



Die e-card als Krankenscheinersatz

Version 3.1

**Die Bestimmungen der technischen Beilage gelten –
soweit nichts Abweichendes angeführt ist – für Ver-
tragsgruppenpraxen sinngemäß**



Inhaltsverzeichnis

1. Die Bestandteile des Systems	4
1.1 Die e-card	4
1.2 Die Ausstattung des Arztes.....	4
1.2.1 Jeder Arzt erhält beim Rollout :	4
1.2.2 Zweitordination.....	5
1.2.3 Weitere Ordinationskarten – siehe unter 1.3.5.....	5
1.3 Bestandteile des Systems.....	5
1.3.1 Der e-card-Server	5
1.3.2 Der Netzwerk-Zugang des Arztes	6
1.3.3 „Gesundheitsinformationsnetz-Adapter“	6
1.3.4 Kartenlesegerät.....	7
1.3.5 Ordinationskarte.....	7
2 Der Ablauf in der Arztordination.....	8
2.1 Dialog starten.....	8
2.2 Der Behandlungsfall.....	8
2.2.1 Ablauf des Regelfalles	8
2.2.2 Verwendung der e-card.....	9
2.2.3 Speicherung des Einlesens der e-card	9
2.2.4 Begriffsdefinition „Prüfperiode“	10
2.3 Prüfungsvorgang am e-card-Server	10
2.3.1 Die Gültigkeitsprüfung.....	10
2.3.2 Die versicherungsrechtliche Anspruchsprüfung:	10
2.3.3 Die Vertragspartneranspruchsprüfung:	11
2.3.4 Die leistungsrechtliche Anspruchsprüfung:	11
2.3.4.1 Als Behandlungsfälle können gewählt werden:	12
2.3.5 Mehrere Fachgebiete	12
2.3.6 Limitprüfung (siehe unter 2.9)	13
2.3.7 Ergebnis der Anspruchsprüfung:.....	13
2.4 Die Behebung von Irrtümern.....	13
2.5 Die Überweisung/Zuweisung	14
2.6 Urlaub des Patienten	14
2.7 Vorsorge(Gesunden)untersuchungen.....	15
2.8 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.....	15
2.9 Die fehlende e-card.....	16
2.9.1 Ohne e- card Limit.....	16
2.9.2 Nachbringen der e-card	17
2.10 .Die Datenübermittlung	17
2.11 Vorgangsweise bei Störfällen	18



2.11.1	Es gibt eine Störung am e-card-System oder im Netz:	18
2.11.2	Die GINA und/oder die Arzt-EDV hat eine Störung	19
	Alle Ordinationskarten sind defekt oder nicht vorhanden	19
2.12	Hausbesuch	19
2.13	Die Übertragung von offline erfassten Daten:	20
2.14	Die Anforderung von Konsultationsdaten.....	20
3	Genehmigungsdienst beim KV-Träger	22
4	Konsultation ohne Patientenkontakt.....	23
5	Geldleistungsberechtigter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.....	24
	Anhang.....	25
	Die Daten des e-card-Systems:.....	26
	Anhang 1 - Kartendaten	26
	Anhang 2 – Serverdaten.....	27



1. Die Bestandteile des Systems

1.1 Die e-card

Die e-card hat die Funktion einer Schlüsselkarte, die den dazu Berechtigten Zugriff auf Daten des Karteninhabers ermöglicht.

Auf der Vorderseite der e-card sind die SV-Nummer, Name, Titel (vorne u. hinten) des Karteninhabers sichtbar aufgebracht. Auf der Rückseite ist grundsätzlich die EKVK (Europäischen Krankenversicherungskarte) abgebildet. Weiters befindet sich im Chip zumindest eine SV-Signatur (weitere Signaturen können auf Wunsch des Karteninhabers dazugeladen werden), und neben den auf der Vorderseite sichtbar angebrachten Daten das Geburtsdatum und das Geschlecht.

Anspruchsdaten des Versicherten (Angehörigen), der/die zuständige(n) Krankenversicherungsträger, eine allfällige Rezeptgebührenbefreiung, eine allfällige Kostenanteilsbefreiung für Heilmittel und Heilbehelfe und die Daten der Erstkonsultationen (konsumierte „Elektronische Krankenscheine“) in einem Abrechnungszeitraum können online beim e-card-Server abgefragt werden.

Eine e-card erhalten alle in Österreich krankenversicherten Personen und deren Angehörige, während des Rollout auch jene Personen, die in den letzten 9 Monate vor Einführung der e-card einen Krankenversicherungsanspruch hatten. Für Versicherte ausländischer Versicherungsträger gelten die bisherigen Bestimmungen bzw. die EKVK.

1.2 Die Ausstattung des Arztes (der Gruppenpraxis)

1.2.1 Jeder Arzt (jede Gruppenpraxis) erhält beim Rollout :

- Zwei Ordinationskarten (pro Vertragspartnernummer),
- einen Gesundheitsinformationsnetz-Adapter (incl. Software, die den Zugriff auf den e-card-Server ermöglicht) - GINA
- ein Kartenlesegerät
- Anschluss eines Gesundheitsinformationszugangszugangnetz-Providers

Jeder Arzt (jede Gruppenpraxis) benötigt:

- zumindest einen Bildschirm und eine Tastatur (Stand-alone-Variante)
- oder einen netzwerkfähigen PC mit Webbrowser



Wird die Ordination von mehreren Vertragsärzten gemeinsam genutzt, erfolgt die Ausstattung mit Ausnahme der Ordinationskarten nur einmal.

Für Ärzte die zusätzlich zum Gesundheitsinformationsnetz-Adapter einen PC mit Arztsoftware nutzen gibt es die Möglichkeit, Patientendaten des e-card-Systems über eine Schnittstelle in die Arztsoftware zu übernehmen und dort weiterzuverarbeiten Voraussetzung dafür ist, dass der Arzt dies auch durchführen will.

