

Wahlarzt- Was bedeutet das?

Inhalt

| | |
|--|---|
| Wahlarzt | 1 |
| Kostenerstattung..... | 1 |
| Benötigte Unterlagen für die Kostenerstattung der Kasse: | 1 |
| Wie komme ich zu meiner Kostenerstattung? | 2 |
| Informationen zur Berechnung der Kostenerstattung:..... | 2 |
| Musterbeispiel für die Berechnung einer Arztrechnung (WGKK) | 3 |
| In einigen Fällen können von der Kasse keine Kosten übernommen werden: | 3 |
| Als Angehörige/r gilt..... | 4 |
| Einschränkung | 5 |
| Kindeseigenschaft..... | 5 |
| Physiotherapie..... | 5 |
| Institute | 6 |
| Heilmittel..... | 6 |

Wahlarzt

Freie Arztwahl ist ein Grundrecht eines jeden Patienten

Wenn Sie sich für einen Wahlarzt entscheiden, erhalten Sie Kostenersatz für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen, wenn sie Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heil- und Hilfsmittel) durch Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die nicht im Vertragsverhältnis mit der Wiener Gebietskrankenkasse stehen. Außerdem müssen auch die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sein.

Rechnungen müssen zuerst von den Patienten bezahlt und können dann beim zuständigen Krankenversicherungsträger eingereicht werden.

Wahlärzte können ihre Honorare frei bestimmen, sie sind an keinerlei Tarife gebunden.

Der Krankenversicherungsträger ersetzt von den Behandlungskosten 80 Prozent jenes Betrages, den ein Vertragspartner für die gleiche Behandlung bekommen würde.

Kostenerstattung

Benötigte Unterlagen für die Kostenerstattung der Kasse:

- Die bezahlte Honorarnote (Original oder Duplikat) mit den persönlichen Daten der Patientin/des Patienten (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer) und der Diagnose
- Detaillierte Angaben der erbrachten Leistungen (Behandlungsdaten, Behandlungsdauer)

Wahlarzt- Was bedeutet das?

- Gegebenenfalls die ärztliche Verordnung oder Überweisung (Labor oder Fachärztin/Facharzt für Radiologie)
- Zahlungsnachweis
 - bei Barzahlung: Saldierungsvermerk
 - bei Zahlung mit Erlagschein: Einzahlungsabschnitt (auch Kopie)
 - bei elektronischer Bezahlung: Nachweis der Abbuchung (z.B. Protokollauszug, Bankauszug usw.)

Wie komme ich zu meiner Kostenerstattung?

Sie können Rechnungen von Wahlärztinnen/Wahlärzten oder Wahlbehandler/innen (Physiotherapeut/innen, Logopäd/innen, Psychotherapeut/innen etc.) innerhalb von 42 Monaten nach Inanspruchnahme der Leistung bei der Kasse **entweder persönlich** in einer der Kundencenter/Bezirksstellen bzw. im zentralen Verwaltungsgebäude **oder per Post** einreichen. Die Kostenerstattung wird auf das Konto des Versicherten überwiesen. Angehörige erhalten den Kostenersatz nur in Ausnahmefällen auf das eigene Konto. Sollten Sie Kopien Ihrer eingereichten Originalbelege benötigen, ersuchen wir Sie diese vor der Einreichung anzufertigen, da die Originalbelege auf Grund gesetzlicher Bestimmungen bei der Wiener Gebietskrankenkasse verbleiben und eine nachträgliche Anfertigung von Kopien aus administrativen Gründen nicht möglich ist.

