

Gesamtvertragliche Vereinbarung – Neufassung 2021

betreffend die e-card als Anspruchsnachweis, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) einerseits und der Ärztekammer für Vorarlberg, Kurie der niedergelassenen Ärzte, andererseits.

Präambel

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Gruppenpraxen

Die Bestimmungen gelten für Vertragsgruppenpraxen sinngemäß.

§ 1

Geltung des e-card Gesamtvertrages

- (1) Die Gesamtvertragliche Vereinbarung über die Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherungen in den Ordinationen niedergelassener Ärzte, abgeschlossen zwischen dem HV der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern vom 16. Dezember 2004 wird als Anlage A in diese gesamtvertragliche Vereinbarung aufgenommen. Ausdrücklich werden sämtliche Änderungen der Vereinbarung vom 16. Dezember 2004 als Inhalt dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung vereinbart.
- (2) Zu der in Abs. 1 vereinbarten Gesamtvertraglichen Vereinbarung werden die in den folgenden Bestimmungen enthaltenen Ergänzungen bzw. Abweichungen vereinbart.

§ 2

Verwendung der e-card

Die Vertragsparteien und auch die Vertragsärzte sollen darauf hinwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt. Die Regelungen gem. § 3 sollen daher grundsätzlich Ausnahmefälle betreffen. Auch zur Vermeidung unnötiger Folgeprobleme (z.B. § 3 Abs. 6) sollen die Vertragsärzte auf die richtige Eingabe des zutreffenden Behandlungsfalles (insbesondere ob Regelfall bzw. Zuweisung, Vertretung, Behandlung während des Urlaubes, dringende Behandlung bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Arztes, Vorsorgeuntersuchung) achten.

§ 3

Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card bzw. eines e-card-Ersatzbeleges sowie bei negativer Anspruchsprüfung

(1) Vergessen der e-card bei der Erstkonsultation

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil er sie vergessen hat, und behauptet, versichert zu sein, bestehen für den Vertragsarzt folgende Möglichkeiten:

1. Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich (= Erste Hilfe) ist (diesfalls gilt eine online Prüfung mit der o-card als verpflichtend) – die Behandlung ab und fordert den Patienten auf, die e-card beizubringen.
2. Der Vertragsarzt behandelt den Patienten als Privatpatienten, sofern dieser damit einverstanden ist und die Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C) unterfertigt. Eine Verrechenbarkeit der erbrachten Leistungen (auch allfälliger weiterer Leistungen im gleichen Abrechnungszeitraum zB für weitere Konsultationen) mit dem Versicherungsträger ist unzulässig.

Der Vertragsarzt kann aber dem Patienten insbesondere aus sozialen Erwägungen die Möglichkeit geben, bei Nachbringen der e-card als Kassenpatient behandelt zu werden, indem er die Ordinationskarte (o-card) steckt und die Anspruchsberechtigung online prüft.

Steckt der Vertragsarzt die o-card gilt folgende weitere Vorgangsweise:

- 1.1 Bei positiver Anspruchsprüfung löst der Vertragsarzt den zutreffenden Behandlungsfall mit seiner o-card. Der Vertragsarzt kann vom Patienten einen Erlag verlangen, damit dieser seine e-card nachbringt (ist die ärztliche Behandlung unabweislich (= Erste Hilfe) und der Patient kann den Erlag nicht leisten, ist auf die Einhebung zu verzichten). Wird die e-card vom Patienten bis spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals nachgebracht, ist der Erlag dem Patienten zurückzuzahlen. Der Erlag ist jedenfalls zurückzuzahlen, wenn die Leistungen mit der Kasse verrechnet und von dieser honoriert werden.
- 1.2. Bei negativer Anspruchsprüfung (obwohl der Patient dem Vertragsarzt bisher als Versicherter bekannt war bzw. der Patient erklärt, krankenversichert zu sein und noch keinen Arzt desselben Fachgebietes im selben Quartal in Anspruch genommen zu haben) bestehen für den Vertragsarzt folgende Möglichkeiten:

- a) Der Vertragsarzt behandelt den Patienten und verweist ihn zur Klärung des Anspruches an die Kasse, wobei der Vertragsarzt keine Honorargarantie hat, weshalb er berechtigt ist, vom Patienten einen Erlag zu verlangen (ist die ärztliche Behandlung unabweislich (= Erste Hilfe) und der Patient kann den Erlag nicht leisten ist auf die Einhebung zu verzichten).