1.2.2 Zweitordination

Für jede vertraglich vereinbarte Vertragsordination (Zweitordination) erfolgt die Ausstattung nach Punkt 1.2.1.

1.2.3 Weitere Ordinationskarten – siehe unter 1.3.5

1.3 Bestandteile des Systems

Die Bestandteile des Systems gliedern sich in Hard- und Software, die für den Betrieb des Gesamtsystems notwendig sind.

1.3.1 Der e-card-Server

Am e-card-Server werden die Anspruchsdaten, die vom Hauptverband übermittelt werden, geführt, Der e-card Server führt die Anspruchsprüfung des Patienten durch und übermittelt das Ergebnis an den Vertragsarzt.

Von diesem Server werden die Abstimmungsdaten über den Hauptverband an die KV-Träger weitergeleitet.

Die Anspruchsprüfung am Server erfolgt wie folgt:

- Der Arzt übermittelt im Rahmen der Durchführung eines Behandlungsfalles die Patientendaten an den e-card-Server
- Die Patientendaten werden mit den am e-card-Server gespeicherten Anspruchsdaten verglichen,
- der Arzt erhält Rückmeldungen über die erfolgreiche/nicht erfolgreiche Durchführung der Anspruchsprüfung

bei erfolgreicher Durchführung der Anspruchsprüfung werden die vom Arzt übermittelten Daten am e-card Server gespeichert und verarbeitet,



und die verrechnungsrelevanten Daten werden in Form von Abstimmungsdaten an die SV-Träger weitergeleitet.
Für sämtliche Datenübermittlungen werden dem Stand der Technik entsprechend die bestmöglichen Verschlüsselungssysteme angewendet werden

1.3.2 Der Netzwerk-Zugang des Arztes

In jeder Arztordination wird ein spezieller Breitbandanschluss - GIN- Zugangsnetz(Gesundheits-Informations-Netz) - Anschluss installiert. Dieses GIN-Zugangsnetz ist eine Closed User Group mit speziellen Sicherheits-, Verfügbarkeits- und Service-Richtlinien. Das Internet kann nicht als Basisdienst für diese Closed User Group verwendet werden. Über diesen Breitbandanschluss können auch Dienste des Peering-Points und der angeschlossene MWD-Provider in Anspruch genommen werden, wobei e-card-Anwendungen, um die Antwortzeiten garantieren zu können, erste Priorität haben. Wenn die e-card-Anwendung nicht bedient wird, steht der Anschluss zu 100 % für den Vertragspartner zur Verfügung. Ist ein Breitband Anschluss nicht möglich, wird eine ISDN-Ersatzschaltung verwendet. Eine ISDN-Ersatzschaltung muss für die e-card-Dienste zur Verfügung stehen. Über diese Datenanbindung wird die verschlüsselte Kommunikation zwischen GINA und dem e-card Server aufgebaut. Die Übernahme von Daten aus dem e-card-System auf den Arzt PC kann ausschließlich über die GINA nach entsprechender Anforderung durch den Arzt über den Arzt - PC erfolgen (siehe Punkte 1.2.1 und 1.3.3)

1.3.3 „Gesundheitsinformationsnetz-Adapter“

Der Gesundheits-Informations-Netz-Adapter ist ein Gateway, auf dem auch direkt gearbeitet werden kann. Er ist die einzige Verbindung zum e-card-System. Die GINA baut keine Session zur Arztsoftware auf. Mehrere Arzt EDV Arbeitsplätze können gleichzeitig auf die GINA zugreifen. Die auf der GINA befindliche Software wird grundsätzlich zu der vom Vertragspartner gewählten Zeit aktualisiert. Die verschlüsselte Verbindung zwischen GINA und e-card System wird ausschließlich über die Closed-User-Group des GIN-Zugangsnetz ermöglicht.

Es gibt mehrere Varianten, den Gesundheits-Informationsnetz-Adapter einzusetzen:

- Stand-Alone-Variante: direkter Anschluss eines Bildschirms und einer Tastatur an die GINA
- GINA als Web-Server: Arzt-EDV arbeitet via PC mittels Web-Browser auf der GINA
- GINA Integration in die Arztsoftware: Arztsoftware greift via Soap-Schnittstelle auf die GINA zu



1.3.4 Kartenlesegerät

Hierbei handelt es sich um ein netzwerkfähiges (mittels Ethernet Technologie und TCP/IP Protokoll) Gerät, in das die e-cards- und Ordinationskarten gesteckt werden, damit diese ausgelesen werden. Dieses Gerät hat lediglich einen Leseschlitz, da die Ordinationskarte nur für den gesicherten Verbindungsaufbau zum e-card System gesteckt werden muss.

Die GINA kann mehrere Kartenlesegeräte bedienen. Gleichzeitig kann ein Kartenlesegerät von mehreren Arbeitsplätzen verwendet werden.

Die Zuordnung des Kartenlesegerätes zu einem Arbeitsplatz erfolgt durch den Anwender und muss im Bedarfsfall geändert werden.

1.3.5 Ordinationskarte

Jeder Vertragspartner erhält als Grundausstattung 2 Ordinationskarten (also 2 Ordinationskarten pro Vertragspartnernummer), die mit jeder beliebigen an das e-card-System angeschlossenen GINA funktionieren. Diese PIN-geschützten Karten werden benötigt, um auf das e-card-System zugreifen zu können. Ordinationskarten sind immer einer bestimmten Vertragspartnernummer (und nicht einer natürlichen Person) zugeordnet und enthalten momentan keine Verwaltungssignatur. Abgesehen von den zwei Karten der Grundausstattung gibt es noch:

1. Ersatzkarten: Wird eine Ordinationskarte defekt, verloren oder gestohlen, ist dies vom Vertragspartner entweder einem Sozialversicherungsträger oder der Serviceline zu melden. Diese Institutionen veranlassen sodann eine Sperre der alten Ordinationskarte sowie die Ausstellung einer Ersatzordinationskarte.
2. Zusatzkarten: Braucht der Vertragspartner mehr als zwei Ordinationskarten, können weitere Karten bei einem Krankenversicherungsträger angefordert werden.

