# 7 HONORIERUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

## 7.1 Vertragsärzte

Die Höhe des Honoraranspruches der Vertragsärzte für Kassenleistungen gegenüber den Krankenversicherungen richtet sich nach den **jeweils gültigen Honorarordnungen** samt allfälligen Zusatzvereinbarungen. Diese sind auf der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg unter abrufbar (Spalte niedergelassene Ärzte). **Weitere Informationen dazu finden Sie im Kapitel 35.** Bei Fragen zur ÖGK-Honorarordnung wenden Sie sich bitte an die kassenärztliche Verrechnungsstelle in der Ärztekammer für Vorarlberg (Herr Klaus Hausmann). Die Honorarordnungen der kleinen Kassen (SVS, BVAEB) können auch beim jeweiligen Krankenversicherungsträger (SVS: 6800 Feldkirch, Schlossgraben 14; BVAEB: 6900 Bregenz, Montfortstraße 11) angefordert werden.

## 7.2 Wahlärzte

- Wahlärzte können die Höhe ihres Honorares grundsätzlich frei mit dem Patienten vereinbaren. Üblicherweise orientieren sich jedoch die Wahlärzte am Honorartarif der Österreichischen Gesundheitskasse bzw. dem der kleinen Kassen.
  Patienten von Wahlärzten können die Honorarnoten bei den Krankenversicherungsträgern zwecks Kostenrückersatz einreichen (siehe beiliegendes Muster für einen Antrag auf Rückvergütung der Kosten). Die Satzung der ÖGK sieht vor, dass sich der Kostenrückersatz bei Wahlärzten nach der Honorarordnung der Vertragsärzte richtet. Insoweit in der Honorarordnung eine Punktewertstaffelung vorgesehen ist, gilt für den Kostenrückersatz seit 1.1.2024 ein Punktewert in Höhe von € 0,7935, d.h. aufgrund der Regelung des § 131 ASVG werden einem **ÖGK-Versicherten € 0,6348 pro Punkt rückvergütet** (80 % gemäß § 131 ASVG).

  Seit 1.Juli 2024 sind Wahlärzte gesetzlich verpflichtet die von den Patienten nachweislich bezahlten Honorarnoten nach deren Zustimmung mit einem vom Dachverband der Sozialversicherungsträger vorgegebenen Datensatz **elektronisch an die Sozialversicherungsträger zu übermitteln** (WAHOnline). Nähere Informationen zur technischen Übermittlung erhalten Sie von Ihrem Softwareanbieter. Ausgenommen sind jene Wahlärzte, die weniger als 300 verschiedene Patienten pro Jahr behandeln, deren Honorarnoten bei den Krankenversicherungsträgern zur Kostenerstattung eingereicht werden.

  Insbesondere jene Wahlärzte, die von der elektronischen Übermittlungspflicht ausgenommen sind und wo somit weiterhin der Patient die Honorarnote an die Sozialversicherung übermittelt, sollten nachfolgende Punkte beachten:

- Originalrechnung: Die Krankenversicherungsträger leisten in der Regel nur auf Originalrechnungen Kostenersätze. Bei manchen Rechnungen lässt sich nicht erkennen, ob es sich um Originale handelt bzw. werden auch Kopien vorgelegt, die sich vom Original nicht unterscheiden lassen. Laut Umsatzsteuerrichtlinien 2000 darf nur eine Originalrechnung ausgestellt werden - sollte der Patient eine zweite Rechnung verlangen (zB. für seine Zusatzversicherung), muss lt. Auskunft des Finanzamts diese als Kopie ausgefertigt werden und als solche gekennzeichnet sein. Zudem wäre es von Vorteil, wenn auf der Originalrechnung ein Stempel oder eine Unterschrift des Arztes angebracht wird, um so das Original von der Kopie unterscheiden zu können.

- Zahlungsbestätigung: Um einen Kostenersatz vornehmen zu können, muss die Rechnung bezahlt sein. Beim Einreichen der Rechnung muss eine Zahlungsbestätigung beigelegt werden bzw. diese als bezahlt bestätigt sein.

- Diagnose: Da die Krankenversicherungsträger für Vorsorgeuntersuchungen keine Kostenersätze leisten können, muss für eine Kostenrückerstattung auf der Rechnung eine Diagnose angegeben werden.

