

LEITFADEN FÜR DIE INVERTRAGNAHME

von Fachärztinnen und -ärzten

Stand: Januar 2019

INHALT

1. Allgemeine Bestimmungen des Gesamtvertrages	3	4.1.1 Grundvergütung (GV)	14
1.1 Abrechnungszeitraum und Einreichfrist	3	4.1.2 Einzelleistungen	14
1.2 Bestandteile der Arztabrechnung	4	4.2 Auszahlung durch die Ärztekammer	14
2. Rund um die e-card	5	4.2.1 Fallhonorar	14
2.1 e-card-Regelung	5	4.2.2 Zuschlag für Vertretung in der Ordination ...	14
2.2 Patientinnen und Patienten ohne e-card oder ohne Anspruch	5	4.3 Honorierung von Leistungen	14
2.3 Der e-card-Ersatzbeleg (ECEB)	5	4.4 Limitbestimmungen	15
2.4 Visiten	6	4.4.1 Endabrechnung der Aufstellung	15
2.5 Asylwerber	6	4.5 Akontierungen und Restzahlungen	15
2.6 Störungen im e-card-System	6	5. Honorartarif & Leistungen	16
2.7 Folgebelege	7	5.1 Leistungen der Salzburger Gebietskrankenkasse	16
2.8 Angehörige	7	5.1.1 Der Honorartarif	16
2.9 Nichtversicherte	8	5.1.2 Sonderleistungen	16
2.10 Privatpatienten	8	5.1.3 Überweisungen	16
2.11 Patienten aus dem Ausland	8	5.2 Leistungen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden	17
2.12 Urlauber mit Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK)	8	5.2.1 Leistungen, die Sie für Privathonorar erbringen dürfen	17
2.13 Was, wenn die Mutter-Kind-Pass- und Vorsorgeuntersuchung mit EKVK nicht möglich sind?	9	5.3 Ergänzende Informationen zu diversen Leistungen	17
2.14 Versichertenkategorien	9	5.3.1 Scheinvergütung (Tarif 2019)	17
3. Scheinarten	10	5.3.2 Position 049 (Erstordination)	18
3.1 Regelfall (RF)	10	5.3.3 Position 050	18
3.2 Überweisung (ÜS)	10	5.3.4 Positionen 058 / 059	18
3.3 Zuweisung (ZW)	10	5.3.5 Ausstellen von Rezepten	18
3.4 Arzthilfescheine („B-Scheine“)	10	5.3.6 PROP – Präoperative Untersuchung	18
3.4.1 Dringende Behandlung	11	5.3.7 Visiten	18
3.4.2 Vertretung (bei Urlaub, Krankheit und Fortbildung des Erstbehandlers)	11	5.3.8 Wegegebühren	18
3.5 Vorsorgeuntersuchung (VU)	12	5.3.9 Nachtordinationen und Nachtvisiten	19
3.5.2 Behandlungsfälle e-card	12	5.3.10 Vorsorgeuntersuchungen	19
3.6 Reiner Mutter-Kind-Pass (MKP)-Schein	13	5.3.11 OP-Positionen	19
3.7 e-card-Ersatzbeleg	13	6. Erläuterungen zum Honorartarif	20
3.8 Behandlungsfälle und Scheine pro Patient und Quartal	13	6.1 Leistungen	20
4. Abrechnung und Honorierung	14	6.2 Tarife	20
4.1 Honorierungssystem der Salzburger Gebietskrankenkasse	14	6.3 Besondere Voraussetzungen	20
4.1.1 Grundvergütung (GV)	14	6.4 Jahresausgleich (HWB-Aufrollung)	20
4.1.2 Einzelleistungen	14	7. Anhang	21
4.2 Auszahlung durch die Ärztekammer	14	7.1 Abkürzungsverzeichnis	21
4.2.1 Fallhonorar	14	7.2 Kontaktdaten / Ansprechpartner	22
4.2.2 Zuschlag für Vertretung in der Ordination ...	14		
4.3 Honorierung von Leistungen	14		
4.4 Limitbestimmungen	15		
4.4.1 Endabrechnung der Aufstellung	15		
4.5 Akontierungen und Restzahlungen	15		

Ihre Rechte und Pflichten als neue Vertragsärztin/neuer Vertragsarzt sind in den Gesamtverträgen und den Anhängen für kurative Leistungen, Mutter-Kind-Pass- und Vorsorgeuntersuchungen geregelt.

Die Gesamtverträge und alle weiteren Informationen finden Sie im Internet auf dem Portal für Vertragspartnerinnen und -partner unter www.sgkk.at/vertragspartner im Bereich „Arbeitsgrundlagen“.

1. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN DES GESAMTVERTRAGES

Die Salzburger Gebietskrankenkasse ist die gemeinsame Verrechnungsstelle für alle **§2-Kassen (Vertragskassen)**, dazu gehören die SGKK und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Außerdem ist sie die Verrechnungsstelle für **Fremdkassen** (andere österreichische Gebiets- und Betriebskrankenkassen), **betreute Personen** (EU- und EWR-Bürger, zwischenstaatliche Abkommen, KOVG, HVG, OFG, StVG, DBVG*) und **Nicht-Versicherte** (Mutter-Kind-Pass- und Vorsorgeuntersuchungen bei Wohnsitz in Österreich).

* (Kriegsopferversorgungsgesetz, Heeresversorgungsgesetz, Opferfürsorgegesetz, Strafvollzugsgesetz, Deutsches Bundesversorgungsgesetz)

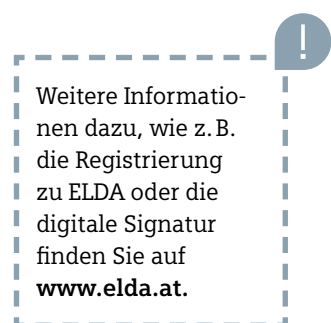
1.1 Abrechnungszeitraum und Einreichfrist

Die Abrechnung erfolgt quartalsweise (Kalender-Vierteljahr). Übermitteln Sie die Daten über das elektronische Datensammelsystem der Sozialversicherungsträger (ELDA) an die Salzburger Gebietskrankenkasse. Bitte denken Sie daran, dass Sie sich als Arzt bei ELDA registrieren müssen.



Beachten Sie die **Einreichfrist**, die Daten müssen am Ende jedes Quartals bis zum 15. des Folgemonats eingereicht werden.

Teilen Sie uns bitte auch sofort mit, wenn Sie diese Frist nicht einhalten können und es zu **Fristversäumnissen** kommt (z. B. wegen Urlaub, Krankheit, EDV-Problemen), die Auszahlung des restlichen Honorars kann dann ein Quartal später erfolgen, Akontozahlungen können bis zum Vorlegen der Unterlagen eingestellt werden.