Bei Verlust des Arztstempels, Namensänderung oder Änderung des Titels werden alle Ordinationskarten neu ausgestellt. Bei Wegfall aller Kassenverträge (Tod, Kündigung etc.) werden die Ordinationskarten im e-card System entsprechend den vertraglichen Bestimmungen gesperrt.

Wurde eine Ordinationskarte verloren oder gestohlen, ist dieser Umstand (auch wenn noch eine zweite Ordinationskarte vorhanden ist), um die missbräuchliche Verwendung zu verhindern, sofort bei einem Sozialversicherungsträger oder bei der Serviceline zu melden. Diese veranlassen die sofortige Sperre der verlorenen oder gestohlenen Ordinationskarte sowie die Ausstellung einer Ersatzkarte.



2 Der Ablauf in der Arztordination

2.1 Dialog starten

Das e-card-System beruht auf dem Zwei-Schlüssel-Prinzip. Durch das Stecken der Ordinationskarte und Eingabe des dazugehörigen PINs wird der Vertragspartner am System angemeldet und die gesicherte Verbindung zum e-card System aufgebaut. Um eine missbräuchliche Verwendung (z.B. bei Verlust der Ordinationskarte) zu verhindern ist es daher erforderlich, die Ordinationskarte sowie den PIN-Code sicher aufzubewahren.

Die Ordinationskarte muss nur während des Dialogaufbaues gesteckt bleiben. Ist die Verbindung einmal hergestellt, kann die Ordinationskarte aus dem Kartenlesegerät entfernt werden, damit die e-cards der Patienten (ausgen. bei vergessener e-card - sh. Pkt. 2.9 – in diesem Falle wird nochmals die Ordinationskarte verwendet) gelesen werden können.

2.2 Der Behandlungsfall

2.2.1 Ablauf des Regelfalles

Aus Sicht der Arztordination stellt sich der Regelfall folgendermaßen dar:

- Der Patient übergibt die e-card der Ordinationshilfe
- Die Ordinationshilfe steckt die e-card in das Kartenlesegerät und wählt einen Behandlungsfall (eine spätere Änderung des Behandlungsfalles ist möglich – sh. Pkt. 2.4) aus. Hat der Patient keine e-card bei sich, erfasst die Ordinationshilfe dessen Sozialversicherungsnummer und steckt die Ordinationskarte.
- Die Ordinationshilfe ermittelt den für den Patienten leistungszuständigen Sozialversicherungsträger, wobei dieser nur beim Vorliegen einer Mehrfachversicherung ausgewählt bzw. erfasst werden muss.(sh. Pkt. 2.3.2, versicherungsrechtliche Anspruchsprüfung)
- Die Daten werden an den e-card-Server gesendet (= Request, zumindest Daten gem. Anhang 1, allenfalls ergänzt um den leistungszuständigen Sozialversicherungsträger des Patienten) und passieren die Anspruchsprüfungen. Bei positivem Ergebnis der Anspruchsprüfungen wird die Konsultation am e-card Server gespeichert, (ergänzt um Daten gem. Anhang 2) und die Ordinationshilfe wird mit einer Erfolgsmeldung informiert, bei negativem Ergebnis (z.B. wegen einer gesperrten Karte, weil der Vertragspartner keinen entsprechenden Vertrag oder der Patient keinen gültigen Krankenversicherungsanspruch hat) wird die Konsultation nicht gespeichert und die Ordinationshilfe wird mit einer Fehlermeldung informiert (=Response)



- Die Konsultation wird von der Ordinationshilfe bestätigt (dieser Vorgang entspricht der Entgegennahme des Krankenscheines).
- Die Karte wird entnommen und dem Patienten zurückgegeben.

Der Zeitraum für den Lesevorgang zwischen Einstecken und Entnehmen der Karte beträgt (der Patient besitzt genau einen gültigen KV-Anspruch) maximal 5 Sekunden.

Es ist auch möglich, dass der Patient (seine Begleitperson) die Karte selbst in das Kartenlesegerät steckt.

2.2.2 Verwendung der e-card

Der Patient hat jedenfalls die e-card bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes mitzunehmen und zur Benützung vorzulegen.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die e-card - sofern sie vom Patienten vorgelegt wird - zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bis zur Einführung des elektronischen Rezepts – sofern sie vom Patienten vorgelegt wird – bei der ersten Inanspruchnahme in der Prüfperiode einzulesen. Bei Folgeinanspruchnahmen in der Prüfperiode ist das Einlesen möglich und hat - sofern die übrigen vertraglichen Bestimmungen eingehalten werden - auf die Abrechenbarkeit keinen Einfluss. Ab der Einführung des elektronischen Rezeptes jedenfalls ab 1.1.2009 ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen.

Für die Zahnärzte gelten die vertraglichen Regelungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung mit der BUKUZ.

Die Vertragsparteien empfehlen, dass auch vor der Einführung des elektronischen Rezeptes bzw. vor dem 1.1.2009, die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes eingelesen wird.

2.2.3 Speicherung des Einlesens der e-card

Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (s.h. Pkt. 2.9) wird im e-card-System gespeichert und in einen Abstimmungsdatensatz übernommen. Die Speicherung der Daten gem. Anhang 1 und 2 bzw. Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit).