Informationen zur Berechnung der Kostenerstattung:

- Als Grundlage für die Berechnung Ihrer Kostenerstattung wird der jeweils gültige Kassentarif (richtet sich nach der in Anspruch genommenen Fachrichtung) herangezogen. Davon erhalten Sie 80 Prozent. Als Obergrenze für die Höhe der Kostenerstattung dient das von Ihnen entrichtete Honorar.
- Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden zum 100prozentigen Vertragstarif ersetzt, wenn die Untersuchungen zu den im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Terminen stattgefunden haben.
- Bei der Berechnung der Kostenerstattung werden nur jene Leistungen ersetzt, die im Kassentarifkatalog der entsprechenden Vertragspartnerin bzw. des entsprechenden Vertragspartners auch enthalten sind. Einige dieser Leistungen, wie z.B.: Gastroskopie, unterliegen sogenannten Qualitätskriterien, was so viel bedeutet, dass die Ärztin bzw. der Arzt bestimmte Voraussetzungen erfüllen muss, damit die Kasse Kostenerstattung überweisen kann.
- **Nähere Angaben zu den bei Wahlarzthilfe vorgesehenen Kostenerstattungsbeträgen finden Sie hier: Bsp. WGKK:**
<http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/honorare/wahlaerzte>
- **Antrag auf Kostenerstattung WGKK**
<http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.594850&action=b&cacheability=PAGE>

Wahlarzt- Was bedeutet das?

Musterbeispiel für die Berechnung einer Arztrechnung (WGKK)

1.) 1 Ordination EUR 6,00

2.) i.m. Injektion +EUR 2,12

Kostenerstattung EUR 8,12

1.) Grundlage für die Kostenerstattung sind bei der ersten und zweiten Ordination im Quartal je zwei Fünftel der Fallpauschale. Es ergibt sich daher folgende Kostenerstattungsabrechnung für das Jahr 2013:

- Fallpauschale = EUR 18,74

- davon zwei Fünftel = EUR 7,49

- davon 80 Prozent = EUR 6,00

2.) Der Tarif für die Injektion beträgt EUR 2,65 und 80 Prozent davon sind (gerundet) EUR 2,12.

Es sind die geltenden Tarife des jeweiligen Behandlungsjahres heranzuziehen.

In einigen Fällen können von der Kasse keine Kosten übernommen werden:

- Für Behandlungen bzw. Untersuchungen, bei welchen es sich um keine Krankenbehandlung im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes handelt
- Für nicht in Anspruch genommene Behandlungen bzw. Untersuchungen (Ausfallshonorar)
- Für erbrachte Leistungen, welche nicht in die Honorarordnung der Kasse aufgenommen sind, bzw. wenn es sich um ein Heilmittel handelt, welches nicht im Heilmittelverzeichnis des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherung enthalten ist
- Wenn Sie eine Vertragspartnerin oder einen Vertragspartner (eigene Einrichtung) und eine Wahlbehandlerin oder einen Wahlbehandler der selben Sparte im selben Kalendervierteljahr in Anspruch nehmen.
- Wenn Sie eine Vertragspartnerin oder einen Vertragspartner privat aufsuchen.
- Wenn Sie eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt in dessen Privatpraxis (Zweitniederlassung) konsultieren.
- Wenn Sie in einer Spitalsambulanz, welche vom Landesfonds finanziert wird, behandelt werden.
- Wenn Sie mehr als eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt der gleichen Sparte im selben Quartal in Anspruch nehmen (in diesem Fall werden nur die Kosten für jene Wahlärztin bzw. jenen Wahlarzt ersetzt, dessen Honorarnote zuerst bei der Kasse zur Kostenerstattung einlangt).
- Wenn Sie eine Ärztin, einen Arzt oder eine Therapeutin, einen Therapeuten aufsuchen, welche/r über keine Niederlassung bzw. keine Berufsberechtigung verfügt.

Wahlarzt- Was bedeutet das?