- Überweisungsschein: Wenn die Behandlung auf Grund einer Überweisung stattfindet, ist der Überweisungsschein zusammen mit der Rechnung dem Patienten zu übergeben, damit der Überweisungsschein mit der Rechnung und der Zahlungsbestätigung zum Rückersatz eingereicht werden kann.

- Leistungen: Für den Kostenersatz sind die detaillierten ärztlichen Leistungen nach Art und Anzahl notwendig (Untersuchungsdatum und Angabe der erbrachten Leistungen analog der jeweiligen Honorarordnung).

- Daten von Patienten: Das Geburtsdatum des Patienten muss auf jeder Honorarnote ersichtlich sein. Um eine rasche Bearbeitung gewährleisten zu können, ist es vorteilhaft, wenn zusätzlich noch die Sozialversicherungsnummer angeführt wird. Handelt es sich um ein Kind oder eine mitversicherte Person, sollte ebenfalls Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Hauptversicherten angeführt werden.

## 7.3 Muster für einen Antrag auf Rückvergütung der Kosten (für Wahlarztpatienten)

**Vom Versicherten auszufüllen:**

An die

---

---

---

---

**Betrifft:** Antrag auf Rückvergütung der Kosten umseitiger Honorar-Note

Als Versicherter: ---------- Versicherungs-Nr.: ----------

Adresse: ----------

Telefon: ----------

bzw. als Angehöriger: ---------- Vers-Nr. (Geb. Datum): ----------

Verwandschaftsverhältnis: ----------

stelle ich den

**Antrag**

für die beiliegende Honorarnote den mir gebührenden Ersatz der Behandlungskosten zu leisten.

**Die Überweisung des Kostenersatzes wird erbeten auf das**

Konto

IBAN: ---------- BIC: ----------

---------- ----------

**Datum** **Unterschrift des Anspruchsberechtigten**

**Hier die Adressen der Versicherungen:**
(als Empfänger nach "An die ...." müssen Sie Ihre Versicherung eintragen!).

| | |
|---|---|
| Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)<br>Landesstelle Vorarlberg<br>Jahngasse 4<br>6850 Dornbirn | Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)<br>Landesstelle Vorarlberg<br>Montfortstraße 11/III<br>6900 Bregenz |
| Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)<br>Landesstelle Vorarlberg<br>Schlossgraben 14<br>6801 Feldkirch | Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien<br>Schlesingerplatz 5<br>1080 Wien |
| | |

## 7.4 Preisinformation des Arztes:

Mit Wirkung vom 24. April 2014 ist eine Änderung des Ärztegesetzes in Kraft getreten, welche auszugsweise wie folgt lautet:

*„Im Rahmen der Auskunftspflicht [...] hat der Arzt der zur Beratung oder Behandlung übernommenen [...] Person aus einem EU-Mitgliedsstaat insbesondere eine klare Preisinformation über die von ihm zu erbringende ärztliche Leistung zur Verfügung zu stellen, sofern nicht eine direkte Abrechnung mit einem inländischen Träger der Sozialversicherung [...] erfolgt. Nach erbrachter ärztlicher Leistung hat der Arzt eine Rechnung auszustellen. Der Arzt hat sicherzustellen, dass in jedem Fall die dem Patienten [...] gelegte Rechnung nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien erstellt wird.“*

Mit dieser Bestimmung wird eine EU-Richtlinie (Richtlinie 2011/24/EU) ins innerstaatliche Recht umgesetzt. In den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage wird diesbezüglich auszugsweise wie folgt ausgeführt: „*Die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sieht die Verpflichtung der Gesundheitsdienstleister zur Bereitstellung von ausreichenden Informationen an die Patienten/-innen vor, um diesen eine sachkundige Entscheidung über die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen. Dem entsprechend werden in das ÄrzteG 1998 klärende ausdrückliche Bestimmungen über die Informationspflichten, insbesondere über die Kosten der Behandlung, aufgenommen, die sich bisher bereits implizit aus den Gesetzestexten ergeben haben.“* Weiters halten die Erläuternden Bemerkungen fest, dass *„bei der Inanspruchnahme von Leistungen im inländischen niedergelassenen Bereich durch Angehörige anderer Mitgliedsstaaten die Verpflichtung zur Gleichbehandlung in- und ausländischer Patientinnen/Patienten besteht: Ausländischen Patientinnen/Patienten dürfen für die gleiche Leistung keine höheren Beträge in Rechnung gestellt werden als inländischen Patientinnen/Patienten.“*

Für ästhetische Behandlungen und Operationen bestehen zusätzliche Sondervorschriften (Näheres siehe Kapitel 17).