1.2 Bestandteile der Arztabrechnung

Die **EDV-Abrechnung** wird von Ihnen über ELDA elektronisch übermittelt, bitte beachten Sie, dass **e-card-Ersatzbelege** (ECEB) im Original eingereicht werden müssen, mehr Informationen dazu finden Sie unter 2.3.

Befunde von Vorsorgeuntersuchungen*:

Übermitteln Sie die Befunde für die VU-Allgemein **elektronisch** über den e-card-Server. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 3,00 pro Befundblatt vom Honorar abgezogen wird, wenn sie nur in Papierform vorliegen.



Alle anderen Befunde legen Sie bitte noch in Papierform Ihrer Abrechnung bei!

*** der Fachgebiete 01:** Arzt für Allgemeinmedizin

04: Facharzt für Chirurgie (einschließlich Plastische Chirurgie)

06: Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)

07: Facharzt für Innere Medizin

10: Facharzt für Lungenkrankheiten

Befunde von präoperativen Untersuchungen (PROP-Befunde)*:

Bitte denken Sie daran, dass die elektronische Übermittlung die Voraussetzung für eine Honorierung ist! Beachten Sie auch die richtige Übermittlung – PROP-Befunde müssen an eine Konsultation gebunden sein.

*** der Fachgebiete 01:** Arzt für Allgemeinmedizin

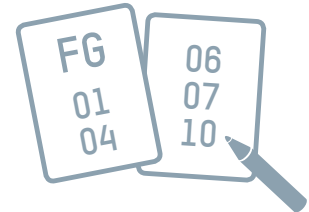
07: Facharzt für Innere Medizin

08: Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
(einschl. Kinderchirurgie)

Weitere wichtige Bestandteile der Arztabrechnung sind alle **Beilagen** wie **Chefarztbewilligungen** (z. B. für physikalische Therapien über 10 Einheiten/Quartal etc.) sowie **histologische Befunde** (ab OP-Gruppe II, OP-Gruppe I nach Anforderung).

Vergessen Sie nicht, die **Datenbegleitliste** beizulegen.

Auch **Überweisungsscheine** müssen im Original übermittelt werden. Die Vorlage bei der SGKK ist nur mehr zwingend erforderlich für die Fachgebiete **04, 07, 16, 19, 13, 14** und **Labore**, für andere Fachgebiete gilt: Bewahren Sie die Überweisungsscheine auf oder scannen sie ein, bei Bedarf werden Sie von der SGKK angefordert.



Fachgebiete, die neben Laboren Überweisungsscheine im Original vorlegen müssen:

FG 04: Chirurgie (einschließlich Plastische Chirurgie)

FG 07: Innere Medizin

FG 16: Urologie

FG 19: Neurologie

FG 13: Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation

FG 14: Radiologie



Aus organisatorischen Gründen bitten wir Sie außerdem, Ihre Papierunterlagen nach Kassen zu trennen und sie innerhalb der Kassen alphabetisch nach Patientennamen zu ordnen, vielen Dank!

2. RUND UM DIE E-CARD

2.1 e-card-Regelung

Ihre Patientinnen und Patienten müssen ihre e-card bei jedem Arztbesuch vorlegen, damit Sie sie auch bei jeder Konsultation einlesen können. Wenn Sie Zweifel an der Identität einer Patientin oder eines Patienten haben oder sie/er Ihnen nicht bekannt ist, verlangen Sie bitte einen Lichtbildausweis.

Um Leistungen abrechnen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- > Stecken der e-card und positive Prüfung des Anspruches oder
- > Stecken der o-card (Admin-Karte) und positive Prüfung des Anspruches oder
- > die Vorlage eines gültigen e-card-Ersatzbelegs (ECEB)



2.2 Patientinnen und Patienten ohne e-card oder ohne Anspruch

Wenn Patientinnen oder Patienten Ihre Arztpraxis ohne e-card oder einen entsprechenden Anspruch aufsuchen, gehen Sie bitte folgendermaßen vor:

- > Stecken Sie die o-card (Admin-Karte) und prüfen Sie den Anspruch
- > Wenn Sie die Patientin oder den Patienten nicht kennen, kontrollieren Sie den Lichtbildausweis
- > Ist die Anspruchsprüfung negativ, können Sie die Patientin bzw. den Patienten behandeln, schicken Sie sie/ihn aber unbedingt zum angegebenen zuständigen Versicherungsträger und informieren sie/ihn, dass die e-card innerhalb von 3 Tagen nachgebracht werden muss (wenn eine positive Anspruchsprüfung durchgeführt werden kann).

Ist das nicht möglich, muss innerhalb von 14 Tagen ein e-card Ersatzbeleg vorgelegt werden und der Patient muss eine Erklärung ausfüllen, mit der er bestätigt, dass er eine Behandlung in Anspruch genommen hat.

Außerdem können Sie einen Einsatz verlangen.



Mehr Informationen dazu finden Sie auch im Leitfaden „Wichtige Hinweise zur e-card-Abrechnung“.



2.3 Der e-card-Ersatzbeleg (ECEB)

Der e-card-Ersatzbeleg (ECEB) wird von den Gebietskrankenkassen und Außenstellen im Kundenservice ausgestellt und ist ein Beleg in Papierform.

- > Ein e-card Ersatzbeleg wird dann benötigt, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient keinen Anspruch auf eine Behandlung mit e-card oder o-card (Admin-Karte) hat. In diesem Fall muss der e-card-Ersatzbeleg innerhalb von 14 Tagen nach dem Besuch beim Arzt nachgebracht werden. Bitte denken Sie daran, dass der ECEB vom Patienten unterschrieben werden muss.
- > Wenn nach 14 Tagen immer noch kein ECEB vorgelegt wird, können Sie eine Privathonorarnote ausstellen – weisen Sie Ihre Patientin/Ihren Patienten aber unbedingt darauf hin, dass es dafür **keine Kostenerstattung** durch die SGKK gibt!



- > Wenn Patienten angeben, dass sie versichert sind, können Sie auch direkt im Kundenservice der SGKK anrufen, damit die Versicherung sofort am e-card-Server freigeschaltet wird. In diesem Fall ist der ECEB hinfällig, da ja normal gesteckt werden kann.
- > Wenn Neugeborene noch keine e-card besitzen und auch noch nicht mittels o-card (Admin-Karte) gesteckt werden können, ist ebenfalls ein ECEB notwendig.



Mehr Informationen dazu finden Sie auch im Leitfaden „Wichtige Hinweise zur e-card-Abrechnung“.



Ein e-card-Ersatzbeleg, der erst nach Abschluss der Quartalsabrechnung beim Vertragsarzt einlangt, muss in der folgenden Abrechnung als Nachverrechnung eingereicht werden. Das gilt nicht, wenn vom Patienten bereits ein Privathonorar verlangt wurde (Vermeiden Sie Doppelverrechnungen!).



