MU1	1. Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
MU2	2. Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
MU3	3. Untersuchung der Schwangeren in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
MU4	4. Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
MU5	5. Untersuchung der Schwangeren in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche	AM, G	31,55
b) Interne Untersuchung der Schwangeren			
MI1	Interne Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche	AM, I	20,22
c) Untersuchung des Neugeborenen, sofern diese Untersuchung nicht bereits auf einer Geburtsstation durchgeführt wurde			
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	AM, K	31,30
d) Acht Untersuchungen des Kindes			
KU1	1. Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche	AM, K	38,16
KU2	2. Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat	AM, K	38,16
KU3	3. Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat	AM, K	38,16
KU4	4. Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat	AM, K	38,16
KU5	5. Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat	AM, K	38,16
KU6	6. Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat	AM, K	38,16
KU7	7. Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat	AM, K	38,16
KU8	8. Untersuchung des Kindes im 58. bis 62. Lebensmonat	AM, K	38,16

e) Orthopädische Untersuchung des Kindes			
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche	AM, K, O	20,22
f) Untersuchung des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches des Kindes			
KH1	Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat	AM, K, HNO	31,42
g) und h) Augenuntersuchung des Kindes			
KA1	Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat	AM, K, A	31,42
KA2	Augenärztliche Untersuchung des Kindes einschließlich Skiaskopie zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	A	38,16
i) Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften			
KS1	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 1. Lebenswoche, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte	K, O, Ra	42,63
KS2	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 6. bis 8. Lebenswoche	K, O, Ra	42,63
MS1	Sonographische Untersuchungen der Schwangeren		Tarif laut HO
MS2	Sonographische Untersuchungen der Schwangeren		Tarif laut HO
MS3	Sonographische Untersuchungen der Schwangeren		Tarif laut HO

© moodboard- stock.adobe.com

V. KOSTENERSTATTUNG

1. Rechtsbeziehungen



Patienten, die bei einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger pflichtversichert sind, haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Kostenerstattung.
Der Anspruch auf eine Kostenerstattung von einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger ist ein Anspruch des Patienten und nicht des Arztes.

Zwischen dem Wahlarzt und der Krankenversicherung des Patienten besteht keine direkte Rechtsbeziehung, wie in der Grafik veranschaulicht ist. Die aus dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag erwachsenden Rechtsbeziehungen zwischen dem Wahlarzt und seinem Patienten sind unabhängig von der Rechtsbeziehung dieses Patienten als Versichertem zu seiner Krankenkasse. Mit anderen Worten ausgedrückt bedeutet dies, dass im Dreiecksverhältnis Wahlarzt - Patient - Krankenkasse nur der Patient die rechtliche Möglichkeit hat, gegen eine gänzliche oder teilweise Ablehnung der Kostenerstattung vorzugehen.

Zwischen dem Wahlarzt und der Krankenkasse besteht keine Rechtsbeziehung, was die Honorierung der Behandlung seiner krankenversicherten Patienten betrifft. Daher ist auch eine Vereinbarung zwischen dem Wahlarzt und der Krankenversicherung über die Überweisung des Kostenerstattungsanteils des Patienten direkt an ihn nicht zulässig. Die Krankenversicherung darf den Kostenerstattungsbetrag des Patienten dem Wahlarzt auch deshalb nicht überweisen, weil gemäß der Krankenordnung als Kostenerstattungsvoraussetzung der Nachweis der vollständigen Bezahlung der Honorarnote durch den Patienten vor Einreichung an die Krankenkasse erforderlich ist. Die Möglichkeit einer Zession, dh einer Abtretung der Rückersatzforderung durch den Patienten an den Arzt anstelle einer Barzahlung, ist gem § 98 Abs 2 ASVG nur mit Zustimmung der Kasse möglich. Es ist anzunehmen, dass die Krankenkassen einer solchen Zession nicht zustimmen werden.

Grundvoraussetzungen für einen Anspruch des Patienten auf Kostenerstattung

Die Honorarnote muss nach kassenrechtlichen Vorschriften folgende in Z 1- 8 angeführten Angaben[5] enthalten, damit eine Kostenerstattung geleistet werden kann:

1. Daten des Versicherten
   - Vorname und Familienname des Versicherten
   - Versicherungsnummer
   - Wohnadresse
2. Bei Behandlung eines Angehörigen auch die unter Z 1 angeführten Personaldaten des Angehörigen
3. Zahlungsbestätigung, statt dessen kann auch der Einzahlungsnachweis (Zahlschein, Erlagschein, Kontoauszug) übermittelt werden; Liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann der Versicherte im Einzelfall die Zahlung auch mit seiner Unterschrift bestätigen.
4. Ausstellungsdatum
5. Genaue Angaben über die ärztlichen Leistungen und zwar
   - die Diagnose und Therapie
   - die Zahl der Ordinationen, Visiten, Nachtordinationen, Sonn- und Feiertagsordinationen und bei Sonn- und Feiertagsordinationen sowie Nachtvisiten und Nachtordinationen auch die entsprechende Begründung
   - die Sonderleistungen
   - Leistungsdatum, bei Nachtvisiten auch die Uhrzeit
6. Bei Inanspruchnahme einer Wahl-Gruppenpraxis: Name und Fachgebiet des behandelnden Arztes der Gruppenpraxis
7. Bei e-Überweisung oder e-Zuweisung: Informationsblatt zur e-Überweisung bzw e-Zuweisung, das der Patient bei der elektronischen Über- bzw Zuweisung erhalten hat, oder Anführung des Antragscodes im Antrag auf Kostenerstattung
8. Rechnungsbetrag (Gesamtsumme ausreichend)

[5] § 37 Abs 1 und 2 Krankenordnung der ÖGK 2020, § 46 Krankenordnung der BVAEB 2020, § 36 Krankenordnung der SVS 2022.

Weitere Bedingungen für eine Kostenerstattung sind:

9. Nachweis der Bezahlung der Honorarnote durch den Patienten vor Einreichung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (ausgenommen OÖ KFA)
10. Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die erbrachten Leistungen („Krankenbehandlung“, Vorsorge nur, wenn in den Kassenbestimmungen vorgesehen)
11. Einhaltung des Ökonomiegebotes (=Grundsatzes, dass die Behandlungen ausreichend und zweckmäßig sein müssen, aber das Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen.)
12. Keine Konsultation eines Arztes desselben Fachgebietes im selben Abrechnungszeitraum (§ 38 Krankenordnung);
13. Einhaltung leistungsbezogener Anforderungen:
    - o „Verrechnungs“Berechtigung des Arztes für bestimmte Leistungen (Ansuchen und Bewilligung notwendig)
    - o Vorliegende Chefarztbewilligung für bewilligungspflichtige Leistungen
    - o Vorliegen der Begründung für begründungspflichtige Leistungen
    - o Keine Rückerstattung für Leistungen, deren gleichzeitige Abrechnung nach der Honorarordnung ausgeschlossen ist.

Zu beachten ist, dass die gesetzlichen Krankenversicherungsträger nur dann zur Kostenerstattung verpflichtet sind, wenn die Behandlung (egal ob Diagnostik oder Therapie) ausreichend und zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend war. Für das generelle Aufwenden von „mehr Zeit“ für die Behandlung von Patienten ist die Krankenversicherung nicht zur Kostenerstattung verpflichtet.

2. Rechtliche Grundlagen für die Kostenerstattung durch gesetzliche Krankenversicherungsträger

Die geltende Rechtslage (§§ 131 ASVG, 85 GSVG, 88 BSVG und 59 B-KUVG) sieht einen Anspruch auf Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherungsträger an Wahlarztpatienten vor.