Bis zur Einführung des elektronischen Rezeptes jedenfalls aber nur bis zum 1.1.2009 sichert das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer mit nachfolgender positiver Anspruchsprüfung beim 1. Arztbesuch den Anspruch über die gesamte Prüfperiode, unabhängig vom tatsächlichen Versicherungsverlauf.

2.2.4 Begriffsdefinition „Prüfperiode“

Die Prüfperiode beträgt bei allen Krankenversicherungsträgern mit Ausnahme der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ein Quartal. Bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen beträgt die Prüfperiode ein Kalendermonat (Ausnahme: Zahnärzte, hier ist die Prüfperiode unabhängig vom Sozialversicherungsträger immer ein Quartal). Die Prüfperiode deckt sich somit grundsätzlich mit dem Abrechnungszeitraum.

2.3 Prüfungsvorgang am e-card-Server

Nachdem die Anspruchsabfrage an den e-card-Server geschickt wurde, passieren folgende Prüfungsvorgänge:

2.3.1 Die Gültigkeitsprüfung

Zuerst wird überprüft, ob die eingelesene e-card bzw. beim Fehlen der e-card die eingelesene Ordinationskarte (die Eingabe des PIN-Codes der Ordinationskarte ist an dieser Stelle nicht nötig und wird somit auch nicht geprüft) gültig ist (die SV-Nummer wird bereits in der GINA auf Plausibilität geprüft).

2.3.2 Die versicherungsrechtliche Anspruchsprüfung:

Es wird überprüft, ob der Patient als Versicherter oder Angehöriger zum Zeitpunkt der Überprüfung auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers Leistungen in Anspruch nehmen darf.



Die Ordinationshilfe kann sich für eine automatische versicherungsrechtliche Anspruchsprüfung entscheiden. Bei einfach versicherten Patienten muss der leistungszuständige Krankenversicherungsträger sodann nicht ausgewählt bzw. erfasst werden.

Ist der Patient bei mehreren Krankenversicherungsträgern versichert muss ein korrekter Krankenversicherungsträger vom Patienten erfragt und sodann ausgewählt bzw. erfasst werden.

Diese Auswahl gilt nur für den jeweiligen Versicherungsfall in der aktuellen Prüfperiode.

Bestehen für Angehörige mehrerer Ansprüche beim gleichen Krankenversicherungsträger (Z.B. Vater und Mutter sind als aktiv Erwerbstätige bei der Wiener GKK versichert) muss ein Anspruch vom Patienten erfragt und sodann ausgewählt bzw. erfasst werden.

2.3.3 Die Vertragspartneranspruchsprüfung:

Es wird überprüft, ob der Arzt aufgrund seiner abgeschlossenen Verträge sowie des leistungszuständigen Sozialversicherungsträgers des Patienten berechtigt ist, diesen auf Kosten des jeweiligen Krankenversicherungsträgers zu behandeln.

Im Falle eines negativen Ergebnisses der Arztanspruchsprüfung wird dem Patienten mitgeteilt, dass kein passendes Vertragsverhältnis des Vertragspartners vorliegt und die Behandlung nicht auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers erfolgen kann.

2.3.4 Die leistungsrechtliche Anspruchsprüfung:

Dieser Begriff umfasst bestimmte Prüfvorgänge, die auf die Regelungen der jeweiligen Krankenordnung und des in Frage kommenden Gesamtvertrages des Krankenversicherungsträgers abgestimmt sind (derzeit nicht zutreffend für Zahnärzte):

- wurde für diese Fachgruppe in diesem Monat/Quartal (Prüfperiode) bereits eine Erstkonsultation („elektronischer Krankenschein“) verbraucht (dies gilt nur für jene Versicherungsträger, deren Gesamtvertrag bzw. Krankenordnung einen Arztwechsel innerhalb einer Prüfperiode bei bestimmten Fachgruppen ausschließt) ?
- ist überhaupt noch eine Erstkonsultation (unverbrauchter „elektronischer Krankenschein“) in diesem Monat/Quartal (Prüfperiode) möglich?
- handelt es sich um eine Überweisung/Zuweisung oder um einen anderen Sonderfall?



Ziel dieser Prüfung ist es, die Regelungen über die Inanspruchnahme von KV-Leistungen technisch nachzubilden und Sonderfälle aufzuzeigen.

2.3.4.1 Als Behandlungsfälle können gewählt werden:

Diese Behandlungsfälle können von der Ordinationshilfe ausgewählt (bzw. einige können auch bei Dialogbeginn voreingestellt) werden.

- a) Der Regelfall: Also die „normale“ Inanspruchnahme eines Vertragspartners durch den Patienten.
- b) Die Sonderfälle:
 - die Überweisungen
 - die Zuweisungen
 - Vertretungsfälle/Bereitschaftsdienste (Verhinderung des Arztes, Erste Hilfe, ...),
 - Vorsorge(Gesunden)untersuchungen,
 - Behandlungsübernahmen (Wohnungswechsel des Patienten, Ordinationsverlegung des Erstbehandlers, Vertragsende des erstbehandelnden Arztes...)
 - MutterKind-Pass-Untersuchungen.
 - Urlaub des Patienten

Die Auswahlmöglichkeit der oben genannten Behandlungsfälle wird bei der Vorkonfiguration von Behandlungsfällen (also generell oder für einen Dialog), abhängig vom jeweiligen Fachgebiet, eingeschränkt.

Ist der leistungsrechtliche KV-Anspruch in einem Monat/Quartal (Prüfperiode) bereits ausgeschöpft, kann der Arzt den Patienten darauf hinweisen, dass dieser über den Genehmigungsdienst des leistungszuständigen KV-Trägers eine zusätzliche Erstkonsultation beantragen kann.

2.3.5 Mehrere Fachgebiete

Hat der Vertragspartner mehrere Fachgebiete, so muss eine Auswahl getroffen werden. D.h. es muss ausgewählt werden, welches Fachgebiet nach dem Behandlungswunsch des Patienten in Anspruch genommen wird.