SGKK-Kundenservice
0662 8889-8049, e-card@sgkk.at

2.4 Visiten

Bei Hausbesuchen (auch bei Altersheim-Patienten) stecken Sie bitte die o-card (Admin-Karte). Ist das nicht gleich möglich, müssen Sie spätestens bis zum 3. Werktag nach der Visite mit dem Nacherfassungsgrund „Hausbesuch“ stecken.



2.5 Asylwerber

Da Asylwerber keine e-card erhalten, ist es wichtig, ihre Identität mit einem Dokument (Verfahrenskarte, Aufenthaltsberechtigungskarte oder Karte für subsidiär Schutzberechtigte) und einem gültigen Lichtbildausweis nachzuweisen.



In der Regel erhalten Asylwerber in den Erstaufnahmezentren vom Land oder Bund eine gültige Versicherungsnummer. Sie können den Behandlungsfall dann mit der o-card (Admin-Karte) abbuchen.

Wenn die Abfrage der Versicherungsnummer (ev. auch Suche mit Namen und Geburtsdatum) bzw. die online-Anspruchsprüfung negativ verlaufen, verweisen Sie Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten bitte an das Kundenservice der SGKK. Der Anspruch kann dann möglicherweise gleich direkt freigeschaltet werden oder die SGKK stellt einen e-card-Ersatzbeleg aus.



SGKK-Kundenservice
0662 8889-8049, e-card@sgkk.at

2.6 Störungen im e-card-System

Bei einer Störung im e-card-System oder im Netz werden beim Stecken der e-card bzw. o-card (Admin-Karte) die Daten zunächst **offline** in der GINA-Box erfasst und nach der Störung an den e-card-Server übertragen. Achten Sie bitte unbedingt auf eine korrekte Übertragung.



Ist die **GINA-Box defekt**, kann keine offline-Erfassung durchgeführt werden. Alle Daten, die Sie zur Abfrage des Anspruches benötigen, müssen Sie in diesem Fall in der Ordination notieren. Geben Sie nach Behebung der Störung die Behandlungsfälle unter dem Nacherfassungsgrund „Störung“ nachträglich mit der o-card (Admin-Karte) ein.

Wenn in solchen Fällen kein Krankenversicherungsanspruch vorliegt oder der Regelfall bereits von einem anderen Arzt verbraucht wurde (Scheinart 3, siehe Punkt 3.4.1), haben Sie eine vertraglich zugesicherte Abrechnungsgarantie.

Diese Abrechnungsgarantie besteht nur, wenn:

- > Sie die **e-card-Störung der e-card-Serviceline** und der **SGKK** gemeldet haben
- > eine offline-Erfassung während der e-card-Störung möglich ist und die Daten nach Behebung der Störung korrekt übertragen werden
- > Sie die betreffenden Behandlungen zum nächstmöglichen Zeitpunkt mit der o-card (Admin-Karte) manuell nacherfassen



Es gibt keine Abrechnungsgarantie, wenn die Störung im Bereich Ihrer Arzt-EDV liegt!



Bitte beachten Sie auch den Anhang A zu § 12 im Gesamtvertrag: Technische Beilage e-card, „Die e-card als Krankenscheinersatz“ sowie das Benutzerhandbuch für die Konsultationsverwaltung des HVB.

Informieren Sie bei Störungen immer die **e-card-Serviceline** unter 05 01 2433-11 sowie die **Salzburger Gebietskrankenkasse** unter 0662 8889-1521 oder vertragsarzt@sgkk.at.



2.7 Folgebelege

Erstellen Sie alle **Folgebelege** (z. B. Überweisungen, Verordnungen) mit den Daten, die Sie durch das e-card-System erfasst haben und geben Sie die eigene Vertragspartnernummer (VPNR) auf den Belegen an. Denken Sie daran, dass der Behandler die VPNR des Zuweisers benötigt.

Ein **Überweisungs- bzw. Zuweisungsschein** muss von der Patientin bzw. dem Patienten gemeinsam mit der e-card vorgelegt werden, die Vertragspartnernummer des Zuweisers bzw. des Hausarztes muss in der Abrechnung angegeben werden (Überweisungsschein, Vertretung etc.).



2.8 Angehörige



Für sich selbst und Angehörige im gemeinsamen Haushalt dürfen keine Leistungen verrechnet werden!



2.9 Nichtversicherte

Nichtversicherte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Österreich haben Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung (VU) oder Mutter-Kind-Pass-Untersuchung (MKP). Den dafür nötigen e-card-Ersatzbeleg (ECEB) bzw. online-Anspruch auf dem e-card-Server erhalten betroffene Patienten, wenn sie im Kundenservice der SGKK eine Meldebestätigung vorlegen.



Kundenservice der SGKK

Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg
0662 8889-8049, e-card@sgkk.at

Das gilt nicht für Opting-Out Personen, die bei einer Privatversicherung pflichtversichert sind! In solchen Fällen muss die Leistung mit der Privatversicherung abgerechnet werden.

2.10 Privatpatienten

Wenn Patientinnen und Patienten auf eigenen Wunsch als Privatpatienten mit Honorarnote behandelt werden wollen, lassen Sie sich eine schriftliche Bestätigung geben!

2.11 Patienten aus dem Ausland

Wenn Sie Patientinnen und Patienten aus dem Ausland behandeln, beachten Sie bitte:

- › **Grenzgänger** (De-facto-Versicherte Fremdstaaten, Versicherungskategorie 29) haben eine e-card
- › **Patienten aus EU- bzw. EWR-Staaten** benötigen eine EKVK oder einen provisorischen Ersatzbeleg (PEB) und müssen eine Erklärung* ausfüllen
- › **Patienten aus Nicht-EU/EWR-Staaten mit Abkommen** benötigen einen e-card-Ersatzbeleg (mit Anspruchsnachweis)
- › **Patienten aus Nicht-EU/EWR-Staaten ohne Abkommen:** Es sind keine Kassenleistungen möglich, die Abrechnung erfolgt über ein Privathonorar



* (eines der 3 Formulare aus Anhang D zu § 15 des Gesamtvertrages)



Mehr Informationen dazu finden Sie auch in der Information für Vertragspartner über die Anwendung der EKVK in Österreich.

2.12 Urlauber mit Europäischer Krankenversicherungskarte (EKVK)

Patientinnen und Patienten aus dem EU/EWR-Raum müssen vor der Behandlung ihre EKVK (Europäische Krankenversicherungskarte oder EHIC) und ihren Ausweis vorlegen.