Die Sozialversicherungsgesetze verweisen, was die detaillierte Festlegung der Kostenerstattung betrifft, auf die Satzungen der jeweiligen Krankenversicherungsträger. Die Satzungen, Krankenordnungen und Gesamtverträge aller Berufsgruppen, etc sind auf der Homepage des **Bundeskanzleramtes www.ris.bka.gv.at** unter dem Punkt **Kundmachungen, Erlässe** und dem Unterpunkt **Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung – authentisch ab 2002** veröffentlicht. Im Hinblick auf die Rechte und Pflichten der Patienten gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenversicherung oder Krankenfürsorgeanstalt sind die **Krankenordnungen** maßgeblich, die ebenfalls im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes unter **www.ris.bka.gv.at** veröffentlicht sind.

3. Kostenerstattung durch die ÖGK-OÖ – Rechtsgrundlage

© BRN-Pixel - stock.adobe.com

Die ÖGK hat die gesetzliche Bestimmung des § 131 ASVG in § 23 ihrer Satzung 2020 dahingehend konkretisiert, dass die Kostenerstattung hinsichtlich der Höhe, Methodik und Voraussetzungen

- nach den 2019 (vor der Kassenfusion) in Geltung stehenden Satzungsbestimmungen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, sowie
- auf Basis der bestehenden regionalen vertraglichen Regelungen, solange diese nach § 718 Abs 6 ASVG weiterhin in Geltung stehen,

erfolgt.

Die Kostenerstattung ist daher auf der Grundlage der 2019 geltenden Satzung der OÖ GKK (Verlautbarung Nr 173/2016) – mit den aktualisierten Kostenerstattungstarifen – unter Heranziehung der geltenden Honorarordnung der Kassenvertragsärzte für die ÖGK-OÖ hinsichtlich des Leistungskataloges zu berechnen.

§ 131 ASVG legt die Kostenerstattung für Versicherte der ÖGK mit dem Ausmaß von 80% des Betrages fest, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Das bedeutet, dass allfällige Mengenrabatte, Limitierungen,

degressive Honorare, etc, die die Honorarordnung für in Oberösterreich tätige Kassenärzte vorsieht, bei der Ermittlung des Kostenerstattungsbetrages durch die Krankenkasse zu berücksichtigen sind. Die tatsächliche Kostenerstattung an den Patienten ist damit häufig niedriger, als 80% des in der kassenärztlichen Honorarordnung abgebildeten Kassentarifs.

§ 131 Abs 1 ASVG
Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung
§ 131. (1) Nimmt der/die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338), die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Abweichend davon ist zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen Kostenerstattung bei ärztlicher Hilfe in der Satzung die Höhe der Kostenerstattung unter Bedachtnahme auf die in den Honorarordnungen festgelegten Grundvergütungen und Zuschläge festzusetzen. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.
(BGBl 1996/411, BGBl I 2010/61, BGBl I 2018/100)
(2) […] Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt.
(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann die/der nächsterreichbare Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt (Dentistin/Dentist), oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls eine/ein Vertragsärztin/Vertragsarzt, Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt (Vertragsdentistin/Vertragsdentist), eine Primärversorgungseinheit, eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, sobald wie möglich ein Vertragspartner (§ 338) oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.
(BGBl I 1996/411, BGBl I 2001/99, BGBl I 2005/155, BGBl I 2017/131)
(4) […]
(5) Für Leistungen des approbierten Arztes (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998) besteht nur dann Anspruch auf Kostenerstattung, wenn der Arzt gemäß Artikel 29 der Richtlinie 2005/36/EG, das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.
(BGBl I 1996/411, BGBl I 2001/99; BGBl I 2010 61, BGBl I 2014/32)
(6) […]

In Planung ist die Einführung eines für die ÖGK einheitlichen Leistungskataloges (ELK). Sollte dieser umgesetzt werden, richtet sich die Kostenerstattung nach den darin abgebildeten Tarifen.

4. Verrechnungsberechtigungen

4.1 Was ist eine Verrechnungsberechtigung?

In den kassenrechtlichen Regelungen ist für Kassenvertragsärzte die Abrechnung bestimmter Kassenleistungen mit der Kasse nur bei Vorliegen einer sogenannten Verrechnungsberechtigung zulässig.

Wahlärzte betrifft das insofern, als von den Krankenkassen nur dann eine Kostenerstattung an Patienten geleistet wird, wenn dem Wahlarzt ebenfalls eine Verrechnungsberechtigung für diese Leistungen erteilt wurde.

4.2 Welche Leistungen erfordern eine Verrechnungsberechtigung?

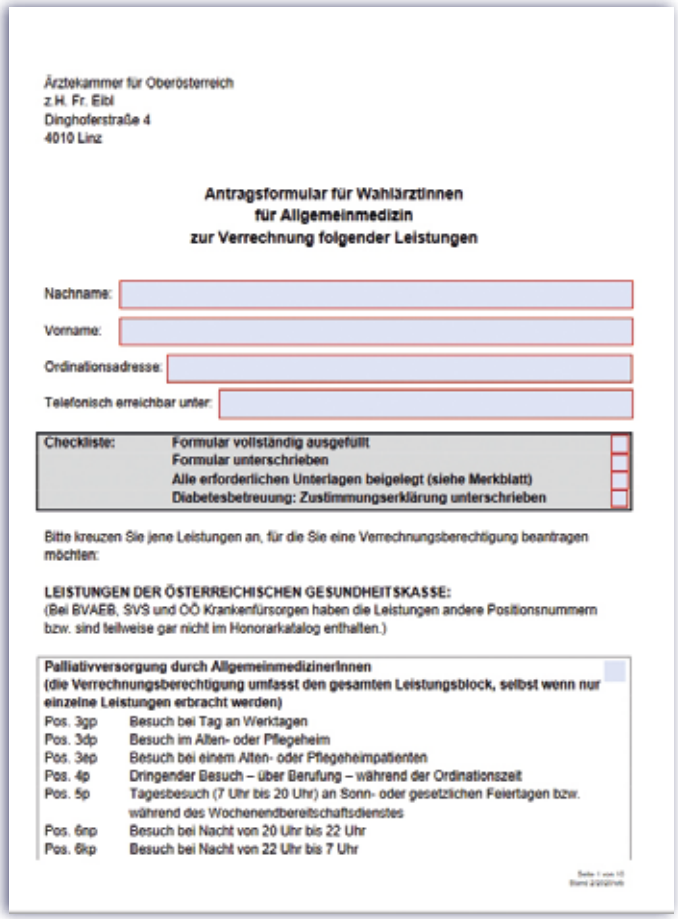
© ioannis kounadeas - stock.adobe.com

Jene Leistungen, bei denen die Kasse eine Kostenerstattung nur bei Vorliegen einer Verrechnungsberechtigung leistet, ergeben sich aus der jeweiligen Honorarordnung. So findet sich beispielsweise in der Honorarordnung der ÖGK-OÖ bei diesen Leistungen unterhalb der Leistungsbezeichnung die Ergänzung *verrechenbar nur von […], die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hiezu berechtigt wurden.* Die konkreten Voraussetzungen, unter denen eine Verrechnungsberechtigung erteilt werden kann, sind in den Honorarordnungen und in den vom Wahlarztreferat erstellten Merkblättern zu den Antragsformularen angeführt.

4.3 Wie erhalte ich eine Verrechnungsberechtigung?

Für jedes Fachgebiet wurden zur Vereinfachung Formulare und Merkblätter erstellt, die die Voraussetzungen für jede Leistung, für die eine Verrechnungsberechtigung möglich ist, enthalten.
Die Antragsformulare samt den Merkblättern stehen auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich unter www.aekooe.at → Niedergelassen → Wahlärztinnen & Wahlärzte → Verrechnungsberechtigungen zur Verfügung. Die Verwendung der Antragsformulare ist freiwillig.