Die Auswahl eines Fachgebietes ist notwendig, um die Erstkonsultationen mit dem konsumierten Fachgebiet kennzeichnen zu können. Es wird für das jeweilige Fachgebiet ein elektronischer Krankenschein konsumiert.

Es besteht die Möglichkeit, ein Fachgebiet voreinzustellen.



2.3.6 Limitprüfung (siehe unter 2.9)

2.3.7 Ergebnis der Anspruchsprüfung:

Nach erfolgreicher Durchführung aller Prüfungen wird die Erstkonsultation mit der Fachgruppe und dem Tagesdatum versehen. Dies ermöglicht es, einen Arztwechsel in der gleichen Fachgruppe innerhalb eines Monats/Quartals (Prüfperiode) aufzuzeigen.

Ab der zweiten Inanspruchnahme

- durch den gleichen Patienten
 - beim gleichen Vertragspartner
 - in der selben Prüfperiode
 - aus dem selben Fachgebiet
 - und dem selben Krankenversicherungsträger
- wird eine Folgekonsultation verbucht.

Die Ordinationshilfe bekommt als Response auf ihre Anspruchsabfrage u.a. die Information, ob es sich bei der soeben durchgeführten Konsultation um eine Erst- oder Folgekonsultation gehandelt hat.

2.4 Die Behebung von Irrtümern

Es gibt Korrekturfunktionen, mit denen Konsultationen richtiggestellt werden können, wobei diese Funktionen ohne Einlesen der e-card und/oder Ordinationskarte durchgeführt werden können:

- Der Behandlungsfall einer Konsultation kann nachträglich geändert werden,
- eine Konsultation kann storniert werden bzw.
- kann ein Storno wieder zurückgesetzt werden,
- das letzte positive Resultat einer Anspruchsabfrage kann von der Ordinationshilfe entweder gespeichert ODER aber im Schnellverfahren, ohne Auswahl eines eigenen Menüpunktes, storniert werden („Quick-Storno“)

Die gegenständlichen Korrekturen werden am e-card-Server gespeichert.



2.5 Die Überweisung/Zuweisung

Der Unterschied zwischen den Behandlungsfällen „Überweisung“ und „Zuweisung“ liegt darin, dass Zuweisungen im Unterschied zu Überweisungen einen konkreten Behandlungsauftrag vom zuweisenden Arzt beinhalten.

- Für den überweisenden/zuweisenden Arzt ändert sich nichts gegenüber dem heutigen System, er führt den Behandlungsfall durch und stellt in weiterer Folge wie bisher einen Überweisungs- oder Zuweisungsschein aus.

Der Arzt, der den Patienten mit Überweisung/Zuweisung behandelt, geht folgendermaßen vor:

- Der Patient übergibt die e-card gemeinsam mit dem Überweisungsschein/Zuweisungsschein der Ordinationshilfe.
- Die Ordinationshilfe führt alle unter Pkt. 2.2.1 dargestellten Vorgänge durch.

Das Zuweisungs/ Überweisungsformular wird benötigt, um medizinische Informationen (Diagnosen, Behandlungen etc.) zu transportieren.

Die Erfassung des Behandlungsfalles „Zuweisung“ ist notwendig, da ohne diesen Hinweis eine weitere Erstkonsultation („Elektronischer Krankenschein“) konsumiert würde (siehe Punkt 2.3.4)

Ärzte die ausschließlich Überweisungen erhalten, können den Sonderfall "Überweisung" fix voreinstellen. Vertragsärzten der Fachgebiete 14 – Facharzt für Radiologie, 50 – Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik und 51 – Labor, EEG werden, weil sie ausschließlich auf Grund von Zuweisungen tätig werden, der Regelfall gar nicht angeboten.

Die Beigabe des Überweisungs/Zuweisungsscheines zur Abrechnung wird in den Abrechnungsvorschriften geregelt.

2.6 Urlaub des Patienten

Die Konsultation eines Vertragspartners während eines Urlaubes, bei dem sich der Patient außerhalb seines Wohnortes befindet, wird als Sonderfall "Urlaub" im e-card-System abgewickelt.



Die Anzahl der Erstkonsultationen (elektronische Krankenscheine) in einer Prüfperiode im Sonderfall "Urlaub" wird je Krankenversicherungsträger und Fachgebiet festgelegt werden. Dies bedeutet, dass die Gesamtzahl der „elektronischen Urlaubsscheine“ limitiert werden kann.

Zusätzliche Erstkonsultationen können über den Genehmigungsdienst des Krankenversicherungsträgers genehmigt werden (siehe Punkt 3).

Alle Fälle in denen der Patient sich zwar außerhalb seines Wohnortes befindet und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen möchte, aber nicht auf Urlaub ist, laufen im e-card-System als Regelfall ab.

2.7 Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

Der Sonderfall "Vorsorge(Gesunden)untersuchung" ist für Patienten zu wählen, die eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung in Anspruch nehmen wollen.

Dies ist einerseits erforderlich um bei der Arztanspruchsprüfung (siehe weiter oben) das entsprechende Vertragsverhältnis des Vertragspartners (Vorsorge(Gesunden)untersuchungsvertrag) überprüfen zu können.

Andererseits ist die Eingabe des Sonderfalles "Vorsorge(Gesunden)untersuchung" notwendig, da ohne diesen Hinweis eine Erstkonsultation (elektronischer Krankenschein) in dem gewählten Fachgebiet konsumiert würde.

Bei einer nachfolgenden oder gleichzeitigen kurativen Behandlung beim gleichen Vertragspartner in der aktuellen Prüfperiode muss die e-card wieder gesteckt werden, damit ein elektronischer Krankenschein konsumiert werden kann bzw. die sonstigen Vorgänge im e-card-System für die kurative Inanspruchnahme eingeleitet werden können.