- › Überprüfen Sie die Gültigkeit der EKVK. Ist die Karte ungültig, können Sie eine Privathonornote ausstellen, die Patientin bzw. der Patient kann diese dann direkt bei der zuständigen Kasse einreichen
- › Kontrollieren Sie die Identität der Patientin bzw. des Patienten und gleichen Sie die Karte mit dem Lichtbild-Ausweis ab
- › Machen Sie leserliche Kopien von der EKVK und dem Ausweis
- › Die Erklärung* muss vollständig und leserlich ausgefüllt und von der Patientin bzw. dem Patienten sowie von Ihnen unterschrieben werden



* (eines der 3 Formulare aus Anhang D zu § 15 des Gesamtvertrages)

Schicken Sie die leserlichen Kopien von der EKVK, den Ausweis sowie die e-card-Erklärung innerhalb einer Woche an:

Abteilung 08 – Zwischenstaatliches

Torsten Helmers, zwischenstaatliches@sgkk.at
0662 8889-8110, Fax DW 8113

Falls die Fax-Kopien nicht leserlich sind,
schicken Sie uns diese bitte per Post.



Worauf Sie achten müssen:

Wenn es medizinisch notwendig ist und ein Patient eine gültige EKVK (bzw. PEB) vorlegt, ist er wie ein Kassenpatient zu behandeln. Es dürfen keine Zuzahlungen zu Kassenleistungen verlangt werden!



Das gilt nicht, wenn der Patient nur für diese Behandlung eingereist ist. Ausnahme: Er legt dafür ein E112-Formular vor, das Sie uns dann anstelle der EKVK-Kopie übermitteln müssen.



- > Wenn alle Anspruchsnachweise vorliegen, ist das Ausstellen von Privathonorarnoten vertragswidrig. Nur wenn die EKVK (PEB) fehlt oder ungültig ist, darf für die Krankenbehandlung ein Privathonorar verlangt werden!
- > Überprüfen Sie zur Sicherheit den Anspruch der ausländischen Patientinnen und Patienten vor Behandlungsbeginn mit der o-card (Admin-Karte). Es kommt leider öfters vor, dass Patienten bereits in Österreich versichert sind, die e-card aber nicht vorlegen oder sich der inländischen Versicherung nicht bewusst sind (z. B. Dauerbetreute, Skilehrer etc.).
- > Wenn ein Patient eine inländische Versicherung hat, hat sie Vorrang und Sie müssen mit der o-card (Admin-Karte) abrechnen. Bitte informieren Sie auch Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten!



2.13 Was, wenn die Mutter-Kind-Pass- und Vorsorgeuntersuchung mit EKVK nicht möglich sind?

Ausländische Kassen lehnen eine Kostenübernahme bei Abrechnung mit der EKVK für Vorsorge- sowie auch Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für ihre Patientinnen und Patienten auch dann ab, wenn sie einen Wohnsitz in Österreich haben.



Ausgenommen von dieser Regelung sind de-facto-Versicherte (Dauerbetreute, Versicherungskategorie 29) sowie Patientinnen und Patienten, die ein E112-Formular für die Vorsorge- oder Mutter-Kind-Pass-Untersuchung vorlegen.

2.14 Versichertenkategorien

Die Versichertenkategorie (VK) ist ein Feld bei den Patientenstammdaten zur Einteilung Ihrer Patienten in Kategorien, z. B. in Pensionisten (VK 05) und Erwerbstätige (VK 01).

Durch die Eingabe des Länderkennzeichens ist außerdem auch die Zuordnung von Patienten aus dem Ausland mit Verrechnungsmöglichkeit auf Kassenkosten (EU-/EWR-Bürger und andere Abkommen) möglich.



Mehr Informationen dazu finden Sie auch im EDV-Leitfaden auf Seite 10.

3. SCHEINARTEN

Hier finden Sie einen Überblick über wichtige Scheinarten.



3.1 Regelfall (RF)

Sie erhalten eine Grundvergütung (Pos. 001 – Scheinstaffelung):

- > 1 Regelfall für Allgemeinmedizin für jeden Anspruchsberechtigten pro Quartal
- > 3 Regelfälle für Fachärzte aus verschiedenen Fachgebieten



3.2 Überweisung (ÜS)

Auch für Überweisungen erhalten Sie eine Grundvergütung (Pos. 001 – Scheinstaffelung).

Überweisungsscheine sind für 1 Monat ab Ausstellung gültig, das gilt auch, wenn die Frist über das Quartalsende hinausreicht sowie z.B. auch für Dienstreisen und bei Wohnungswechsel.



3.3 Zuweisung (ZW)

Für Überweisungen innerhalb des gleichen Fachgebietes und/oder bei Überweisungen, bei denen es nur um das Erbringen von bestimmten Leistungen geht, gibt es keine Grundvergütung. Dazu gehören z. B. Röntgen, Labor, Psychotherapie, Physiotherapie, Echokardiographie*, Langzeit-EKG*, Neurosonographie* etc.



* (dafür sind eigene Leistungspositionen außerhalb von Limits abrechenbar)



Bitte denken Sie daran, genaue Angaben der Forderungen zu machen, vor allem bei Radiologen und bei Laboren.



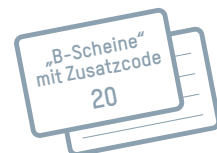
Wahlärzte sind nicht berechtigt, Kassenformulare zu verwenden.

3.4 Arzthilfescheine („B-Scheine“)

Der jeweilige Scheinwert wird über die Ärztekammer honoriert, die Einzelleistungen über die Salzburger Gebietskrankenkasse.



Es kann immer nur ein Arzthilfeschein pro Patient und Quartal verrechnet werden, eine Doppelverrechnung mit Regelfall oder weiterem Arzthilfeschein pro Patient ist nicht möglich!



Folgende Fälle gibt es:

3.4.1 Dringende Behandlung

Nichterreichbarkeit (NE):

Eine dringende Behandlung liegt dann vor, wenn Ihnen unbekannte Patientinnen und Patienten ihren Arzt nicht erreichen können, z. B. an ordinationsfreien Tagen oder außerhalb der Ordinationszeiten (Ausnahme Vertretungsfälle).

Erste Hilfe (EH):

Auch wenn aus medizinischen Gründen nicht bis zum Ordinationsbeginn des eigenen Arztes (bei dem der Regelfall gesteckt worden ist) gewartet werden kann, handelt es sich um eine dringende Behandlung.



3.4.2 Vertretung (bei Urlaub, Krankheit und Fortbildung des Erstbehandlers)

Von einer Vertretung spricht man, wenn Sie fremde Patientinnen und Patienten bei gemeldeter Abwesenheit ihres eigenen Arztes behandeln, weil dieser im Urlaub, Krankenstand oder auf Fortbildung ist.

Wenn Sie bereits einen Arzthilfeschein für einen anderen Fall (z. B. für Erste Hilfe, Bereitschaftsdienst) angelegt haben, fassen Sie die Vertretungsleistungen auf dem Vertreter-Schein zusammen.

Einen Vertreter-Schein müssen Sie dann verrechnen, wenn der Regelfall im laufenden Quartal bereits bei dem Hausarzt der Patientin bzw. des Patienten abgebucht worden ist.