Die Anträge samt den erforderlichen Nachweisen in Kopie sind unterfertigt bei der Ärztekammer für Oberösterreich einzureichen, die dann dem jeweils zuständigen Gutachter weitergeleitet werden, der die Anträge prüft.



Ärztekammer für Oberösterreich
z.H. Fr. Eibl
Dinghoferstraße 4
4010 Linz

Antragsformular für Wahlärztinnen
für Allgemeinmedizin
zur Verrechnung folgender Leistungen

Nachname:
Vorname:
Ordinationsadresse:
Telefonisch erreichbar unter:

Checkliste:	
	Formular vollständig ausgefüllt
	Formular unterschrieben
	Alle erforderlichen Unterlagen beigelegt (siehe Merkblatt)
	Diabetesbetreuung: Zustimmungserklärung unterschrieben

Bitte kreuzen Sie jene Leistungen an, für die Sie eine Verrechnungsberechtigung beantragen möchten:

LEISTUNGEN DER ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSKASSE:
(Bei BVAEB, SVS und ÖÖ Krankenfürsorgen haben die Leistungen andere Positionsnummern bzw. sind teilweise gar nicht im Honorarkatalog enthalten.)

Palliativversorgung durch AllgemeinmedizinerInnen
(die Verrechnungsberechtigung umfasst den gesamten Leistungsblock, selbst wenn nur einzelne Leistungen erbracht werden)

Pos. 3gp	Besuch bei Tag an Werktagen
Pos. 3dp	Besuch im Alten- oder Pflegeheim
Pos. 3ep	Besuch bei einem Alten- oder Pflegeheimpatienten
Pos. 4p	Dringender Besuch – über Berufung – während der Ordinationszeit
Pos. 5p	Tagesbesuch (7 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenendbereitschaftsdienstes
Pos. 6np	Besuch bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr
Pos. 6kp	Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr

Wird ein Antrag befürwortet, verständigt die Ärztekammer für Oberösterreich die Krankenversicherungsträger und den antragstellenden Arzt über die Bewilligung der Verrechnungsberechtigung. Wird ein Antrag abgelehnt, wird der antragstellende Arzt darüber informiert.

4.4 Was sind die Folgen, wenn ich keine Verrechnungsberechtigung habe?

Selbstverständlich können verrechnungsberechtigungspflichtige Leistungen ohne Vorliegen einer Verrechnungsberechtigung erbracht und den Patienten in Rechnung gestellt werden. Die Patienten erhalten lediglich keine Kostenerstattung für die Leistung von der Krankenkasse.

5. Kann der Wahlarzt die Höhe des Kostenerstattungsbetrages beeinflussen?

Die Höhe der Kostenerstattung für ärztliche Leistungen hängt von der Höhe des Kassentarifes, des Kostenanteils für den anspruchsberechtigten Patienten (=Behandlungsbeitrag) und schließlich den vom Arzt erbrachten Leistungen ab.

Damit der Wahlarzt-Patient eine möglichst hohe Kostenerstattung von seiner Krankenkasse erhält, ist es erforderlich, dass in der Honorarnote das Datum, die Ordinationen und Visiten und die erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen detailliert aufgeschlüsselt sind. Die Aufschlüsselung der Leistungen sollte so detailliert sein, wie die Leistungspositionen in den Honorarordnungen der Krankenkassen. Jede Honorarnote bedarf zur Nachvollziehbarkeit der erbrachten Leistungen einer Diagnose.[6]

Eine weitere Voraussetzung für die Kostenerstattung ist die Erfüllung der im Kassentarif enthaltenen leistungsbezogenen Anforderungen bei speziellen Leistungen.
Dabei handelt es sich in erster Linie um

- Verrechnungsberechtigungen (Details siehe Seite 49)
- Begründungen für begründungspflichtige Leistungen
- Chefarztbewilligung für Leistungen, bei denen die Krankenkassen Kosten nur übernehmen, wenn eine solche vorliegt.

© Eigens - stock.adobe.com

[6] Bspw § 37 Abs 1 Z 7 Krankenordnung der ÖGK 2020.

6. Begründungspflichtige Leistungen

In den Honorarkatalogen der Krankenversicherungsträger ist bei bestimmten Leistungen für die Abrechenbarkeit durch den Kassenvertragsarzt die Anführung einer Begründung zwingend. Für solche Leistungen ist, wenn sie durch einen Wahlarzt erbracht werden und seitens der Krankenversicherung ein Kostenersatz geleistet werden soll, auf der Honorarnote des Wahlarztes ebenfalls eine Begründung erforderlich.[7]

Ein **Beispiel** für eine solche begründungspflichtige Leistung ist die *Position 6k – Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr bei der ÖGK-OÖ.* In der Beschreibung der Leistung ist ausgeführt, dass die Zeit der Durchführung anzugeben ist und bei Berufung vor Beginn der Nachtzeit auch die Zeit der Berufung anzuführen ist, wobei als Berufung jener Zeitpunkt gilt, an dem diese dem Arzt zur Kenntnis gelangt. Auf der Honorarnote ist als Begründung die Uhrzeit anzuführen.

7. Chefarztpflichtige Leistungen

Wenn für bestimmte Leistungen bei der Behandlung durch einen Kassenvertragsarzt oder eine Kassenvertragseinrichtung eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse notwendig ist, werden dafür Kosten bei der Behandlung durch einen Wahlarzt oder eine Wahlarzt-Gruppenpraxis nur dann erstattet, wenn für diese Leistung vorher die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt.[8] Für welche Leistungen oder ab welcher Anzahl genau eine chefärztliche Bewilligung von einer Krankenkasse erforderlich ist, regeln die Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger.
So ist für CT und MRT in der Regel vor der Leistungserbringung eine chefärztliche Genehmigung einzuholen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten der Leistung übernehmen soll.[9]

Weiters chefarztpflichtig sind beispielsweise Physiotherapien (Massagen, Stromtherapien…), wobei – und das ist bei den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich – ab einer bestimmten Anzahl von Sitzungen und bei Überschreiten einer definierten Anzahl von Anwendungen eine Genehmigungspflicht gilt. Für psychotherapeutische Behandlungen besteht eine Genehmigungspflicht bei der ÖGK und der BVAEB ab der 11. Sitzung.[10]

[7] § 37 Abs 1 Z 8 Krankenordnung der ÖGK 2020.
[8] Bspw § 39 Krankenordnung der ÖGK 2020, Anlage zu § 33 Abs 1 Satzung der SVS 2022.
[9] Anhang 1 Z 7 der Krankenordnung der ÖGK 2020.
[10] § 66 Abs 3 und 4 Krankenordnung der ÖGK 2020; Anhang 1 Z 1 lit d Krankenordnung der BVAEB 2020.

8. Inanspruchnahme von Ärzten/Einrichtungen desselben Fachgebiets

Patienten verlieren gemäß den Krankenordnungen der Krankenversicherungsträger ihren Anspruch auf Kostenerstattung, wenn sie innerhalb einer definierten Zeitspanne einen Arzt, eine Gruppenpraxis oder eine sonstige Vertragseinrichtung desselben Fachgebiets konsultieren. Will ein Patient innerhalb eines Abrechnungszeitraums den Arzt wechseln, ist vorab vom Patienten die Genehmigung der Krankenkasse für den Arztwechsel einzuholen.
Die Zeitspanne ist bei der ÖGK[11] und der SVS[12] nach deren Krankenordnung mit dem Abrechnungszeitraum, bei der BVAEB mit dem Versicherungsfall[13] festgelegt. Der Abrechnungszeitraum beträgt bei der ÖGK ein Kalenderquartal, bei der SVS ein Kalendermonat. Auch bei der BVAEB ist der Abrechnungszeitraum mit einem Kalendermonat festgelegt.