2.8 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Der Sonderfall "Mutter-Kind-Pass-Untersuchung" ist für Patienten zu wählen, die eine Mutter-Kind-Pass-Untersuchung in Anspruch nehmen wollen. Die Eingabe des Sonderfalles " *Mutter-Kind-Pass-Untersuchung* " ist notwendig, da

- a) dieser Hinweis - soweit der Krankenversicherungsträger nichts Abweichendes vorsieht (siehe unter b) - verhindert, dass eine Erstkonsultation (elektronischer Krankenschein) in dem gewählten Fachgebiet konsumiert würde. Bei einer nachfolgenden oder gleichzeitigen kurativen Behandlung beim gleichen Vertragspartner in der aktuellen Abrechnungsperiode muss die e-card wieder verwendet werden, damit ein elektronischer Krankenschein konsumiert werden kann bzw. die sonstigen Vorgänge im e-card-System für die kurative Inanspruchnahme eingeleitet werden können.



- b) Krankenversicherungsträger für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und kurative Behandlungen gemeinsame Limitierungen der zulässigen Anzahl von Erstkonsultationen je Fachgebiet in einer Prüfperiode mit kurativen Behandlungen vorsehen. In diesem Fall erfolgt eine diesbezügliche leistungsrechtliche Anspruchsprüfung.

2.9 Die fehlende e-card

Legt der Patient die e-card nicht vor bzw. ist die e-card unlesbar, sollen grundsätzlich die gleichen Regeln gelten wie heute für fehlende Krankenscheine (Überweisungsscheine etc.). Das bedeutet, dass der Arzt bei Behandlung auf Kassenkosten wie folgt vorgeht:

Dem Patienten¹ wird gesagt, dass er die Karte nächstes Mal mitbringen muss; d.h., dass er sie im Rahmen einer Folgekonsultation oder gesondert, ohne Folgekonsultation im gleichen Abrechnungszeitraum (bzw. innerhalb der Nachbringfrist) nachbringt. Die Ordinationshilfe erfasst in weiterer Folge die Sozialversicherungsnummer des Patienten und steckt die Ordinationskarte (sh. Pkt. 2.2), um eine Anspruchsabfrage durchführen zu können. Weiters muss der Patient durch Unterschrift den Arztkontakt und den Leistungsanspruch bestätigen.

Durch den Vorgang des Steckens der e-card kann die Eingabe der Sozialversicherungsnummer des Patienten entfallen. Gemeinsames Ziel muss es daher sein, dass die e-card vom Karteninhaber immer mitgenommen wird, damit Ersatzsituationen vermieden werden können. Außerdem dient die auf der e-card befindliche Signatur (die am e-card Server gespeichert wird und in der Arztsoftware gespeichert werden kann) dem Arzt als Nachweis dafür, dass der Patient in seiner Ordination war und einen Behandlungsauftrag erteilt hat. Konsultationen ohne e-card sind als Ausnahmefälle zu verstehen und sollen daher auch minimiert werden.

2.9.1 Ohne e-card Limit

Die Verrechnung ist analog den bisherigen Bestimmungen über Ersatzkrankenscheine zu begrenzen; bis zur flächendeckenden Einführung der e-card können Übergangsbestimmungen vereinbart werden. Hinsichtlich Krankenversicherungsträgern ohne Ersatzkrankenscheinregelungen sind trägerspezifische Vereinbarungen zu verhandeln.

Diese Limits sind entweder Absolut- oder Prozentwerte und

¹ Ist der Patient selbst nicht in der Lage, den Handlungen nachzukommen, kann dies - wie bisher - durch den Versicherten oder eine andere vom Patienten beauftragte Person (Begleitperson) erfolgen.



werden für Ärzte eines Fachgebietes zwischen Krankenversicherungsträger und Ärztekammer vereinbart.

Das ohne e-card Limit wird vom Serversystem verwaltet und kontrolliert

Ad Prozentwert: Aus den prozentuellen Werten werden Absolutwerte ermittelt. Das funktioniert folgendermaßen: Alle Konsultationen der letzten 12 Monate bzw. 4 Quartale (je nach Prüfperiode) stellen den Beobachtungszeitraum dar und werden gezählt. Der Beobachtungszeitraum endet immer mit dem Ende der vorangegangenen Prüfperiode. Dies ist sodann die Basiszahl (100 %), mit der das prozentuelle Limit für die aktuelle Prüfperiode errechnet wird. Das heißt, dass am Ende eines Quartals oder eines Monats ein absoluter Wert neu berechnet wird.

Das Serversystem prüft nun, ob der erfasste Behandlungsfall noch innerhalb dieser definierten Anzahl möglich ist. Wird das „ohne-e-card-Limit“, überschritten, wird der Behandlungsfall nicht abgebrochen, sondern der Behandlungsfall wird gekennzeichnet und am e-card-Server gespeichert. Der Arzt kann mittels Sonderfunktion den jeweils aktuellen Limitstand vom e-card-server abrufen. Mit jeder nachgebrachten e-card werden die Limitstände automatisch angepasst.

Hinsichtlich von Sozialversicherungsnummerneingaben im Zusammenhang von Visiten gelten die obigen Bestimmungen über das ohne e-card-Limit nicht.

Für Zahnärzte gelten die Regeln der gesamtvertraglichen Vereinbarung mit der BUKUZ.

2.9.2 Nachbringen der e-card

Das Nachbringen der e-card als Anspruchsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum ist innerhalb einer gewissen Frist (z.B. 14 Tage) nach Ende der Abrechnungsperiode, in der die Inanspruchnahme der Leistung erfolgte, möglich. Diese Nachbringfrist kann je Krankenversicherungsträger unterschiedlich sein.