Sucht Sie der Erkrankte lediglich im Rahmen einer Vertretung auf (Urlaub, Krankenstand oder Fortbildung des von Ihnen vertretenen Facharztes/Erstbehandlers), ist im e-card-System ein Vertretungsfall abzubuchen. Der Hausarzt steckt und verrechnet den Regelfall.

Wenn im gleichen Quartal eine Weiterbehandlung des Patienten beim eigenen Hausarzt nicht geplant ist, können Sie als vertretender Arzt selbst den Regelfall verrechnen.



3.5 Vorsorgeuntersuchung (VU)

Grundsätzlich unterscheidet man in:

- > **Vorsorgeuntersuchungen ohne Grundvergütung** (ohne kurative Leistungen): Geben Sie den Überweisungsgrund 3 an.
- > **Vorsorgeuntersuchungen mit Grundvergütung** (wenn zusätzlich kurative Leistungen notwendig sind): Geben Sie den Überweisungsgrund 4 an.



Bitte beachten Sie die Altersgrenzen und Untersuchungs-Intervalle für die jeweilige Vorsorgeuntersuchung:

ART DER VORSORGE- UNTERSUCHUNG	ALTERSGRENZE	MINDEST- INTERVALL
Allgemeine Untersuchung	ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	1x jährlich
Gynäkologische Untersuchung	ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	1x jährlich
PAP-Abstrich	ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	1x jährlich
Hämoccult-Test	ab dem vollendeten 50. Lebensjahr	1x jährlich
Mammographie	ab dem vollendeten 45. Lebensjahr*	alle 2 Jahre
Koloskopie	ab dem vollendeten 50. Lebensjahr	alle 10 Jahre

* (Opting-in ab dem vollendeten 40. Lebensjahr möglich)

3.5.1 Behandlungsfälle e-card

Damit eine Basis-Vorsorgeuntersuchung honoriert werden kann, müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

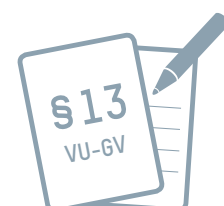
- > Sie haben einen aufrechten VU-Vertrag
- > Der Behandlungsfall „Vorsorgeuntersuchung“ wird im e-card-System gesteckt, z. B.:

VN „VU – Allgemeines Untersuchungsprogramm“
VK „VU – Koloskopie“
VG „VU – Gynäkologisches Untersuchungsprogramm“
VP „VU – PAP-Abstrich“
VA „VU – Folgetermin“



- > Sie übermitteln uns das vollständig ausgefüllte Befundblatt für das Allgemeine Untersuchungsprogramm (VN) elektronisch. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 3,00 pro Befundblatt vom Honorar abgezogen wird, wenn Sie es nur in Papierform vorlegen.
- > Alle anderen Befundblätter für Vorsorgeuntersuchungen legen Sie bitte in Papierform vor.
- > Ihr Patient bzw. Ihre Patientin hat das Mindestalter für die jeweilige Vorsorgeuntersuchung erreicht.
- > Die Mindest-Intervalle und Untersuchungsfristen müssen eingehalten werden (z. B. ob mindestens 12 Monate seit der letzten Basis-Vorsorgeuntersuchung vergangen sind)

Erst, wenn Sie die Vorsorge-Leistung vollständig erbracht und dokumentiert haben (= untrennbare Gesamtleistung) und auch ein Abschlussgespräch geführt wurde, kann sie auch verrechnet werden.



3.6 Reiner Mutter-Kind-Pass (MKP)-Schein

Sie erhalten die volle Grundvergütung – bitte geben Sie den **Zusatzcode 30** an, er ist die Voraussetzung für die Verrechnung außerhalb der Scheinstaffel.



Es handelt sich hier um einen Regelfall oder eine Überweisung mit **Mutter-Kind-Pass-Leistungen ohne kurative Leistungen** im Quartal.



3.7 e-card-Ersatzbeleg



Bitte geben Sie die korrekte Scheinart in der Abrechnung an (Regelfall, Überweisung, Vertretung etc.).

3.8 Behandlungsfälle und Scheine pro Patient und Quartal

Es können mehrere Behandlungsfälle pro Patient und Quartal im e-card-System abgebucht werden.



Grundsätzlich kann nur 1 Schein pro Patient und Quartal verrechnet werden!

Wenn es mehrere Behandlungsfälle im Quartal gibt, müssen Sie die e-card bei jedem Behandlungsfall stecken.

Beispiele:

BEHANDLUNGSFALL STECKEN	SCHEINVERRECHNUNG
Regelfall + Vertretung oder Erste Hilfe/dringende Behandlung oder Bereitschaftsdienst	Regelfall
Regelfall + Vorsorgeuntersuchung	Vorsorgeuntersuchung mit Grundvergütung
Regelfall + Mutter-Kind-Pass	Regelfall oder reiner Mutter-Kind-Pass-Fall



Eine übersichtliche Gegenüberstellung der Scheinarten und Behandlungsfälle im e-card-System finden Sie auf Seite 8 im EDV-Leitfaden.

4. ABRECHNUNG UND HONORIERUNG

4.1 Honorierungssystem der Salzburger Gebietskrankenkasse

Das Honorierungssystem der SGKK beinhaltet folgende Komponenten:

4.1.1 Grundvergütung (GV):

Sie erhalten eine Fallpauschale pro Quartal und Pauschalfall (Regelfall, Überweisung oder Vorsorgeuntersuchung mit Grundvergütung). Die Scheinstaffelung erfolgt nach Honorartarif (ausgenommen davon sind reine Mutter-Kind-Pass-Fälle).

Es gibt **keine** Grundvergütung:

- > bei reinen Vorsorgeuntersuchungen (ohne kurative Leistungen)
- > bei ausschließlichen Zuweisungen zu: Röntgen, Labor, Physiko, EKG, EMG etc.
- > bei Arzthilfescheinen (Scheinarten 3, 4, 5), hier erhalten Sie ein Fallhonorar von der Ärztekammer

4.1.2 Einzelleistungen

Hier gibt es verschiedene Punktwerte und Limitregelungen (siehe Honorartarif).

4.2 Auszahlung durch die Ärztekammer

Bei Auszahlungen durch die Ärztekammer unterscheidet man Fallhonorare und Zuschläge für die Vertretung in Ordinationen.

4.2.1 Fallhonorar

Die Ärztekammer zahlt Honorare für Arzthilfescheine aus (sogenannte „B-Scheine“). Stand 01/13: € 10,00

4.2.2 Zuschlag für Vertretung in der Ordination

Zuschläge für Ordinationsvertretungen (**Pos. 051**) sind im Honorartarif verankert und können einmal pro Pauschalfall und Quartal verrechnet werden. Stand 01/13: € 10,00

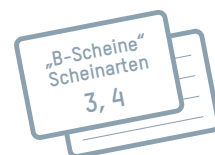
4.3 Honorierung von Leistungen

Alle Leistungen, die Sie erbringen, müssen von Ihnen an jedem Behandlungstag verzeichnet werden. Dazu gehört auch die entsprechende Tagesdiagnose und eventuell eine Begründung (außer bei Serienbehandlungen).