Da Wahlärzte letztlich nie wissen, ob die Patienten innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes/Versicherungsfalles bereits einen anderen Arzt desselben Fachgebiets konsultiert haben, sollte Patienten keinesfalls der Anspruch auf eine Kostenerstattung zugesichert werden.

9. Erste-Hilfe-Leistungen

© Deivison - stock.adobe.com

Ärzte sind nach ihrem Berufsrecht zur Leistung Erster Hilfe verpflichtet. Das ergibt sich aus § 48 ÄrzteG 1998 idgF. *Danach darf der Arzt die Erste Hilfe im Fall drohender Lebensgefahr nicht verweigern.*
Neben dem sich aus dem ärztlichen Berufsrecht ergebenden Begriffsverständnis existiert in anderen Disziplinen und Zusammenhängen ein anderes Verständnis, was genau Erste Hilfe ist. Vielfach wird auch von einem „Notfall“ gesprochen. In der Bevölkerung wird aufgrund der Verpflichtung von Ärzten zur Leistung Erster Hilfe auch vielfach irrtümlich angenommen, dass wegen der Hilfeleistungspflicht diese Leistungen nicht honoriert werden müssen. Das ist nicht zutreffend. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern gibt es kassenrechtliche Sonderbestimmungen für Erste-Hilfe-Leistungen.

[11] Anders § 131 ASVG, das vom Versicherungsfall ausgeht.
[12] § 38 Krankenordnung der SVS 2022.
[13] § 14 Abs 4 Krankenordnung der BVAEB 2020.

Erste Hilfe im kassenrechtlichen Sinn ist weiter definiert als in berufsrechtlicher Hinsicht. Die mit der ÖGK-OÖ vereinbarte Definition von Erster Hilfe beinhaltet, dass darunter solche Leistungen zu verstehen sind, *die im Zusammenhang mit schweren Störungen der Vitalfunktion oder Gefahr plötzlich eintretender irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung erbracht werden müssen.*
Die Notwendigkeit zur Leistung Erster Hilfe im kassenrechtlichen Sinn kann sich spontan ergeben,

- ➢ weil ein Wahlarzt-Patient, der einen Termin hatte, in der Ordination plötzlich zum Notfall wird, oder
- ➢ weil der Patient die Entscheidung zwischen der Inanspruchnahme eines Wahlarztes oder einer Vertragseinrichtung nicht mehr bewusst treffen konnte.

Für die Erbringung Erster-Hilfe-Leistungen bestehen bei der ÖGK-OÖ zwei Abrechnungsvarianten:

- Einerseits besteht die Möglichkeit der **Direktabrechnung** mit der ÖGK-OÖ, wobei die Krankenkasse dem Wahlarzt den Kassentarif honoriert.
- Andererseits besteht die Möglichkeit, dem Patienten eine Honorarnote auszustellen. Wenn sich auf der Honorarnote, die der Patient bei seinem Krankenversicherungsträger zur Kostenerstattung einreichen kann, der Vermerk „Erste Hilfe“ und eine entsprechende, die Erste Hilfe begründende Diagnose befinden, erhält der Patient die Kostenerstattung in der Höhe des Kassentarifes, in besonderen Fällen bis zur doppelten Höhe der festgelegten Kostenerstattung.[14]

Sie Satzung der BVAEB regelt für Erste-Hilfe-Fälle, dass die BVAEB die tatsächlichen Kosten notwendiger Leistungen ersetzt und zwar in bestimmten Fällen sogar bis zu 180% des Tarifes des nächstgelegenen Vertragspartners bzw der nächstgelegenen Vertragseinrichtung für nicht dringliche Leistungen.[15]

[14] § 25 Satzung der ÖGK 2020.
[15] § 13 Satzung der BVAEB 2020.

10. Der Weg zur Kostenerstattung

Um eine Kostenerstattung zu erhalten, muss der Patient die Honorarnote bei seiner Krankenkasse des Patienten einreichen.
In jedem Fall ist die vorherige vollständige Bezahlung der Honorarnote Voraussetzung für die Einreichung zur Kostenerstattung an die Krankenkasse. Einzige Ausnahme sind die OÖ Krankenfürsorgeanstalten, die die vorhergehende Bezahlung der Honorarnote nicht als Bedingung für die Kostenerstattung ansehen.

Als Nachweis dafür, dass eine Honorarnote bereits bezahlt wurde, gilt eine Zahlungsbestätigung, statt dessen kann auch der Einzahlungsnachweis übermittelt werden. Liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann der Versicherte im Einzelfall die Zahlung auch mit seiner Unterschrift bestätigen.

Beim **Antrag auf Kostenerstattung** durch den Patienten ist der Krankenkasse die saldierte Honorarnote zu übermitteln. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die saldierte Honorarnote im Original vorzulegen.

Einen Musterantrag für die Kostenerstattung für den Patienten finden Sie in der Anlage 1.

Die Angaben, die eine Honorarnote jedenfalls enthalten muss[16] damit die Krankenkassen eine Kostenerstattung leisten, wurden bereits im Kapitel V 1.) dargestellt.

Ab 1.7. 2024 gilt für Anspruchsberechtigte der ÖGK:
Für Honorarnoten, die ärztliche Leistungen enthalten, die ab 1.7.2024 erbracht wurden, ist gesetzlich vorgesehen, dass der Arzt die bezahlte Honorarnote für den Patienten an die ÖGK elektronisch übermittelt. Voraussetzung dafür ist zusätzlich zur Bezahlung die Zustimmung des Patienten zur elektronischen Übermittlung an die ÖGK. Die Honorarnote muss – damit die elektronische Einreichung möglich ist – dem von der Sozialversicherung vorgegebenen Datensatz entsprechen. Die Pflicht zur elektronischen Einreichung durch den Arzt besteht nicht, wenn der damit verbundene Aufwand unverhältnismäßig ist.

[16] § 37 Abs 1 und 2 Krankenordnung der ÖGK 2020, § 46 Krankenordnung der BVAEB 2020, § 36 Krankenordnung der SVS 2022.

11. Vorgehen bei Ablehnung der Kostenerstattung oder zu niedriger Kostenerstattung

Erscheint dem Patienten die von der Krankenkasse geleistete Kostenerstattung zu niedrig oder wird diese verweigert, steht es dem Patienten frei, von seiner Krankenkasse einen Bescheid anzufordern. Gegen den negativen Bescheid der Krankenkasse über die Kostenerstattung kann der Patient Klage beim örtlich zuständigen Sozialgericht einbringen. Eine Kostenbeschwerde des Patienten bei anderen Institutionen, zB der Ärztekammer, kann mangels Zuständigkeit nicht bearbeitet werden und wahrt dem Patienten auch laufende Fristen nicht. Patienten steht es frei, ihre eigene Interessenvertretung wegen Rat und Hilfe in Kostenerstattungsfragen zu konsultieren.