## 7.5 Gemeindearztvertrag/Honorare:

Näheres können Sie unserer Homepage entnehmen: https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/gemeindearzt.

## 7.6 Weitere Empfehlungstarife sowie Empfohlener Privatpunktewert:

Näheres können Sie unserer Homepage https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorare bzw. der Homepage der Österreichischen Ärztekammer https://www.aerztekammer.at/honorarempfehlungen entnehmen.

## 7.7 Empfehlungstarif für im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg krankenversicherte Ärzte/Zahnärzte:

Den diesbezüglichen Empfehlungstarif erhalten Sie auf Anfrage im Kammeramt (christoph.luger@aekvbg.at - Tel. 05572/21900-37).

## 7.8 Lebensversicherungsuntersuchungen:

Die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte hat eine Vereinbarung mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVÖ) betreffend Durchführung von Lebensversicherungsuntersuchungen abgeschlossen. Die diesbezüglich wesentlichen Punkte lauten:

*Für jede ärztliche Leistung aus dieser Vereinbarung ist vom Versicherungsunternehmen ausschließlich jene niedergelassene Ärztin bzw. jener niedergelassene Arzt heranzuziehen, die bzw. der von der zu versichernden Person in ihrem Versicherungsantrag angegeben oder*

*nachträglich von der zu versichernden Person genannt wurde. Das Versicherungsunternehmen hat der in Anspruch genommenen Ärztin bzw. dem in Anspruch genommenen Arzt, gemeinsam mit dem Ersuchen um eine Leistung gemäß dieser Vereinbarung, eine Kopie der aktuellen und auf den konkreten Anlassfall bezogenen Erklärung der zu versichernden Person hinsichtlich ihres Einverständnisses zur Bekanntgabe der medizinischen Daten durch die Ärztin bzw. den Arzt an den Versicherungsunternehmer zu übermitteln.*

*Die Versicherungsunternehmen können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ausschließlich unter den in dieser Vereinbarung angeführten Voraussetzungen zur Erstattung eines ärztlichen Attestes oder einer Arztauskunft im Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Erhöhung von Lebensversicherungen einladen. Es liegt im alleinigen Ermessen des betreffenden Unternehmens, in diesem Zusammenhang ein ärztliches Attest für Lebensversicherungen oder eine Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten für Lebensversicherungen anzufordern. In der Anforderung ist aber jedenfalls auf diese Vereinbarung in der jeweils geltenden Fassung hinzuweisen und die in dieser Vereinbarung festgelegten Formulare zu verwenden. Honorierungsangebote, welche die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Tarife unterschreiten, sind unzulässig. Der geforderte Umfang des ärztlichen Attests für Lebensversicherungen bzw. der Arztauskunft darf vom nachstehend geforderten nicht abweichen.*

*Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die von einem Versicherungsunternehmen oder einer Antragstellerin bzw. einem Antragsteller eingeladen werden, ein ärztliches Attest für Lebensversicherungen oder eine Arztauskunft im Sinne dieser Vereinbarung zu erstatten, sind - sofern sie sich bereit erklären, sich dabei der gegenständlichen Vereinbarung zu unterwerfen - verpflichtet, diesen Befund im Umfang der nachstehend beschriebenen Vordrucke abzugeben.*

*ÄRZTLICHES ATTEST FÜR LEBENSVERSICHERUNGEN*
*Der Umfang des ärztlichen Attests für Lebensversicherungen ergibt sich aus Beilage 1. Es besteht aus den beiden Teilen "I. Erklärungen der zu versichernden Person vor dem Arzt" und "II. Ärztliches Attest". In Teil I sind von der befundenden Ärztin oder dem befundenden Arzt ausschließlich die Angaben der Probandin bzw. des Probanden aufzunehmen; für die Richtigkeit der Angaben in diesem Teil ist alleine die zu versichernde Person verantwortlich. Für die Richtigkeit der Angaben in Teil II trägt die befundende Ärztin bzw. der befundende Arzt die Verantwortung. Kommt die Ärztin bzw. der Arzt im Rahmen der Untersuchung für das Attest zur Auffassung, dass für eine abschließende Stellungnahme zusätzliche Befunde sinnvoll wären, so kann dies in der jeweils rechten Spalte schriftlich angeregt werden. Der Honoraranspruch ist für das durchgeführte Attest jedenfalls bereits gegeben. Aufgrund der ärztlichen Anregungen entscheidet das jeweilige Versicherungsunternehmen, ob weitere Untersuchungen tatsächlich zusätzlich durchzuführen sind und trägt dafür das Honorar in der Höhe gemäß der BVAEB-Honorarordnung in der jeweils gültigen Fassung.*