Durch das nachträgliche verwenden der e-card reduziert sich die Anzahl der durchgeführten ohne e-card-Fälle und das Limit wird nicht so rasch erreicht.

2.10 Die Datenübermittlung

Der Ordinationsclient ist mit dem e-card-Server über einen GIN-Zugangsnetz online verbunden.

Der Arzt stellt mittels



- Stecken der e-card ODER
 - Stecken der Ordinationskarte und Eingabe der SV-Nummer UND
 - Eingabe der Konsultationsdaten (z.B. des richtigen Behandlungsfalles, Krankenversicherungsträgers)
- eine Anspruchsabfrage an den e-card-Server.

Am e-card-Server werden die Anspruchsprüfungen durchgeführt, und die Ordinationshilfe erhält danach entweder eine Fehlermeldung oder die Mitteilung, dass die aktuelle Konsultation am e-card-Server gespeichert wurde und abgerechnet werden kann.

Die Ordinationshilfe kann sodann diese Meldung bestätigen oder die soeben gespeicherte Konsultation stornieren

2.11 Vorgangsweise bei Störfällen

Im Störfall können keine Anspruchsabfragen an den e-card-Server gerichtet werden.

Es gibt mehrere Arten von Störfällen:

2.11.1 Störung am e-card-System oder im Netz:

Hat das e-card System (der e-card Server) oder das Netz eine Störung, gibt es trotzdem für den Arzt eine Abrechnungsgarantie auf alle im Zeitraum der Störung erfassten Konsultationen. Eine allfällige negative Anspruchsprüfung (die ja zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt wird) kann außer acht gelassen werden. Die Verrechnung dieser Konsultationen wird auf organisatorischem Wege mit dem verrechnungszuständigen Sozialversicherungsträger abgewickelt. Die Sozialversicherungsträger erhalten ebenfalls Informationen über Störfälle.

In beiden Fällen erhält die Ordinationshilfe eine Fehlermeldung über die Art der Störung und muss in weiterer Folge die Störung bei der Serviceline unter Bekanntgabe der Vertragspartnernummer und der GINA-ID melden.

Die e-card ist zu verwenden. Bis zur Behebung der Störung hat die Ordinationshilfe alle Daten offline zu erfassen und diese in der GINA sammeln. Die Daten werden später gesammelt (sh. Pkt. 2.13) an den e-card-Server gesendet.



2.11.1.1 Antwortzeiten

Ist die Antwortzeit (also jene Zeit die verstreicht, bis der Arzt vom e-card-Server eine sogen. Response auf eine online durchgeführte Anspruchsprüfung erhält) durchschnittlich länger als 5 Sekunden, hat der Arzt ebenfalls die Serviceline anzurufen. Diese überprüft und dokumentiert in weiterer Folge, ob bzw. dass die Verbindung zwischen dem e-card-Server und dem Router des betroffenen Arztes nicht im vereinbarten Ausmaß funktioniert (Ein solcher Mangel liegt in der Verantwortlichkeit des Telekom Providers).

2.11.2 Störung der GINA und/oder der Arzt-EDV

Konsultationsdaten können bei dieser Art von Störung nicht offline erfasst und im Gesundheitsinformationsnetz-Adapter gesammelt werden. Die Ordinationshilfe notiert alle zur Anspruchsabfrage nötigen Daten (Sozialversicherungsnummer, allenfalls den leistungszuständigen Sozialversicherungsträger des Patienten, das Behandlungsdatum und den Behandlungsfall), um diese später nacherfassen zu können.

Ist der GINA gestört, besteht Abrechnungsgarantie für den Arzt.

Besteht eine Störung im Bereich der Hard- und Software in der Arztordination (ist also bspw. Arzt-PC oder Tastatur defekt), besteht keine Abrechnungsgarantie für den Arzt.

2.11.3 Ordinationskarten defekt oder nicht vorhanden

Wurden alle Ordinationskarte verloren, gestohlen, oder sind sie defekt liegt ein Störfall vor.

Konsultationsdaten können ohne dem Einsatz einer Ordinationskarte nicht erfasst werden. Die Ordinationshilfe notiert alle zur Anspruchsabfrage nötigen Daten, um diese später nacherfassen zu können. Die Verrechnung dieser Konsultationen wird auf organisatorischem Wege mit dem verrechnungszuständigen Sozialversicherungsträger abgewickelt.

Es besteht keine Abrechnungsgarantie für den Arzt.

Defekte oder verlorene Ordinationskarten sind bei der Serviceline zu melden.

2.12 Hausbesuch

Der Arzt hat vor oder nach der Visite eine Anspruchsprüfung durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer (siehe 2.9) durchzuführen bzw. durch die Ordinationshil-



fe durchführen zu lassen. Die Bestimmungen über das ohne e-card- Limit (2.9.1) gelten nicht.

Ist eine Anspruchsabfrage vor der Visite nicht möglich, notiert die Ordinationshilfe alle nötigen Daten (SV-Nummer, allenfalls den leistungszuständigen Sozialversicherungsträger des Patienten, das Behandlungsdatum und den Behandlungsfall), um diese später nacherfassen zu können.

Abrechnungsgarantie besteht in jenen Fällen, in denen die Anspruchsabfrage mit positiver Rückantwort vom e-card-Server durchgeführt wurde.