Ordinationseinrichtungen

Wir realisieren einzigartige Möblierungsprojekte - von der Idee bis zur Montage

ShopCrea

- Ordinationskonzepte
- Empfangsbereiche
- Behandlungsräume
- antibakterielle Oberflächen
- höchste Hygienestandards
- Wohlfühlatmosphäre für Patienten

Entwurf kostenlos

Interior Design
Tischlerei
Projektmanagement

ShopCrea GmbH
Solarstraße 5
A-4653 Eberstalzell

www.shopcrea.com
anfrage@shopcrea.com
+43 (0) 7241 29200

Bezahlte Anzeige

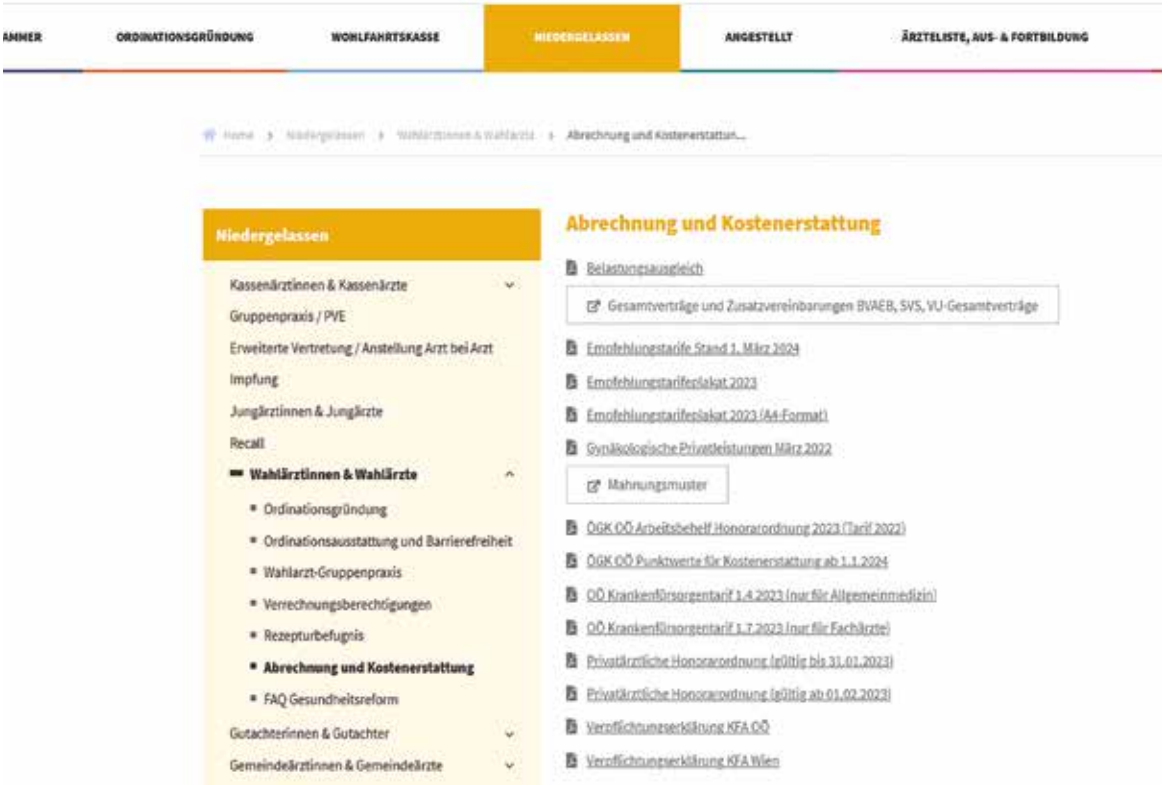
VI. BERECHNUNG DER KOSTENERSTATTUNG

1. ÖGK-OÖ: Berechnungsgrundlagen

© pixdesign123 - stock.adobe.com

Obwohl mit 1.1.2020 die Landes-Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) fusioniert wurden, bestehen die Landeshonorarkataloge der ehemaligen Landes-Gebietskrankenkassen vorerst noch weiter. Die Kostenerstattung an die Patienten sind daher in den Bundesländern unterschiedlich. Diese Situation wird sich erst mit der Erstellung eines einheitlichen Leistungskataloges, der für die gesamte ÖGK gilt, ändern.

Der Anhang 7 der Satzung der ehemaligen OÖ Gebietskrankenkasse 2019, der die für die Kostenerstattung an die Patienten maßgeblichen Punkt- und Eurowerte enthielt, ist weiterhin Grundlage für die Kostenerstattung und trägt jetzt die Überschrift „Pauschbeträge Oberösterreich“. Sie finden die Aufstellung „Pauschbeträge Oberösterreich“ auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich www.aekooe.at → Niedergelassen → Wahlärztinnen & Wahlärzte → Abrechnung und Kostenerstattung → ÖGK OÖ Punktwerte für Kostenerstattung (Datum). Die Honorarordnung der ÖGK-OÖ steht ebenfalls in der Rubrik Abrechnung und Kostenerstattung auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich zur Verfügung.



1.1 ÖGK-OÖ: Kostenerstattung für eine Ordination

Da die ÖGK-OÖ die Ordinationsleistung dem Kassenarzt nicht in Form einer Einzelleistung, sondern mit einer Grundleistungsvergütung (= Pauschale) honoriert, die der Kassenarzt pro Patient einmal im Kalendervierteljahr (= Quartal) abrechnen kann, besteht für die Ordination kein positionsbezogener Kostenerstattungs-Eurowert in der Liste der Pauschalbeträge Oberösterreich. D.h. anders als bei den Sonderversicherungsträgern fehlen im Honorarkatalog der ÖGK-OÖ Einzelleistungspositionen wie „Erste Ordination“ und „Weitere Ordination“. Die Liste *Pauschbeträge Oberösterreich*, die für die Kostenerstattungsberechnung maßgeblich ist, enthält für die Kostenerstattung für die Ordinationen eine pauschale Grundleistungsvergütung. Die jeweils ausgewiesenen Grundleistungsvergütungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte der angeführten Fachrichtungen bilden die Berechnungsausgangsbasis für die Kostenerstattung für die einzelnen Ordinationen an die Patienten.

Dem Patienten gebührt für die erste und die zweite Ordination im Kalenderquartal eine Kostenerstattung von jeweils 2/5 der für das jeweilige Fachgebiet in der Liste der *Pauschbeträge Oberösterreich* ausgewiesenen Grundleistungsvergütung.[17] Für die dritte Ordination in einem Kalenderquartal gebührt 1/5 der in der Liste der Pauschbeträge ausgewiesenen Grundleistungsvergütung zuzüglich dem Kostenerstattungswert der Position 1a. Für jede weitere Ordination gebührt eine Kostenerstattung in der Höhe des Kostenerstattungswertes der Position 1a.

Formel bezogen auf die Grundleistung und Rückersatzwerte lt. der Liste der Pauschbeträge Oberösterreich	
1. Ordination im Kalendervierteljahr	2/5 der Grundleistungsvergütung lt Liste Pauschbeträge Oberösterreich
2. Ordination im Kalendervierteljahr	2/5 der Grundleistungsvergütung lt Liste Pauschbeträge Oberösterreich
3. Ordination im Kalendervierteljahr	1/5 der Grundleistungsvergütung + Pos. 1a (lt Liste Pauschbeträge Oberösterreich)
jede weitere Ordination im Kalendervierteljahr	Pos. 1a (lt Liste Pauschbeträge Oberösterreich)

[17] § 23 Abs 1 erster Satz Satzung 2016 der OÖ GKK.