Als Angehörige/r gilt

- die/der **Ehegattin/Ehegatte**
- eingetragene Partnerinnen/eingetragene Partner
- die **ehelichen Kinder**, die **legitimierten Kinder** und die **Wahlkinder**,
- die **unehelichen Kinder** einer weiblichen Versicherten,
- die **unehelichen Kinder** eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder Anerkenntnis festgestellt ist,
- die **Stiefkinder** und **Enkel**, wenn sie mit der/dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben,
- die **Pflegekinder**, wenn sie von der/dem Versicherten unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht; darüber hinaus auch Kinder, wenn sie von der/dem Versicherten gepflegt und erzogen werden, sie mit der/dem Versicherten bis zum 3. Grad verwandt oder verschwägert sind und mit diesem ständig in Hausgemeinschaft leben,
- eine/ein **haushaltsführende/r Angehörige/r** aus dem Kreis der Eltern, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, der Kinder, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, der Enkel oder der Geschwister, unter der Voraussetzung, dass sie/er mit der/dem Versicherten seit mindestens zehn Monaten in Hausgemeinschaft lebt, sie/er ihr/ihm den Haushalt unentgeltlich führt und keine/kein arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte der/des Versicherten bzw. arbeitsfähige/r eingetragene/r Partnerin/Partner der/des Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebt,
- eine/ein **Lebensgefährtin/Lebensgefährte** unter der Voraussetzung, dass sie/er mit der/dem Versicherten seit mindestens zehn Monaten in Hausgemeinschaft lebt, sie/er ihr/ihm den Haushalt unentgeltlich führt und keine/kein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte der/des Versicherten bzw. arbeitsfähige/r eingetragene/r Partnerin/Partner der/des Versicherten vorhanden ist.
- Personen, die eine/n Versicherte/n mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung pflegen.
Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte, die/der eingetragene Partnerin/Partner und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner die Kinder, Wahl-, Stief und Pflegekinder, die Eltern, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, Enkel, Geschwister sowie die/der haushaltsführende Lebensgefährtin/Lebensgefährte.

Wahlarzt- Was bedeutet das?

Einschränkung

Als Angehörige von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur die/der Ehegattin/Ehegatte, die/der eingetragene Partnerin/Partner und die Kinder der/des Versicherten.

Kindeseigenschaft

Die Angehörigeneigenschaft besteht für Kinder, Stiefkinder, Enkel und Pflegekinder grundsätzlich **bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres**.

Über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus ist als Kind anzusehen, wer

- sich in **Schul- oder Berufsausbildung** befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im § 3 Studienförderungsgesetz genannte Einrichtung (z.B. Universität) besuchen, verlängert sich nur dann, wenn sie ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig betreiben (als Nachweis gilt der Bezug der Familienbeihilfe). Sollte im Einzelfall kein Studienerfolg vorliegen, besteht die Möglichkeit, eine Selbstversicherung abzuschließen.
- seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit Ablauf des vorgenannten Zeitraumes infolge Krankheit oder Gebrechens **erwerbsunfähig** ist.
- seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit Ablauf des vorgenannten Zeitraumes erwerbslos ist. Aus dem Grund der Erwerbslosigkeit bleibt die Angehörigeneigenschaft höchstens für die Dauer von 24 Monaten gewahrt.

Physiotherapie

Physikalische Behandlungen zB nach Unfällen, Verletzungen oder bei rheumatischen Leiden

Die Physiotherapie bietet ein umfangreiches Behandlungsangebot (zB Massagen, Heilgymnastik oder Elektrotherapie) als Alternative und Unterstützung zu anderen Behandlungsmethoden (zB medikamentöse Therapie). Vor Inanspruchnahme der Behandlungen muss ihr/e behandelnde/r Ärztin/Arzt (Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin oder allgemeine/r Fachärztin/Facharzt) eine auf die Art und Anzahl der durchzuführenden Behandlungen lautende **Verordnung** ausstellen. (**Ausnahme:** Fachärztinnen/Fachärzte für physikalische Medizin können auch mittels Facharztschein aufgesucht werden. Wird in solchen Fällen eine Behandlung erforderlich, ist die Verordnung vom Ihrer Fachärztin/Ihrem Facharzt für physikalische Medizin auszustellen.)