Legt der Patient in solchen Fällen binnen 14 Tagen einen von der Kasse ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vor, ist der Erlag dem Patienten zurückzuzahlen. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt (darf die Leistung aber nicht zugleich dem Versicherungsträger verrechnen). Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

- b) Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich (= Erste Hilfe) ist (diesfalls gilt lit a verpflichtend) die Behandlung ab und verweist den Patienten zur Klärung an die Kasse.

- c) Als Alternative zur Verweisung des Patienten an den Versicherungsträger gemäß lit a bestehen folgende weitere Möglichkeiten:

ca) Während der Amtsstunden des Versicherungsträgers kann der Vertragsarzt oder der Patient telefonisch mit dem Genehmigungsdienst des Versicherungsträgers Kontakt aufnehmen und versuchen, den Anspruch zu klären (online eine positive Anspruchsprüfung frei zu schalten); gelingt dies, gilt Pkt. 1.1, gelingt dies nicht, gilt lit.a. oder lit b.

cb) Außerhalb der Amtsstunden des Versicherungsträgers kann der Vertragsarzt per e-mail oder Telefax (unter Angabe der Versicherungsnummer und des Vor- und Zunamens des Patienten sowie dem Hinweis, dass im e-card-System keine Anspruchsberechtigung gespeichert ist) beim Genehmigungsdienst versuchen, den Anspruch zu klären. Meldet der Versicherungsträger binnen 14 Tagen eine positive Anspruchsprüfung zurück, verrechnet der Vertragsarzt die bei der betreffenden Konsultation angefallenen Leistungen mit dem Versicherungsträger und zahlt einen allfällig einbehaltenen Erlag zurück. Bei nicht rechtzeitiger oder negativer Rückmeldung ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt (darf die Leistung für diese Konsultation aber nicht zugleich dem Versicherungsträger verrechnen). Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich die Bestätigung des Versicherungsträgers der Abrechnung beizulegen.

- (2) e-card defekt oder gesperrt oder Patient hat noch keine e-card bei der Erstkonsultation

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil diese defekt oder gesperrt ist oder er noch keine e-card hat, ist

vom Arzt die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die unter Abs. 1 Ziff. 1.1 und 1.2 geregelte weitere Vorgangsweise, wobei im Fall des Abs 1 Z 1.1. kein Erlag verlangt werden darf (sehr wohl jedoch im Fall des Abs 1 Z 1.2) .

(3) Vorgehensweise bei Folgekonsultationen

Erscheint der Patient bei einer Folgekonsultation ohne e-card in der Arztpraxis (oder ist die e-card defekt oder gesperrt) und behauptet, versichert zu sein, ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die unter Abs. 1 Ziff. 1.1. und 1.2. geregelte weitere Vorgangsweise mit der Maßgabe, dass vom Patienten im Fall des Abs 1 Z 1.1. kein Erlag mehr verlangt werden darf (sehr wohl jedoch im Fall des Abs 1 Z 1.2).

(4) e-card-Ersatzbeleg statt e-card

Ein vom Patienten statt der e-card vorgelegter und von der Kasse ausgestellter für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) ist einer e-card gleichwertig. Der Vertragsarzt ist jedoch zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen. Behauptet der Patient jedoch, von der Rezeptgebühr befreit zu sein, steckt der Vertragsarzt jedenfalls die o-card und wählt den zutreffenden Behandlungsfall.

(5) Negative Anspruchsprüfung mit e-card

Erscheint der Patient mit der e-card, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ dann gilt die

Vorgangsweise gemäß Abs. 1 Ziff. 1.2.