Für die einzelnen Fachgruppen ergeben sich ausgehend von den in der Liste der *Pauschbeträge Oberösterreich* (Stand 1. 1. 2024) angeführten Grundleistungsvergütungen folgende Kostenerstattungsbeträge in Euro für Ordinationsleistungen:

ÖGK-OÖ: Übersicht Kostenerstattung für die Ordination

FACHRICHTUNG	GrL - Basiswert	RE Pos 1a	erste Ordination	zweite Ordination	dritte Ordination	weitere Ordination
Allgemeinmedizin	24,84	3,75	9,94	9,94	8,72	3,75
ALLG. Fächärzte.						
Augenheilkunde	15,76	6,59	6,30	6,30	9,74	6,59
Chirurgie	19,72	6,59	7,89	7,89	10,53	6,59
Unfallchirurgie	20,56	6,59	8,22	8,22	10,70	6,59
Dermatologie	19,81	6,59	7,92	7,92	10,55	6,59
Gynäkologie	16,92	6,59	6,77	6,77	9,97	6,59
HNO	20,66	6,59	8,26	8,26	10,72	6,59
Innere Medizin	25,05	6,59	10,02	10,02	11,60	6,59
Kinderheilkunde	24,63	6,59	9,85	9,85	11,52	6,69
Kinder- und Jugendpsychiatrie	90,16	6,59	36,06	36,06	24,62	6,59
Lungenheilkunde	24,86	6,59	10,74	10,74	11,96	6,59
Neurologie	29,58	6,59	11,83	11,83	12,51	6,59
Orthopädie	16,80	6,59	6,72	6,72	9,95	6,59
Urologie *	36,13	6,59	14,45	14,45	13,82	6,59
Psychiatrie	34,33	6,59	13,73	13,73	13,46	6,59

* Keine gesonderte Kostenerstattung für sonographische Einzelleistungen.
Alle Angaben ohne Gewähr!

1.2 ÖGK-OÖ: Kostenerstattung für Sonderleistungen

Die in der Liste der *Pauschbeträge Oberösterreich* für die jeweiligen Positionen angeführten Punktwerte sind mit den in der Honorarordnung der ÖGK-OÖ enthaltenen Punkteanzahlen zu multiplizieren. Das Ergebnis ist der Kostenerstattungsbetrag. Dort, wo in der Honorarordnung anstatt Punkten Euro-Beträge angeführt sind, enthält auch die Liste der *Pauschbeträge Oberösterreich* den Kostenerstattungswert als Euro-Betrag.

Allfällige in der Honorarordnung angegebene Limitierungen sind in der Liste der *Pauschbeträge Oberösterreich* schon berücksichtigt und nicht zusätzlich in Abzug zu bringen.

1.3 ÖGK-OÖ: Berechnungsbeispiele

Beispiel 1:
Arzt für Allgemeinmedizin: Unter der Voraussetzung, dass für die Akupunktur eine Verrechnungsberechtigung erteilt wurde, errechnet sich folgende Kostenerstattung an den Patienten (Summen kaufmännisch gerundet):

Berechnung anhand der Honorarordnung der ÖGK-OÖ und der Liste der Pauschbeträge Oberösterreich (Stand 1.1.2024)

Positions-nummer	Leistungsbezeichnung	Punkte-anzahl	x	Punkt-wert	Eurowert (€)	Kostenerstattung in €
-	Erste Ordination	-		-	2/5 von 24,84	9,94
10a	Ausführliche therapeutische Aussprache	-		-	12,57	12,75
11a	Blutentnahme zur Einsendung von Untersuchungsmaterial	4	x	0,4397	-	1,76
14	Intravenöse Injektion	5	x	0,4144	-	2,07
54	Akupunktur	46	x	0,4006	-	18,43
Kosten-erstattung gesamt						€ 44,77

Alle Angaben ohne Gewähr!

Beispiel 2:
Facharzt für Urologie: Am Patienten wurde eine urologische Untersuchung zum Ausschluss eines Prostatakarzinoms durchgeführt. (Summen kaufmännisch gerundet.)

Berechnung anhand der Honorarordnung der ÖGK-OÖ und der Liste der Pauschbeträge Oberösterreich (Stand 1.1.2024)

Positions-nummer	Leistungs-bezeichnung	Punkte-anzahl	x	Punkt-wert	Euro-wert (€)	Kostenerstattung in €
-	Erste Ordination	-		-	2/5 von 36,13*	14,45*
10	Befundbericht	19	x	0,3910		7,43
10a	Ausführliche therapeutische Aussprache				8,34	8,34
11a	Blutentnahme zur Einsendung von Untersuchungs-material	4	x	0,3910		1,56
1221	6er Harn-streifentest	7	x	0,1836		1,29
280	Digitale rektale Untersuchung der Prostata	10	x	0,3910		3,91
269a	Ultraschall der Nieren und des Retroperitoneums					kein gesonderter Rückersatz für Ultra-schalluntersuchungen
406	Transrektale Pros-tata-Sonographie					kein gesonderter Rückersatz für Ultra-schalluntersuchungen
Kostenerstat-tung gesamt						**34,51**

Alle Angaben ohne Gewähr!
*Beinhaltet bei Fachärzten für Urologie die Sonographiefallpauschale, daher keine Kostenerstattung für Ultraschalluntersuchungen.

2. SVS und BVAEB — Berechnung der Kostenerstattung

© Anatoly Maslennikov - stocck.adobe.com

Die Sonderversicherungsträger SVS und BVAEB (früher häufig auch als „kleine Kassen“ bezeichnet) erstatten ihren sachleistungsberechtigten Versicherten grundsätzlich die Kosten des jeweiligen **Kassentarifs abzüglich des Selbstbehaltes** (= Kostenanteil), der vom Versicherten auch bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes zu leisten gewesen wäre. Die Höhe des Kostenerstattungsbetrags ist überdies mit der Höhe der tatsächlichen Wahlarztkosten begrenzt.
Unterschreitet das vom Wahlarzt seinem Patienten in Rechnung gestellte Honorar den Kassentarif, erstattet die Krankenkasse dem Patienten seinen Anteil vom in Rechnung gestellten Honorar und nicht vom höheren Kassentarif.

Für die BVAEB und die SVS gilt vereinfacht dargestellt:

Höhe der Kostenerstattung = Kassentarif minus Selbstbehalt (=Behandlungsbeitrag/Kostenanteil) des Versicherten

2.1 BVAEB — Behandlungsbeitrag

Der Behandlungsbeitrag der Versicherten beträgt bei der BVAEB 10% des Vertragshonorars[18] für

- die Grundleistung;
- ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;
- bildgebende Diagnoseverfahren (zB Röntgen, Sonographie, CT);
- Laboruntersuchungen;
- Physiotherapie;
- Psychotherapie;
- elektrokardiographische Untersuchungen (EKG);
- ergometrische Untersuchungen.

[18] § 16 Satzung 2020 der BVAEB, Verlautbarung Nr 18/2020.

2.2 BVAEB — Kostenerstattung für eine Ordination

In der nachfolgenden Darstellung sind sowohl die Kassentarife als auch die Kostenerstattungswerte (90% des Kassentarifes) für die erste und weitere Ordination in Euro bei der BVAEB aufgelistet.

