

BEGRÜNDUNG bei Inanspruchnahme mehrerer Vertragsärzte/innen derselben Fachrichtung:

Ich habe im gleichen Kalendervierteljahr einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin derselben Fachrichtung mit e-card oder Ersatzbeleg in Anspruch genommen, weil:

.....

Unterschrift:

Hinweis zu den Datenschutzbestimmungen:

Gemäß Datenschutzgesetz 2000 (§ 4 Z 2) sind Gesundheitsdaten (dazu gehören auch Wahlarztkostenerstattungsbeiträge) sensible Daten (d.h. besonders schutzwürdige Daten), weshalb es den **MitarbeiterInnen** der ÖGK **nicht gestattet ist, telefonische Auskünfte zu eingereichten Kostenerstattungsanträgen** (ausbezahlten Kostenerstattungsbeiträgen, Namen von behandelnden ÄrztInnen, Fachgebieten, u.Ä.) **zu erteilen (dasselbe gilt für E-Mails)**. Diesbezügliche **Auskünfte sind ausnahmslos nur entweder persönlich unter Vorlage eines Lichtbildausweises oder schriftlich auf dem Postweg an den Versicherten bzw. die Versicherte selbst bzw. an gesetzliche VertreterInnen erlaubt. (Postalische Auskünfte an Angehörige oder Privatversicherungen sind ohne schriftliches Einverständnis bzw. schriftlicher Vollmacht des Versicherten bzw. der Versicherten nicht erlaubt.)**

Information zu Wahlarzt-Rechnungen:

Ausgangspunkt für die Berechnung der Kostenerstattung sind jene Tarife, die zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer für Salzburg in der Honorarordnung für Vertragsärzte vereinbart wurden und nicht der an die Wahlärzte/innen tatsächlich bezahlte Rechnungsbetrag.

Die Kostenerstattung erfolgt in Höhe von 80 % jenes Tarifes, den ein Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin für dieselbe Leistung erhalten hätte (§ 131 Abs 1 ASVG). Die gesetzliche Kürzung um 20 % erfolgt, weil der Verwaltungsaufwand für die Einzelabrechnung von Wahlarztrechnungen ein Vielfaches jenes für die gesammelte EDV-Abrechnung von Vertragsärzten/innen beträgt. Mengenbezogene Honorarkürzungen (z.B. degressive oder gestaffelte Tarife), die für Vertragsärzte/innen gelten, werden analog bei der Kostenerstattung angewendet.

Kein Anspruch auf Kostenerstattung besteht:

- wenn Leistungen auch vergleichbare Vertragsärzte/innen der Kasse nicht verrechnen können
- bei bloßen Screenings, „Gesundheits-Checks“ u. dgl. (Ausnahmen sind Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen)
- wenn ein Versicherter bzw. eine Versicherte im gleichen Kalendervierteljahr für denselben Versicherungsfall einen zweiten Arzt bzw. eine zweite Ärztin der gleichen Fachrichtung als Vertrags- oder Wahlarzt/ärztin in Anspruch genommen hat. Ausgenommen davon sind Leistungen, die der/die konsultierte Arzt/Ärztin nicht erbringen kann (z. B. Spezialuntersuchungen)
- für Privathonorarnoten von Vertragsärzten/innen, Vertragsgruppenpraxen oder sonstigen Vertragspartnern. (Davon ausgenommen sind Kostenzuschüsse laut Satzung der ÖGK für bestimmte, vertraglich nicht geregelte Leistungen.)

Wahlärzte/innen sind nicht an die für Vertragsärzte/innen geltenden „Richtlinien über die ökonomische Krankenbehandlung“ gebunden. Wurden Leistungen in auffälliger Intensität verrechnet, wird der Fall zur Begutachtung unserem Ärztlichen Dienst vorgelegt. Sollten einige Leistungen als medizinisch nicht notwendig beurteilt werden, erfolgt für diese keine Kostenerstattung bzw. kein Kostenzuschuss.

Liegt bei Kostenerstattungen der Gesamtanweisungsbetrag unter der Bagatellgrenze von € 1,00 (bei Bankanweisungen) bzw. € 5,00 (bei Postanweisungen) wird aufgrund der Höhe der Bank- bzw. Postspesen der Kostenerstattungsbetrag vorerst nicht ausbezahlt, sondern in Evidenz gehalten, um im Falle eines künftigen Antrages auf Kostenerstattung gemeinsam mit dieser angewiesen zu werden.

Die Anträge werden ausschließlich nach der Reihenfolge des Einlangens bearbeitet. Wir bemühen uns, die Bearbeitungszeit so kurz als möglich zu halten.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: **www.gesundheitskasse.at**