Es gibt einige Leistungen, die nicht am elektronischen Behandlungsschein eingetragen werden dürfen (siehe EDV-Leitfaden Seite 9), diese Leistungen sind aber üblicherweise ohnehin von der Arztsoftware gesperrt.



Die Grundvergütung bzw. Fallpauschale ist pro Patient im Quartal nur einmal verrechenbar!



4.4 Limitbestimmungen

Limits gelten grundsätzlich nur für Patientinnen und Patienten von Vertragskassen (§ 2). Das heißt, die Leistungen von Fremdkassenpatienten werden voll ausbezahlt (Eine Ausnahme ist die **Pos. 057**, hier werden auch die Fremdkassenfälle limitiert).



Bei den meisten Limitierungen werden **Pauschalfälle** der §2-Kassen (Vertragskassen) als Grundlage herangezogen. Ein Pauschalfall ist ein Fall, bei dem eine Grundvergütung von der SGKK ausbezahlt wird, wie z. B. ein Regelfall, eine Vorsorgeuntersuchung mit Grundvergütung oder eine Überweisung mit Grundvergütung – das gilt jedoch nicht für Arzthilfescheine oder Zuweisungen!

4.4.1 Endabrechnung der Aufstellung

Sie können die limitierten Leistungen der Positionsaufstellung Ihrer Abrechnung entnehmen. Eine Leistung ist dann limitiert, wenn der Faktor unter 1 liegt:

1. Zeile – limitiert = Vertragskasse (§ 2), Faktor < 1 (z. B. 0,999)
2. Zeile – ohne Limit = Fremdkasse (FK), Faktor 1,000



Bei Fremdkassen gibt es nur eine Zeile mit der Angabe der verrechneten – also honorierten Leistungen, da es hier ja grundsätzlich keine Limitierungen gibt.

4.5 Akontierungen und Restzahlungen

Es werden monatlich **78,5 Prozent** des voraussichtlichen Honorars in Teilzahlungen (ca. 25 Prozent, 37,5 Prozent, 16 Prozent) überwiesen, die Berechnungsgrundlage ist dabei grundsätzlich das Honorar des Vorjahresquartales. Die Auszahlung dieser Teilbeträge erfolgt jeweils am Monatsende, bei Neuverträgen werden die im abgelaufenen Monat angefallenen Behandlungsfälle herangezogen.



Die Restzahlung von ca. **21,5 Prozent** bzw. der **tatsächliche Anweisungsbetrag** errechnet sich folgendermaßen:

- > **Restzahlung: ca. 21,5%**
- = Nettogesamthonorar (ggf. nach Limitierungen)
 - Akontierungssumme
 - ÄK: Kammerumlage (über die SGKK oder direkt über die ÄK)
 - ÄK: Fondsbeitrag (über die SGKK oder direkt über die ÄK)
 - Einbehalte
 - + Ausgleichszulage GSBG 1996
 - (aufgrund Wegfall Vorsteuerabzug)
 - = **Anweisungsbetrag**

am 15. des 4. folgenden Monats nach Quartalsende:
für 1. Quartal = 15.07. für 2. Quartal = 15.10.
für 3. Quartal = 15.01. für 4. Quartal = 15.04.



Bitte melden Sie Urlaub, Krankenstände und Fortbildungen sofort der Ärztekammer!

5. HONORARTARIF & LEISTUNGEN

5.1 Leistungen der Salzburger Gebietskrankenkasse

Zu den Leistungen der SGKK zählen:

- > **Krankenbehandlungen:** bei Erkrankung bzw. Krankheitsverdacht
- > **Vorsorgeuntersuchungen:** auch für Nichtversicherte mit Wohnsitz in Österreich
- > **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen:** auch für Nichtversicherte mit Wohnsitz in Österreich

Die Krankenbehandlung umfasst jene medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Maßnahmen (die ausreichend und zweckmäßig sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen), die der Vertragsarzt mit der ihm zur Verfügung stehenden Ausstattung und Ausbildung selbst erbringen kann.



5.1.1 Der Honorartarif

Der **Honorartarif** dient primär der Verteilung der insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel auf die Fachgebiete und deren Ärzte und **beschränkt grundsätzlich nicht** den vom Vertragsarzt zu erbringenden erforderlichen **Behandlungsumfang** im konkreten Einzelfall.



Das Ziel ist eine **insgesamt angemessene Vergütung** der Vertragsärzte = **Durchschnittsbetrachtung**. Eine kostendeckende Honorierung in jedem Einzelfall ist nicht möglich, da es bei einer großen Zahl von Fällen immer solche gibt, die leichter bzw. rascher oder schwieriger bzw. zeitintensiver sind.

5.1.2 Sonderleistungen

Ob Sonderleistungen verrechnet werden können, hängt von bestimmten Sonderfächern und/oder einer bestimmten Ausbildung und Ausstattung ab.

5.1.3 Überweisungen

Für Leistungen aus anderen Fachgebieten oder Leistungserbringern müssen Sie Ihre Patienten an die entsprechenden Vertragspartner der SGKK überweisen, Sonderleistungen auf Privathonorar sind nicht erlaubt!

- > Eine Überweisung an Wahlärzte ist nur in Ausnahmefällen (Dringlichkeit, Entfernung zu Vertragspartnern) auf Wunsch des Patienten erlaubt. Klären Sie aber unbedingt über die anfallenden Kosten auf!
- > Für chefarztpflichtige Leistungen muss die Genehmigung grundsätzlich vorher eingeholt werden
- > Bei Kassenleistungen dürfen keine Zuzahlungen verlangt werden



5.2 Leistungen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden



Ein Vertragsarzt kann nicht gleichzeitig auch als Wahlarzt tätig sein!
Wenn Sie als Vertragsarzt Privathonorarnoten ausstellen, erhalten Ihre Patienten keine Kostenerstattung. Weisen Sie Ihre Patienten unbedingt vorher darauf hin!