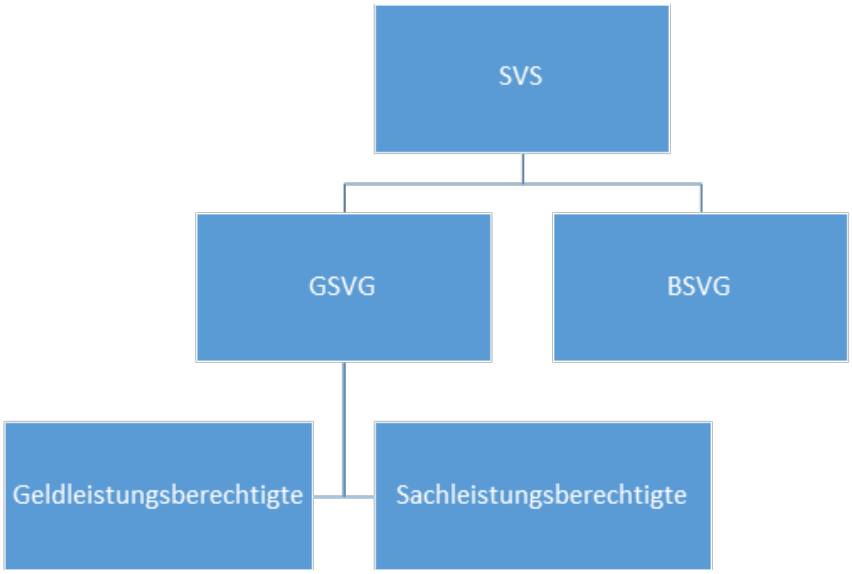
BVAEB — Kostenerstattung für eine Ordination*
Stand: 1. 1. 2023

Punktwert	Leistungs-bezeichnung	Punkte	Kassentarif	Kostenstattung
Allgemeinmedizin				
1,1599	A 1 – erste Ordination	20	23,20	20,88
	A 2 – weitere Ordination	11,50	13,34	12,01
Innere Medizin				
1,5281	E 1 – erste Ordination	20	30,56	27,51
	E 3 – weitere Ordination	11	16,81	15,13
	E 31 – weitere Ordination (FÄ für Innere Medizin und FÄ für Urologie)	13	19,87	17,88
Anästhesiologie, Lungenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie				
1,2340	E 1 – erste Ordination	20	24,68	22,21
	E 3 – weitere Ordination	11	13,57	12,22
Kinderheilkunde				
1,3088	E 1 – erste Ordination	20	26,18	23,56
	E 3 – weitere Ordination	11	14,40	12,96
Andere Fachgruppen				
1,0425	E 1 – erste Ordination	20	20,85	18,77
	E 3 – weitere Ordination	11	11,47	10,32

* Alle Angaben ohne Gewähr! Alle Werte sind kaufmännisch gerundet.

2.3 SVS – Kostenanteil/Behandlungsbeitrag

In der SVS sind drei Gruppen von Selbständigen versichert und zwar
- Versicherte nach dem GSVG (Gewerbetreibende),
- Versicherte nach dem BSVG und (Landwirte),
- neue Selbständige.



2.3.1 Versicherte nach dem GSVG

Bei Versicherten nach dem GSVG (ehemals SVA-Versicherte) ist zwischen **sachleistungsberechtigten** und **geldleistungsberechtigten Versicherten** zu unterscheiden.
Sachleistungsberechtigte Versicherte sind solche, die, würden sie Leistungen bei einem Kassenvertragsarzt in Anspruch nehmen, der Kassenvertragsarzt die Leistung direkt mit der SVS abrechnen würde. Der Kassenpatient bekäme von der SVS im Anschluss daran eine Rechnung, in der ihm der satzungsgemäße Kostenanteil vorgeschrieben würde.

Suchen Sachleistungsberechtigte einen Wahlarzt auf, erhalten sie nach Vorlage der saldierten Honorarnote einen Kostenersatz in der Höhe des Kassentarifs abzüglich des Kostenanteils, der in der Regel[19] 20% beträgt. Für bestimmte Gruppen von Versicherten gilt ein reduzierter Kostenanteil.[20]

Geldleistungsberechtigte Versicherte der SVS gelten bei der Behandlung durch alle niedergelassenen Ärzte als Privatpatienten und erhalten eine Honorarnote. Die Honorarnote ist vom Versicherten bei der SVS einzureichen, die eine Rückerstattung nach dem „Geldleister-Tarif“ leistet.

[19] § 86 GSVG iVm § 28 Abs 1 Satzung der SVS 2022, Verlautbarung Nr 96/2022.
[20] § 28 Abs 3 bis 5 Satzung der SVS 2022, Verlautbarung Nr 96/2022.

Nähere Informationen dazu enthält auch die Homepage der SVS unter nachstehendem Link: https://www.svs.at/tarif/views/uebersicht.xhtml?contentid=10007.851923

2.3.2 Versicherte nach dem BSVG

Für Versicherte nach dem BSVG (ehemals bei der Sozialversicherung der Bauern – SVB Versicherte) gilt (wie bei sachleistungsberechtigten Versicherten nach dem GSVG), dass die SVS nach dem Erhalt der bezahlten Originalhonorarnote einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80% der jeweiligen Vertragstarife, jedoch maximal 80% der tatsächlichen Kosten an den Anspruchsberechtigten leistet.[21]

2.4 SVS — Kostenerstattung für eine Ordination

Aus der nachstehenden Tabelle ergibt sich für jede Fachgruppe sowohl der Kassentarif der SVS als auch der Kostenerstattungsbetrag für die erste Ordination und weitere Ordinationen an GSVG-Sachleistungsversicherte und BSVG-Versicherte.

Mit Fortbildung punkten!

[21] § 80 iVm § 88 Abs 1 BSVG.

SVS — Kostenerstattung für eine Ordination*
Stand: 1.1.2024
Kostenerstattungswerte für Sachleistungsberechtigte

Punktwert	Leistung	Punkte	Kassentarif	Kosten-erstattung
Allgemeinmedizin				
0,7624	A1 – erste Ordination 1x/ Monat	26	19,82	15,86
	A2 – weitere Ordination	18	13,72	10,98
Innere Medizin, Anästhesiologie, Kinderheilkunde, Lungenheilkunde, Urologie, Gynäkologie, HNO und Neurologie				
0,7624	E 11 – erste Ordination einschließlich er-forderlichenfalls eingehender Unter-suchung 1x/Monat	37	28,21	22,57
	E 3 – weitere Ordination	16	12,20	9,76
Andere Fachgruppen				
0,7624	E 12 – erste Ordination einschließlich er-forderlichenfalls ein-gehender Unter-suchung 1x/Monat	32	24,40	19,52
	E 3 – weitere Ordination	16	12,20	9,76

* Alle Angaben ohne Gewähr! Alle Werte sind kaufmännisch gerundet.

2.5 OÖ KFA – Berechnung der Kostenerstattung

Zu den OÖ Krankenfürsorgeanstalten (kurz: OÖ KFA) gehören die in Kapitel III.) Punkt 2. aufgelisteten Krankenfürsorgeanstalten.

Die Versicherten der OÖ KFA erhalten bei allen niedergelassenen Ärzten eine Honorarnote, die zu bezahlen ist. Sie reichen ihre Honorarnoten bei der für sie zuständigen Krankenfürsorgeanstalt ein.

Im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern ist es nicht notwendig, dass die Honorarnote vom Patienten bereits vor der Einreichung zur Kostenerstattung bezahlt wurde.

Die OÖ KFA erstatten ihren Versicherten die Kosten in der Höhe von 90% ihres Tarifes. Die jeweils aktuelle Tarifordnung der OÖ KFA finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich www.aekooe.at → Niedergelassen → Wahlärztinnen & Wahlärzte → Abrechnung & Kostenerstattung → OÖ Krankenfürsorgentarif (Datum)

© Zebor - stock.adobe.com

OÖ KFA - Kostenerstattung für eine Ordination*
Stand: 1.1.2023 Allgemeinmedizin/ 1.7.2023 Fachärzte
Abrechnungszeitraum: Kalendermonat

Fachrichtung	Leistung	Kassentarif	Kostenerstattung
Allgemeinmedizin			
	A 1 – erste Ordination	27,88	25,09
	A 2 – weitere Ordination	16,03	14,43
Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie			
	E 12 – erste Ordination	32,67	29,40
	E 32 – weitere Ordination	16,43	14,79
Innere Medizin	E 11 – erste Ordination	36,62	32,96
	E 31 – weitere Ordination	18,41	16,57
Kinderheilkunde			
	E 13 – erste Ordination	33,13	29,82
	E 33 – weitere Ordination	17,30	15,57
Andere Fachgruppen			
	E 1 – erste Ordination	31,75	28,58
	E 3 – weitere Ordination	13,88	12,49

* Alle Angaben ohne Gewähr! Alle Werte kaufmännisch gerundet.