2.13 Die Übertragung von offline erfassten Daten:

1. Daten, die offline erfasst wurden, sind auf der GINA temporär gespeichert
2. Für Fehler im e-card System und/oder im GIN-Zugangsnetz gibt es folgende Regelung:
 - a. Daten werden Offline erfasst
 - b. Störungsmeldung bei der e-card Serviceline
 - c. Sobald die Verbindung zum e-card System aufgebaut ist, wird der Arzt aufgefordert, die offline erfassten Daten zu übertragen. Nach 3 Kalendertagen erfolgt die automatische Übertragung dieser Daten.
 - d. Wurde keine Störung bei der e-card Serviceline gemeldet, können nur die ersten drei Kalendertage des Offline Modus abgeglichen werden. Um auch die anderen Tage abgleichen zu können, ist die e-card Serviceline zu kontaktieren
3. Die Offline-Daten werden einzeln von der GINA an den Server übertragen. Die Übertragung funktioniert im Hintergrund, sodass der Ordinationsbetrieb nicht gestört ist. Alle Anspruchsabfragen mit negativer Anspruchsprüfung verbleiben bis zum Ende der Abrechnungsperiode (+ Nachbringfrist) im Gesundheitsinformationsnetz-Adapter-Speicher (siehe aber P. 2 lit d) und können so lange noch ergänzt werden. Werden diese Daten nicht ergänzt (und erhalten in weiterer Folge eine positive Anspruchsprüfung), werden sie nicht als Konsultation am e-card-Server gespeichert und sind in weiterer Folge nicht abrechenbar.

2.14 Die Anforderung von Konsultationsdaten

Der Vertragspartner hat die Möglichkeit, jene Konsultationen, die durch ihn, also mit seiner Ordinationskarte erfasst wurden, vom e-card-Server anzufordern und zu speichern (er kann also nachsehen, ob ein „elektronischer Krankenschein“ erfasst wurde). Dazu gibt es im e-card-System die entsprechende Funktion. Dies gilt für Daten einer Abrechnungsperiode bis zu sechs Monate nach Ende derselben.

Nach Aufruf dieser Funktion kann der Vertragspartner weitere Selektionen treffen



Diese vom e-card-Server gelieferten Daten können sodann vom Vertragspartner

- als File lokal am PC gespeichert
- oder auf einen an dem Gesundheitsinformationsnetz-Adapter anzubringenden USB-Stick geladen werden.

Im Bedarfsfalle (bei Honorarstreitigkeiten) können Daten bis zu sieben Jahre nach ihrer Erzeugung über den SV-Träger vom e-card-Server angefordert werden



3 Genehmigungsdienst beim KV-Träger

Die Kontaktaufnahme des Patienten mit dem Genehmigungsdienst des leistungsfähigen Krankenversicherungsträgers erfolgt entweder persönlich oder telefonisch beim Krankenversicherungsträger.

Es wird der Sachverhalt für die Anforderung einer zusätzlichen Erstkonsultation in der Prüfperiode (für ein bestimmtes Fachgebiet) vom Patienten dargestellt.

Wird eine zusätzliche Erstkonsultation vom Krankenversicherungsträger genehmigt, wird diese zentral gespeichert



4 Konsultation ohne Patientenkontakt

Eine "Konsultation ohne Patientenkontakt" ist die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes ohne physischer Anwesenheit des Patienten mittels Zuweisung, die in der Folge als Anspruchsnachweis des Patienten dient.



5 Geldleistungsberechtigter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Handelt es sich bei dem Patienten um einen Geldleistungsberechtigten der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft, so wird der Vertragspartner üblicherweise dem Patienten eine Privathonorarnote für eine kurative Behandlung ausstellen. Dem Vertragspartner ist es auch möglich, die für einen geldleistungsberechtigten Patienten anfallenden Kosten direkt mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft abzurechnen. Dann gelten im gegenständlichen Zusammenhang die Bestimmungen für Sachleistungsberechtigte.

Für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen darf der Vertragspartner keine Privathonorarnote ausstellen, sondern muss diese als Sachleistung erbringen.

Das System zeigt dem Arzt an, ob der Patient Geld- oder Sachleistungsberechtigter ist.



Anhang



Die Daten des e-card-Systems:

Anhang 1 - Kartendaten

Daten im Public-Bereich der e-card – außen sichtbar
• Versicherungsnummer Anspruchsberechtigter
• Kartenummer
• Familienname
• Vorname
• Titel vorne
• Titel hinten

Daten, im Public-Bereich der e-card – unsichtbar im Chip - gespeichert (diese Daten werden nach dem Stecken der ecard ausgelesen)
• Geschlecht
• Geburtsdatum



Anhang 2 – Serverdaten

Patientendaten, die nach positiver Anspruchsabfrage zusätzlich bereitgestellt werden
• Leistungszuständige(r) SV-Träger ²
• Versicherungsnummer der SV-Person, von der sich der Anspruch des Patienten ableitet
• Vorname der SV-Person, von der sich der Anspruch des Patienten ableitet
• Nachname der SV-Person, von der sich der Anspruch des Patienten ableitet
• Versichertenkategorie (z.B. 05 – Pensionist)
• Anspruchsart (Sach- oder Geldleistungsberechtigter)
• Versichertenart (A- oder B-Versicherter der VaöE)
• Gebührenbefreiungen (Rezeptgebühren-, Kostenanteilsbefreiung)

Konsultationsdaten, die nach positiver Anspruchsabfrage zusätzlich bereitgestellt werden
•
• Konsultationsart (Erst- oder Folgekonsultation, mit/ohne e-card, nacherfasst etc.)

² Abhängig vom Anspruchsverhältnis des Patienten und/oder der Eingabe des Vertragspartners



Vertragspartner- und sonstige verrechnungsrelevante Daten, die den Konsultationsdaten zusätzlich zugeordnet werden
• Vertragspartnernummer
• Fachgebiet
• Kartenummer
• Ordinationsnummer (wichtig bei Zweitordinationen)
• Bearbeitungstagesdatum
• Behandlungstagesdatum
• Ursprünglich erfasster SVT
• Behandlungsfall
• Identifikationsnummer der Konsultation
• Leistungszuständiger SVT
• Verrechnungszuständiger SVT
• Bezugsbereich (KU, VU)
• Bundeslandkurzbezeichnung
• Signatur e-card/Ordinationskarte
• Signatur des e-card-Servers