*ARZTAUSKUNFT ÜBER ANAMNESTISCH BEKANNTE DATEN*
*FÜR LEBENSVERSICHERUNGEN*
*Der Umfang der Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten für Lebensversicherungen ergibt sich aus Beilage 2. Eine solche Arztauskunft ist von der befundenden Ärztin bzw. vom befundenden Arzt ausschließlich aufgrund der Patientendokumentation zu erstellen. Es sind darin lediglich solche Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, derentwegen die Ärztin bzw. der Arzt von der zu versichernden Person innerhalb der letzten fünf Jahre vor Erstattung der Arztauskunft in Anspruch genommen wurde (keine banalen, kurzfristigen Infekte oder Erkrankungen). Lediglich besonders schwerwiegende Dauererkrankungen (das sind solche, bei denen eine Heilung nach dem jeweiligen Stand der Medizin nicht zu erwarten ist) sind auch dann aufzunehmen, wenn der letzte Arztkontakt in Zusammenhang mit dieser Erkrankung bereits länger als fünf Jahre zurückliegt. Eine kurzgefasste Beantwortung der Fragestellungen in Stichworten ist ausreichend.*

*HONORARE*
*1. Ärztliches Attest für Lebensversicherungen: € 195,38*
*2. Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten: € 53,93*
*3. Für die Beilage von Befundkopien zur Arztauskunft pauschal: € 10,--*
*4. Alle Leistungen, die von der Ärztin bzw. vom Arzt zusätzlich zum vorgegebenen Untersuchungsumfang vorgeschlagen und vom jeweiligen Versicherungsunternehmen tatsächlich beauftragt werden, sind nach der Honorarordnung der BVAEB in der jeweils geltenden Fassung zu erstatten. Sollte diese Honorarordnung keine entsprechende Position vorsehen, so ist ein angemessenes, ortsübliches Honorar (z.B. entsprechend allfälliger Honorarempfehlungen der örtlich zuständigen Landesärztekammern) zu erstatten. Eine Liste der häufigsten zusätzlichen Untersuchungen mit jeweils aktuellem Tarif wird unter www.aerztekammer.at veröffentlicht.*

*Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, die Honorare unmittelbar nach Einlangen des jeweiligen ärztlichen Befundes vollständig an die Ärztin bzw. den Arzt zu überweisen, sofern die Kostentragung gem. Attestformular durch das Versicherungsunternehmen erfolgt. Trägt gem. Attestformular der Patient die Kosten, ist das Versicherungsunternehmen zu keiner Leistung verpflichtet.*

*Für ärztliche Leistungen in Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Erhöhung von anderen Versicherungen, die nicht unter den Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung fallen, empfiehlt die Österreichische Ärztekammer einen analogen Tarif.*

Beilage 1a: Formular „Ärztliches Attest für Lebensversicherungen“ – Bezahlung durch Versicherungsunternehmen
Beilage 1b: Formular „Ärztliches Attest für Lebensversicherungen“ – Selbstzahler
Beilage 2: Formular „Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten für Lebensversicherungen“
Diese Beilagen finden Sie auf unserer Homepage unter https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorare.

## 7.9 Empfehlungstarife für Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Honorierung (gültig ab 1. Jänner 2025)

Diese können unter https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorare heruntergeladen werden. Weitere Empfehlungstarife – siehe auch Pkt. 7.6.

## 7.10 Private Zusatzkrankenversicherungen:

Im Hinblick auf die bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen mit der Sozialversicherung dürfen Kassenärzte keine Zuzahlungen von Kassenpatienten verlangen - dies auch dann nicht, wenn die Zuzahlung durch eine private Krankenversicherung erfolgt (vgl. dazu im Detail die April-2017-Ausgabe des Arzt im Ländle, Seite 16).