Eine Genehmigung ist vor Beginn der Therapie entweder vom Medizinischen Dienst der Kasse oder von einer/einem **Bezirksstellenärztin/Bezirksstellenarzt** einzuholen. Die bewilligte Verordnung ist gemeinsam mit einer **saldierten, detaillierten**

Originalhonorarnote mit genauen Angaben über die erbrachten Leistungen (Behandlungsdaten, Art und Dauer der einzelnen Behandlungen, Diagnose und Stampiglie des Leistungserbringers (das sind: Physiotherapeut/innen, Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und Physikalische Einrichtungen) zur Kostenerstattung einzureichen.

Nach der Krankenordnung der Wiener Gebietskrankenkasse sind physikalische Behandlungen innerhalb eines Monats, ab dem Tag der Erteilung der Kassengenehmigung, in Anspruch zu nehmen. Die Behandlung sollte möglichst innerhalb eines Quartals abgeschlossen werden, längstens jedoch bis zum Ende des darauf folgenden Quartals.

Wahlarzt- Was bedeutet das?

Institute

CT, MRT, Nuklearmedizin, Knochendichtemessungen, und vieles mehr.

Es gibt eine Vielzahl von Untersuchungen bzw. Behandlungen, welche nur in dafür speziell errichteten Instituten durchgeführt werden dürfen. Jede dieser Spezialleistungen trägt einen wesentlichen Teil einerseits zur Diagnosefindung und andererseits zur erforderlichen Therapieplanung durch Ihren Hausarzt bei.

Für die Kostenerstattung benötigen wir in jedem Fall:

- Die Originalhonorarnote mit den persönlichen Daten der Patientin/des Patienten (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer)
- Detaillierte Angaben zur Diagnose und der erbrachten Leistungen (Behandlungsdaten)
- Eine ärztliche Verordnung, Zuweisung oder Überweisung
- Zahlungsnachweis
 - bei Barzahlung: Saldierungsvermerk
 - bei Zahlung mit Erlagschein: Einzahlungsabschnitt (auch Kopie)
 - bei elektronischer Bezahlung: Nachweis der Abbuchung (zB Protokollauszug, Bankauszug usw.)
- Für CT- und MRT-Untersuchungen ist unbedingt eine vorherige Genehmigung durch den Medizinischen Dienst oder von einer Bezirksstellenärztin/einem Bezirksstellenarzt einzuholen! Das bewilligte Formular ist dem Kostenerstattungsantrag ebenfalls beizulegen.
- Nuklearmedizinische Untersuchungen werden ersetzt, wenn Sie eine Zuweisung den Unterlagen beilegen.

Heilmittel

Ich habe ein Privatrezept – was nun?

Krankheiten erfordern u.a. die Verschreibung von Medikamenten (Heilmittel).

Für einen geringen Teil der Medikamente, rund drei Prozent, ist eine chefärztlichen Bewilligung erforderlich. Ihre behandelnde Ärztin/ihr behandelnder Arzt wird Sie im Einzelfall darüber informieren.

Privat- bzw. Klinikrezepte sollten vor dem Bezug des Heilmittels auf ein Kassenrezept umgeschrieben werden, damit eine Direktverrechnung mit der Apotheke erfolgen kann. Ihnen entstehen dadurch, abgesehen von der Rezeptgebühr (**EUR 5,55**), keine zusätzlichen Kosten.

Andernfalls müssen die Kosten des Medikamentes vorfinanziert werden und können erst später im Wege der Kostenerstattung nach den geltenden Bestimmungen refundiert werden.

Dafür benötigen wir:

- das **Originalrezept** (mit Namen der Patientin/des Patienten und Ausstellungsdatum) und
- den **Bezugsnachweis** (Apothekenstempel und Preisangabe je Medikament auf dem Rezept oder der Apothekenrechnung)

Wahlarzt- Was bedeutet das?

Wir bitten Sie zu beachten, dass wir Ihnen diese Auskünfte als Hilfestellung anbieten. Es handelt sich um unverbindliche Informationen. Für eine spezifische Auskunft, erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse. Die Kontaktdaten Ihrer Kasse finden Sie hier:

<http://www.netdokter.at/krankheit/krankenkassen-oesterreich-5974>

Quellen:

www.aekwien.at

www.wgkk.at

www.sozialversicherung.at