2.6 Wohlfahrtskasse – Kostenerstattung

Die Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich erstattet ihren Mitgliedern grundsätzlich Arztkosten nach dem Tarif der BVAEB zurück. Im Sinne der Kollegialität sollen Mitglieder der Ärztekammer für Oberösterreich Versicherten der Wohlfahrtskasse den BVAEB-Tarif zur Abrechnung zu bringen.

Dies ist aus folgenden Gründen wichtig:

2.6.1 Ausschließlich bei der Wohlfahrtskasse versicherte Mitglieder

haben durch diese Vorgehensweise keine Selbstkosten zu tragen.

Die Verrechnung erfolgt in diesem Fall mittels Honorarnote an den Patienten, der diese nach erfolgter Bezahlung bei der Wohlfahrtskasse zur Kostenerstattung einreicht.
Eventuell erbrachte private, nicht im Tarif der Wohlfahrtskasse angeführte Leistungen, bleiben somit (nach Patientenwunsch und erfolgter Absprache) als Selbstkostenanteil beim Patienten.
Sind keine Privatleistungen erbracht und ausschließlich tarifliche Leistungen nach BVAEB verrechnet worden, kann auch mit der Wohlfahrtskasse direkt abgerechnet werden. In diesen Fällen ist die Honorarnote unter Angabe der Patienten- und Kontodaten an die Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich zu übermitteln.

2.6.2 Mehrfach versicherte Mitglieder

Bei Mitgliedern, die gleichzeitig bei einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger und der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich versichert sind, übernimmt die gesetzliche Versicherung primär ihren Pflichtanteil an der Rechnung. Die Wohlfahrtskasse muss somit nur mehr den Selbstbehalt tragen.

Anlage 1

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen,
Fachbezeichnung und Ordinationsadresse)

HONORARNOTE
Nr. _____

RechnungsempfängerIn
Herr/Frau

PatientIn
Herr/Frau
Anschrift
Sozialversicherungsträger:
Sozialversicherungsnummer:
Geburtsdatum:

Rechnungsdatum:

Diagnose:

Datum:	Leistungen:	
TT.MM.JJ		€
TT.MM.JJ		€
TT.MM.JJ		€
TT.MM.JJ		€
TT.MM.JJ		€
	Gesamtsumme	€

_____
Arztstempel und Unterschrift

Zahlbar sofort und ohne Abzug!

Bankverbindung: IBAN: _____
BIC: _____
UID-Nummer: _____

Anlage 2

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

EINSCHREIBEN
RechnungsempfängerIn
Herr/Frau
Anschrift

Datum:

MAHNUNG
Offene Honorarnote(n) Nr. _____ vom _____

Sehr geehrte Frau _____,
Sehr geehrter Herr _____,

es dürfte Ihrer Aufmerksamkeit entgangen sein, mein Honorar laut Honorarnote(n) Nr. _____ in der Höhe von

€ _____

zu überweisen.

Ich fordere Sie auf, diesen Betrag binnen einer Woche mit beiliegendem Zahlschein zu begleichen.

Sollten Sie den Betrag inzwischen beglichen haben, betrachten Sie dieses Mahnschreiben als gegenstandslos.

Freundliche Grüße

_____
Arztstempel und Unterschrift

Anlage 3

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

RechnungsempfängerIn
Herr/Frau
Anschrift

Datum:

ERSTE MAHNUNG
Offene Honorarnote(n) Nr._____ vom _____

Sehr geehrte Frau _____,
Sehr geehrter Herr _____,

da mein Honorar für die Behandlung(en) am _____ immer noch unberichtigt aushaftet, erlaube ich darauf hinzuweisen, dass dieses seit _____ fällig ist. Ich erlaube mir, Ihnen in der Anlage die oben genannte(n) Honorarnote(n) nochmals zu übermitteln.

Ich ersuche um eheste Bezahlung des laut oben genannter Honorarnote(n) aushaftenden Gesamtbetrages von € _____ auf mein Konto bei der _____ bank, IBAN _____ und merke mir für das Einlagen _____ vor.

Sollten Sie den Betrag inzwischen berichtigt haben, betrachten Sie gegenständliches Mahnschreiben bitte als hinfällig.

Freundliche Grüße

_____
Arztstempel und Unterschrift

Anlage 4

(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

EINSCHREIBEN
RechnungsempfängerIn
Herr/Frau
Anschrift

Datum:

ZWEITE/LETZTE MAHNUNG
Offene Honorarnote(n) Nr. _____ vom _____

Sehr geehrte Frau _____,
Sehr geehrter Herr _____,

da Sie auf meine Mahnung vom _____ bisher noch nicht reagiert haben, möchte ich Sie nochmals/ letztmalig auffordern, mir den offenen Betrag in der Höhe von

€ _____ (Honorarnote(n) Nr. _____ vom _____)

bis spätestens _____ (einlangend) zu überweisen.

Sollte ich bis zum oben genannten Datum keine Einzahlung erhalten, sehe ich mich gezwungen, die Angelegenheit meinem Rechtsanwalt zu übergeben, wobei ich darauf hinweisen möchte, dass die anfallenden Mehrkosten dann Sie zu tragen haben.

Hochachtungsvoll

_____
Arztstempel und Unterschrift

Anlage 5

Kostenersatz für Behandlung beim Wahlarzt

Ihre Krankenkasse erstattet für jene Leistungen beim Wahlarzt, die auch von Kassenärzten abgerechnet werden können, sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, einen anteiligen Kostenersatz.

Um diesen Kostenersatz zu beantragen, füllen Sie das untenstehende Formular aus und schicken Sie dieses zusammen mit der (den) Original-Honorarnote(n) sowie dem (den) Zahlungsnachweis(en) (bei elektronischer Überweisung genügt der Ausdruck Ihrer Überweisung) an Ihre Krankenkasse.

An meine Krankenkasse:

_____
_____
_____
_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich ersuche um Überweisung des Kostenersatzes laut Einzahlungsbeleg(en) und beigefügter(n) Original-Honorarnote(n).

Meine Bankverbindung:
IBAN: _____
BIC: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

TEAMwork

Die beste Form der Zusammenarbeit

IHRE PRAXIS - UNSERE LEISTUNGEN

Projektmanagement
Entwicklung moderner Wege- und Aufenthaltskonzepte

Planung
Bedarfsgerechte Planung der Raumaufteilung

Fertigung
Beste Qualität aus eigener Produktion

Malen & Renovieren
Umbauten und Farbkonzepte

Montage
Durch unser eigenes Montageteam

Ihre Ansprechpartner

GERALD SPERRER
Planung & Vertrieb Holz
+43 664 88 59 52 99
gerald.sperrer@team-work.at

MARKUS NIEDERHUBER
Malen & Renovieren
+43 664 816 99 77
markus.niederhuber@team-work.at

VERLÄSSLICHER PARTNER
MIT SOZIALER VERANTWORTUNG

TEAMwork Holz- und Kunststoffverarbeitung GesmbH
5x in Oberösterreich

www.team-work.at

Bezahlte Anzeige

High-End-Geräte
Full-Service-Angebote
Rundum-Betreuung

Qualität und Zuverlässigkeit seit 1995

RIGLER
Medizintechnik GmbH

Ihr Partner für einen reibungslosen Behandlungsalltag

Kardiologie

Physikalische Medizin

Ultraschall

www.riglermed.at

Rigler Medizintechnik · Ellbognerstraße 60 · 4020 Linz
office@riglermed.at · www.riglermed.at · +43 (0)732 600690

Bezahlte Anzeige