Bei zusatzversicherten Patienten, die eine Behandlung als Privatpatient ausdrücklich wünschen, sollen

- die anfallenden Leistungen ausschließlich dem Patienten in Rechnung gestellt werden,
- die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass keine Kostenerstattung durch die Sozialversicherung erfolgt und
- entsprechende Zustimmungserklärung zur Behandlung als Privatpatient (ein Muster finden Sie nachstehend) von den Patienten unterfertigt werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Bevorzugung von Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten nach den Bestimmungen des ÖGK-Gesamtvertrages nicht zulässig ist.

**Information und Zustimmung zur privaten Behandlung durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin**

Ich, ..... (Name des Patienten/der Patientin), geboren am ..... (Geburtsdatum) wünsche ausdrücklich, dass mich Dr. ..... (Name des Arztes/der Ärztin) **PRIVAT BEHANDELT.**

Ich bin vor der Behandlung darüber aufgeklärt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift, dass bei privaten Behandlungen durch eine/n Vertragsarzt/-ärzin **KEINE KOSTENERSTATTUNG DURCH DIE SOZIALVERSICHERUNG** erfolgt.

Eine Verrechnung erfolgt direkt zwischen dem Patienten/der Patientin und dem Arzt

## 7.11 Registrierkassen- und Belegerteilungspflicht:

Im Jahr 2016 wurde die Verpflichtung, Bareinnahmen mittels Registrierkasse zu erfassen und für die empfangenen Zahlungen Belege auszustellen, eingeführt.

Als Barumsätze zählen auch Bankomatkartenzahlungen, Kreditkartenzahlungen, andere vergleichbare elektronische Zahlungsformen, Barschecks, vom Unternehmer angenommene Gutscheine, Bons, Geschenkmünzen und dergleichen. Ausgenommen sind Zahlungen, die per Erlagschein oder E-Banking erfolgen.

Das heißt: Ärzte, die mindestens € 15.000.- Jahresumsatz erzielen und davon zumindest € 7.500.- in bar (gilt auch für Bankomat- oder Kreditkartenzahlungen - siehe oben) einnehmen, sind seit 2016 verpflichtet, ein elektronisches Aufzeichnungssystem zu verwenden. Diese betroffenen Ärzte müssen ihre Bareinahmen mittels einer elektronischen Registrierkasse oder ähnlichen Systemen erfassen.

Die nachstehenden Ausführungen sollen einen Überblick über die gesetzlichen Regelungen zur Registrierkassen- und Belegerteilungspflicht darstellen, Eine Beiziehung eines Sachverständigen (EDV-Dienstleister und/oder Steuerberater) ist jedenfalls zu empfehlen.

### 7.11.1 Registrierkassen

Seit dem 01.04.2017 muss jede Registrierkasse mit einer technischen Sicherheitseinrichtung gegen Manipulation - insbesondere die nachträgliche Änderung oder Löschung von Daten – ausgestattet sein. Der aktive Manipulationsschutz ist am Beleg als QR-Code erkennbar. Der QR-Code beinhaltet einen Signaturwert, der für die Signierung der Barumsätze in der Registrierkasse erforderlich ist. Damit werden die Barumsätze chronologisch miteinander verkettet. Eine Datenmanipulation würde diese geschlossene Barumsatzkette unterbrechen und ist damit nachweisbar.
Neben einem Datenerfassungsprotokoll und einem Drucker haben Registrierkassen folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Signatur der Barumsätze mittels Signaturerstellungseinheit, die über FinanzOnline registriert werden muss; dadurch wird sichergestellt, dass die Belege nicht im Nachhinein verändert werden können

- Sicherung der Signatur im Datenerfassungsprotokoll beim jeweiligen Umsatz und Druck am Beleg als maschinenlesbarer Code

- Eindeutige Zuordnung jeder Registrierkasse zu einer Kassenidentifikationsnummer

- Erstellung und Sicherung automatischer und signierter Start-, Monats-, Jahres- und Schlussbelege

Zur Inbetriebnahme der Sicherheitseinrichtung der Registrierkasse sind folgende Schritte erforderlich:

<u>Beschaffung der Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit</u>
Signatur- bzw Siegelerstellungseinheit sind über einen zugelassenen Vertrauensdienstanbieter (A-Trust GmbH, Global Trust oder PrimeSign GmbH) zu beziehen.