5.2.1 Leistungen, die Sie für Privathonorar erbringen dürfen

Leistungen, die nicht zur Krankenbehandlung und auch nicht zu Mutter-Kind-Pass- und Vorsorgeuntersuchungen zählen, können Sie gegen ein Privathonorar anbieten. Dazu gehören z. B.:



- > Heilmethoden, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind (z. B. Eigenbluttherapien)
- > Die Erweiterung von Vorsorgeuntersuchungen ohne konkreten Krankheitsverdacht (Screening) – wenn der Patient nach Aufklärung über die Kosten trotzdem Zusatzleistungen in Anspruch nehmen möchte (EKG, Spirometrie, weitere Laborparameter etc.)
- > Kosmetische Behandlungen
- > Impfungen sowie auch die Feststellung der Impftauglichkeit, Bestimmung des Impfstatus
- > Das Ausstellen von Bestätigungen (Pflegefreistellung, Turnbefreiung etc.)
- > Das Erstellen von Gutachten für Privatversicherungen, Dienstgeber etc.
- > Feuerwehr- und Tauchuntersuchungen, Sporttauglichkeitsprüfungen
- > Sportmedizinische Untersuchungen
- > Führerscheinuntersuchungen
- > Leistungen (wie Labor etc.) für fremdenrechtliche Gesundheitszeugnisse
- > Hyaluronsäure-Injektionen (Medikament und Injektionen)
- > Alle Leistungen im Zusammenhang mit Kontrazeption (Pille, Pille danach, Spirale etc.)
- > IVF-Behandlungen, Zyklusmonitoring zum Feststellen des geeigneten Zeugungszeitpunktes
- > Entfernung eines Herzschrittmachers nach Eintritt des Todes
- > Totenbeschau (nach der Todesfeststellung)

5.3 Ergänzende Informationen zu diversen Leistungen

5.3.1 Scheinvergütung (Tarif 2019)

Die Grundvergütung für Fachärzte setzt sich aus folgenden Positionen zusammen:

- > Position 001 „Grundvergütung pro Pauschalfall“
(Tarif 2019: € 19,00 - Limitierung nach Zahl der Pauschalfälle)
- > Position 057 „Zuschlag zur Grundvergütung für eingehende fachärztliche Untersuchung und/oder fachärztlichen Befundbericht“
(Tarif 2019: € 19,50 in 50% aller Pauschalfälle)

Gegebenenfalls wird hinzugefügt:

- > Position 054 „Zuschlag zur Grundvergütung für die Behandlung von Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres“
(Tarif 2019: 1 Punkt bei einem Einzelleistungswert von € 8,26 = € 8,26)

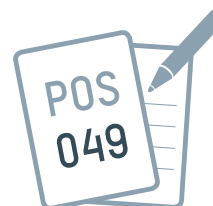
Die Summe der Grundvergütung kann nicht pauschal errechnet werden, sondern hängt von der Zahl der Pauschalfälle ab.

5.3.2 Position 049 (Erstordination)



Diese Position kann bei reinen Vorsorgeuntersuchungen nicht verrechnet werden (keine weiteren kurativen Leistungen im Quartal), da es sich um keine Krankenbehandlung handelt.

Wenn der Patient im selben Quartal zu weiteren kurativen Behandlungen kommt, müssen Sie zusätzlich den relevanten Behandlungsfall stecken.



5.3.3 Position 050

Die **Position 050** darf nur verrechnet werden, wenn der Patient vom Arzt persönlich betreut wurde, also z. B. nicht, wenn ein Patient sich nur ein Rezept bei der Sprechstundenhilfe abholt.



5.3.4 Positionen 058 / 059

Diese Positionen dürfen nur für medizinisch dringend notwendige Behandlungen außerhalb der Ordinationszeiten verrechnet werden. Das trifft natürlich nicht zu, wenn vorher ein Termin vereinbart wurde.

5.3.5 Ausstellen von Rezepten

Beim ersten Rezept im Quartal können Sie den relevanten Behandlungsschein und die **Pos. 049** abrechnen – bei allen Folgerezepten ohne Arztkontakt dürfen Sie die **Pos. 050 nicht** verrechnen!

5.3.6 PROP – Präoperative Untersuchung

Für präoperative Untersuchungen verrechnen Sie die **Position PA** für das Patientengespräch inkl. Anamnesebogen sowie weitere Positionen laut e-card-Applikation „PROP“.



Die Voraussetzung für die Verrechnung ist die **elektronische Übermittlung** des PROP-Datensatzes. Außerdem muss der PROP-Fall im e-card-System immer an eine Konsultation gebunden sein!

5.3.7 Visiten

Für Tagesvisiten an Werktagen verrechnen Sie bitte die **Position 067**, für Mitvisiten die **Position 049** bzw. **050**.

Bei Visiten im Gebäude Ihrer eigenen Arztpraxis verrechnen Sie die **Position 064 + 06401** (ab der 4. Visite pro Patient) sowie die **Position 06402** bei neuerlicher Anfahrt in dringenden Fällen.



5.3.8 Weggebühren

Der durchschnittlich anfallende Wegegebührenaufwand je Visite wurde mit 01.01.2017 in die Visitentarife einberechnet.

5.3.9 Nachtordinationen und Nachtvisiten

Wenn die Anforderung und die Ordination bzw. Visite zwischen 20.00 und 7.00 Uhr liegen, handelt es sich um eine Nachtordination bzw. eine Nachtvisite, ansonsten müssen Sie normale Tagesvisiten und -ordinationen abrechnen!

5.3.10 Vorsorgeuntersuchungen

Verrechnen Sie für die unterschiedlichen Vorsorgeuntersuchungen bitte folgende Positionen:

POSITION	ART DER VORSORGEUNTERSUCHUNG
Pos. 904	Basisuntersuchung komplett (inklusive Labor)
Pos. 905	Basisuntersuchung ohne Labor (Weisen Sie bitte an das Vertragslabor mit dem Vermerk VU oder Pos. 913 zu)
Pos. 907 bis 912	Vorsorge-Koloskopie (siehe Honorartarif)
Pos. 916	Gynäkologische Untersuchung mit Abstrichabnahme (PAP-Befund)
Pos. 917	Gynäkologische Untersuchung ohne Abstrich



Wenn Sie keinen Zytoabstrich machen, weil er im gleichen Abrechnungszeitraum bereits durchgeführt wurde, weisen Sie bitte auf dem Befundblatt mit Angabe des Datums und Namen des behandelnden Arztes darauf hin.

Wenn Sie einen Zytoabstrich durchführen, denken Sie bitte daran, auch das PAP-Befundblatt zu übermitteln!

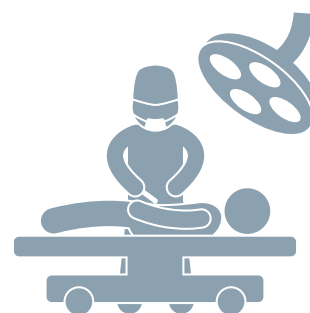


5.3.11 OP-Positionen

Bei einem chirurgischen Eingriff ohne Naht dürfen Sie keine Positionen verrechnen, deren ausdrücklicher Bestandteil eine Naht ist! Histologische Befunde müssen bei den entsprechend gekennzeichneten Positionen verpflichtend vorgelegt werden.