Initialisierung der manipulationssicheren Registrierkasse
Die Initialisierung der Registrierkasse besteht aus der Einrichtung eines leeren Datenerfassungsprotokolls (DEP), eines Umsatzzählers mit Zählerstand 0 und eines AES-Schlüssels in der Registrierkasse. Darüber hinaus muss die Kassenidentifikationsnummer der Registrierkasse zugordnet und die Schnittstelle zu einer funktionsfähigen Signatur- bzw Siegelerstellungseinheit hergestellt werden.

Erstellung des Startbeleges
Unmittelbar nach der Initialisierung der Registrierkasse ist ein Startbeleg zu erstellen. Dafür wird ein Geschäftsvorfall mit dem Betrag von 0 EUR (Null) in der Registrierkasse erfasst.

Registrierung über Finanzonline
Die Signatur- bzw Siegelerstellungseinheit und die manipulationssichere Registrierkasse sind über FinanzOnline zu registrieren. Dafür steht eine dialoggeführte Eingabemaske zur Verfügung. Unternehmer mit eigenem FinanzOnline-Zugang können diese Registrierung selbst vornehmen oder können von ihrem Steuerberater einen so genannten Registrierkassen-Webservice-User eingerichtet bekommen.

Folgende Daten sollten für die Registrierung bereitgehalten werden:

- Art der Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit
- Seriennummer der Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit
- Name des Vertrauensdienstanbieters
- Kassenidentifikationsnummer der Registrierkasse
- AES Schlüssel der Registrierkasse

Prüfung Startbeleg
Mit der Überprüfung des Startbelegs wird sichergestellt, dass die Inbetriebnahme der Sicherheitseinrichtung der Registrierkasse ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Mit der BMF-Belegcheck-App kann der maschinenlesbare Code (QR-Code) des Startbelegs und alle weiteren Belege des eigenen Unternehmens gescannt und geprüft werden. Dabei werden Daten über FinanzOnline herangezogen, um die Gültigkeit der Signatur auf den Belegen feststellen zu können. Das Ergebnis wird unmittelbar am Display des Smartphones oder Tablets mit einem weißen Häkchen auf grünem Grund angezeigt. Wichtig ist, dass vor der ersten Anwendung der BMF-Belegcheck-App diese durch Eingabe des Authentifizierungscodes aus der Finanzonline-Registrierung freigeschaltet ist.

Startbeleg ergibt einen Fehler
Ergibt die Startbelegprüfung einen Fehler - es erscheint ein weißes Kreuz auf rotem Grund auf dem Display -, gilt es zunächst zu überprüfen, ob alle Daten korrekt erfasst wurden. Nach Korrektur der Eingaben kann der Startbelegprüfungsvorgang wiederholt werden.

Hinweise zum laufenden Betrieb der manipulationssicheren Registrierkasse:
Monats- und Jahresbelege sind zu signierende Kontrollbelege mit dem Betrag € 0.-(Null), die zum Monats- bzw. Jahresende zu erstellen sind. Der Jahresbeleg ist zusätzlich auszudrucken bzw. elektronisch zu erstellen, aufzubewahren und mittels BMF-Belegcheck-App zu prüfen.

Vergessen Sie bitte nicht auf die Erstellung und Überprüfung Ihres Jahresbeleges. Zum Abschluss Ihres Geschäftsjahres müssen Sie mit jeder Registrierkasse einen Jahresbeleg erstellen. Der Jahresbeleg ist der Monatsbeleg für Dezember. Wie jeder andere Monatsbeleg ist auch der Monatsbeleg Dezember ein Nullbeleg. Daher: Jahresbeleg = Monatsbeleg Dezember = Nullbeleg. Zur verpflichtenden Überprüfung des Manipulationsschutzes Ihrer Registrierkassen brauchen Sie den Jahresbeleg. Zu beachten ist, dass der Jahresbeleg spätestens bis zum 15. Februar des Folgejahres (manuell mit der BMF Belegcheck-App oder automatisiert über das Registrierkassen-Webservice) geprüft werden muss. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren

Kassenhersteller. Für Webservice-basierte Registrierkassen werden diese Schritte bereits automatisch durchgeführt.