Die OP-Felder sind bei der Verrechnung (gemäß) Honorartarif genau zu beachten.



6. ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF

6.1 Leistungen

Bitte beachten Sie die genauen **Voraussetzungen für eine Verrechnung:**

- > Fachgebietsbeschränkungen
- > Befugnisse
- > Fristen (Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen)
- > Holen Sie die Chefarztbewilligung vor der Abrechnung ein
- > Beachten Sie bei operativen Eingriffen Histo, OP-Feld, Naht und Größe
- > Überprüfen Sie, ob bestimmte Positionen nur oder nicht mit anderen Positionen verrechenbar sind
- > Beachten Sie, dass bestimmte Nebenleistungen zum Teil schon in anderen Positionen inkludiert sind (z. B. Anästhesie)
- > Achten Sie auf die Uhrzeit (Nachtzeit = 20.00 bis 7.00 Uhr)
- > Vergessen Sie die Begründungen nicht



! Alle Leistungen müssen pro Behandlungstag angegeben werden, außerdem ist für jeden Behandlungstag eine Tagesdiagnose erforderlich (außer bei Serienbehandlungen).

6.2 Tarife

Rechnen Sie die Punkte mit dem entsprechenden Punktwert um (denken Sie daran, dass diese für Einzel-, Physiko-, Röntgen- und Laborleistungen unterschiedlich sind).

Achten Sie außerdem auf:

- > Euro-Beträge
- > mögliche Limitbestimmungen, es gibt Prozentlimits (einfach oder degressiv) und Punktesummenlimits (Labor, Physiko, Röntgen)
- > die Scheinstaffelung

6.3 Besondere Voraussetzungen

- > Denken Sie daran, dass die Verrechnung von Laboruntersuchungen nur mit einer VU-Erklärung möglich ist, mit der Sie bestätigen, dass Sie die Laborleistungen selbst erbringen
- > Achten Sie auf erforderliche Ausbildungsnachweise (z. B. Diplome der Ärztekammer für Psychosomatische Medizin, Sonographien etc.)
- > Es kann sein, dass Sie einen Gerätenachweis brauchen, z. B. für Physiko-Leistungen

6.4 Jahresausgleich (HWB-Aufrollung)

! In der Abrechnung für das 4. Quartal erfolgt der Ausgleich für die Grundvergütung (**Pos. 001**), Ordinationen (**Pos. 050, Pos. 056, Pos. 059**) und Visiten (**Pos. 067**).



! Werden während eines Kalenderjahres in einem oder mehreren Quartalen Positionen wegen Limitüberschreitung nicht honoriert, erfolgt eine Nachzahlung – wenn Sie als Vertragsarzt in einem oder mehreren Quartalen das Limit nicht ausgeschöpft haben.

7. ANHANG

7.1 Abkürzungsverzeichnis

ABKÜRZUNG	BEZEICHNUNG
§ 2 Kassen	SGKK und Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
AH	Altersheim
ÄK	Ärztchammer
AU	Behandlungsfall Vertretung: Urlaub Erstbehandler
BD	Bereitschaftsdienst
BKFP	Brustkrebsfrüherkennungsprogramm
DKM	Doppelkilometer
DVP	Datenaustausch mit Vertragspartnern – Organisationsbeschreibung des HVB
ECEB	e-card-Ersatzbeleg
EH	Erste Hilfe bzw. Dringende Behandlung
EKVK/EHIC	Europäische Krankenversicherungskarte
ELDA	elektronischer Datenaustausch mit den österreichischen Sozialversicherungsträgern
FÄ	Fachärzte
FG	Fachgebiet
FK	Fremdkassen
GRUVU	Grund für Überweisung, Überweisungsgrund
GV	Gesamtvertrag
GV	Grundvergütung (Pos. 001)
Histo	Histologischer Befund
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KM	Kilometer
MKP	Mutter-Kind-Pass
PÄ	Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner
PEB	Provisorischer Ersatzbeleg/Ersatzbescheinigung der EKVK/EHIC
PROP	Präoperative Untersuchung
RF	Regelfall (Krankenschein)
SA	Scheinart
ÜS	Überweisungsschein
VA	Vertragsarzt
VK	Versichertenkategorie
VP	Vertragspartner
VPNR	Vertragspartnernummer
VSNR	Versicherungsnummer
VU	Vorsorgeuntersuchung (Gesundenuntersuchung)
ZC	Zusatzcode, Zusatzkennzeichen
ZW	Zuweisung

Die Begriffe betreffend Scheinarten und Behandlungsfälle sind im EDV-Leitfaden angeführt!

7.2 Kontaktdaten / Ansprechpartner

Abt. 15 – Arztabrechnung

Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg
0662/8889-0

DW der Sachbearbeiter für

Fragen zur Abrechnung:

Katharina Irschitz DW -1525

Manuela Zehner DW -1523

Eva Seidl DW -1533

Astrid Stögbuchner DW -1524

DW Arbeitsgruppenleitung:

AGL Sabine Höfner DW -1521

AGL-Stv. Birgit Altendorfer DW -1522

Barbara Wieland - Assistenz DW -1531

Fax: 0662 8889-1508

vertragsarzt@sgkk.at

www.sgkk.at

Für vertragsrechtliche Fragen:

Abt. 15 – Arztabrechnung

Abteilungsleiter Dr. Markus Kletter

0662 8889-1501

Rechtsreferentin

Mag. Anna Witteck-Jochums

0662 8889-1511

Für medizinische Fragen:

Abt. 20 – Chefärztlicher Dienst der SGKK

Chefarzt Dr. Peter Grüner – Sekretariat

0662 8889-5003

Für Fragen zum Erstattungskodex (EKO):

Abt. 22 – Ärztlicher Dienst/ Ökonomiegruppe

Dr. Hubert Schnattinger

0662 8889-5058

Für Auskünfte zu Verordnungen, Physiotherapie, Transporte und Rezepte:

Abt. 17 – Vertragspartner

Rechtsreferentin

Mag. Elisabeth Reisch

0662 8889-1711

Izabela Karibasic (Rezeptbestellung)

0662 8889-1703

AGL Alexandra Markor

(Heilbehelfe/Hilfsmittel)

0662 8889-1721

AGL Bernhard Majovsky (Transporte)

0662 8889-1741

Für Formular-Anforderungen und Ordinationsbedarf (außer Rezept- formulare):

Abt. 12 – Wirtschaft

Formular-Bestellung per Telefon

0662 8889-1218 oder

Fax 0662 8889-31218

Für die Übermittlung der EKVK-Unterlagen

Abt. 08 – Kundenservice

Torsten Helmers

0662 8889-8110

Fax 0662 8889-8113

Kundenservice International

zwischenstaatliches@sgkk.at

Für e-card Angelegenheiten und Anforderung ECEB

Abt. 08 – SV-Fachberatung

0662 8889-8049