- 

- Das Datenerfassungsprotokoll der Registrierkasse ist jedenfalls quartalsweise auf einem externen Datenträger unveränderbar zu sichern und sieben Jahre aufzubewahren.

- Bei Ausfall oder Verlust einer Registrierkasse sind Geschäftsvorfälle auf einer anderen Registrierkasse zu erfassen oder händische Belege zu erstellen, welche dann nacherfasst werden.

- Dauert der Ausfall einer Registrierkasse länger als 48 Stunden, müssen Beginn und Ende des Ausfalls oder die gänzliche Außerbetriebnahme binnen einer Woche über FinanzOnline gemeldet werden.

Wird keine Registrierkasse genutzt oder verfügt die Registrierkasse nicht fristgerecht über die technische Sicherheitseinrichtung, ist dies als Finanzordnungswidrigkeit grundsätzlich strafbar (§ 51 Abs. 1 lit. c Finanzstrafgesetz (FinStrG); Strafrahmen bis € 5.000.- Strafe).

Weiters führt dies nach § 163 BAO zum Verlust der Vermutung der sachlichen Richtigkeit der geführten Bücher und Aufzeichnungen und kann zu einer Schätzung der Besteuerungsgrundlagen nach § 184 BAO durch die Abgabenbehörde führen.

### 7.11.2 Belegerteilungspflicht

Unabhängig vom Jahresumsatz und vom Betrag der Barzahlung sind die Ärzte seit 2016 auch verpflichtet, bei jeder Barzahlung einen Beleg (Kassenbon) zu erstellen und dem Käufer - sohin dem Patienten - auszuhändigen. Dieser muss den Beleg entgegennehmen und bis außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten zum Zwecke der Kontrolle durch die Finanzverwaltung mit sich führen.
Belege, die mittels Registrierkasse erstellt wurden, haben **seit dem 01.04.2017** neben den allgemeinen Rechnungsmerkmalen (Bezeichnung des leistenden Unternehmers, fortlaufende Nummer, Tag der Belegausstellung, Art und Umfang der erbrachten Leistung, Betrag der Barzahlung) folgende Daten zu enthalten:

- Kassenidentifikationsnummer

- Datum und Uhrzeit der Belegausstellung

- Betrag der Barzahlung getrennt nach Steuersätzen

- maschinenlesbarer Code (zB QR-Code)

Die Nichtausfolgung eines Belegs stellt eine Finanzordnungswidrigkeit nach § 51 Abs. 1 lit. d FinStrG dar (Strafrahmen bis € 5.000.-).

### 7.11.3 Rezeptgebühren

Die Auffassung der Österreichischen Ärztekammer, dass die Rezeptgebühren durchlaufende Posten sind, nicht zum Barumsatz zählen, und daher bei der Beurteilung der Grenzen für die Registrierkassenpflicht nicht zu berücksichtigen sind, wurde vom Bundesministerium für Finanzen bestätigt. Durchlaufende Posten sind Beträge, die in fremdem Namen und auf fremde Rechnung vereinnahmt und als solche dem Kunden gegenüber auf einer Rechnung (einem Beleg) eindeutig ausgewiesen werden. Bei den Durchlaufposten, also bei den

Rezeptgebühren besteht Einzelaufzeichnungspflicht, aber keine Belegerteilungsverpflichtung nach der Bundesabgabenordnung.

### 7.11.4 Hausbesuche

Bei Leistungen außerhalb der Betriebsstätte, wie Hausbesuchen, ist für die Barumsätze jeweils ein Beleg (mit den notwendigen Merkmalen) auszustellen, die Durchschrift ist unmittelbar nach Rückkehr in der Registrierkasse zu erfassen.

### 7.11.5 Zweitordinationen

Prinzipiell gelten zwei Ordinationen (Betriebsstätten) als ein Betrieb, im Sinne der steuerlichen Definition. Das heißt, sollte in einer Ordination die Umsatzgrenze von € 15.000,- bzw. € 7.500,- (bar) im Jahr überschritten werden, gilt die Registrierkassenpflicht automatisch auch für die zweite Ordination, unabhängig von deren Umsatzhöhe. Es ist jedoch der Einsatz zweier unterschiedlicher Registrierkassensysteme samt eigenem Rechnungskreis zulässig.