(6) Belegung des Regelfalles (Zuweisung)

Ergibt die Online-Anspruchsprüfung, dass der Patient zwar versichert ist, der Regelfall (bzw. die Zuweisung) aber für dieses Fachgebiet und das Quartal bereits abgebucht wurde, und liegt kein anderer Behandlungsfall (z.B. Vertretung, dringende Behandlung bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, Behandlung im Bereitschaftsdienst, Urlaub, Dienstreise, nach Wohnungswechsel) vor und

- der Patient gibt an, dass die vorangegangene Abbuchung des Regelfalles zu Unrecht erfolgte, weil er den zuvor konsultierten Vertragsarzt als Vertreter, bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, im Bereitschaftsdienst, im Urlaub oder bei einer Dienstreise in Anspruch genommen hatte

oder

- der Patient gibt wichtige Gründe für einen Arztwechsel während des laufenden Quartals an (z.B. schwerwiegende Störung des Arzt-Patientenverhältnisses),

gilt die Vorgangsweise gemäß Abs. 1 Ziff. 1.2.

(7) Keine online-Anspruchsprüfung möglich

Kann ein Patient die e-card (oder einen von der Kasse ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg – Anlage B) nicht vorlegen und ist eine positive Online-Anspruchsprüfung mit der Ordinationskarte nicht möglich, weil Patient und Arzt die Versicherungsnummer nicht wissen, bzw. die Sozialversicherungsnummer-Abfrage über das e-card-System ergebnislos bleibt, gilt Abs 1 Ziff. 1.2 analog.

(8) Negative Anspruchsprüfung nach Visite

Kann im Zuge der Nacherfassung von Visiten keine positive Anspruchsprüfung durchgeführt werden, ist der Vertragsarzt berechtigt, dem Patienten eine Privathonorarnote auszustellen, sofern der Patient nicht binnen 14 Tagen einen von der Kasse ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vorlegt. Darüber ist der Patient (z.B. auf der Privathonorarnote) ausdrücklich aufzuklären. Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

(9) Fristenhemmung bei Handlungsunfähigkeit

Ist der Patient krankheitsbedingt zur Erfüllung seiner oben angeführten Obliegenheiten nicht fähig, beginnt die Frist für die Vorlage des von der Kasse auszufüllenden und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleges lt. Anlage B entweder mit Wiederherstellung dieser Fähigkeit oder mit einer entsprechenden Aufforderung des Vertragsarztes an einen Vertreter (insbesondere Angehörigen) des Patienten. Die Frist für den Patienten endet jedoch stets spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals, auch wenn er bis dahin krankheitsbedingt noch immer nicht in der Lage ist, seine Obliegenheiten zu erfüllen.

(10) Mit der Abrechnung sind alle e-card-Ersatzbelege (Anlage B) und alle vom Vertragsarzt wegen einer Störung, bei der die Konsultationsdaten auch nicht offline erfasst werden konnten, ausgestellten Patientenerklärungen (Muster lt. Anlage C) vorzulegen. Eine Honorierung der anlässlich einer Konsultation erbrachten und verrechneten Leistungen erfolgt, wenn für den entsprechenden Tag der Leistungserbringung im e-card-System entweder

1. eine Konsultation mittels e-card gespeichert ist oder

2. eine Konsultation mittels o-card gespeichert ist oder

3. wenn weder eine Konsultation mittels e-card noch mittels o-card gespeichert ist, dafür aber ein von der Kasse ausgestellter und für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) bzw. eine Bestätigung gem. Abs. 1 Z 1.2 lit. cb bzw. eine vom Vertragsarzt unterfertigte Patientenerklärung (Muster lt. Anlage C), die wegen einer Störung, bei der die Konsultationsdaten auch nicht offline erfasst werden konnten, ausgestellt wurde, der Abrechnung beiliegt.

(11) Wesentliches Ziel ist es, dass die e-card lückenlos gesteckt bzw. den Formalvorschriften des Abs. 10 Ziff. 1 bis 3 lückenlos entsprochen wird. Angesichts des zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung

geltenden Honorierungssystem (Gesamtvergütung) und um Härtefälle im Einzelfall sowie technische Probleme in der Abstimmung zwischen Abrechnungs- und Abstimmungsdatensatz pauschal zu berücksichtigen wird vereinbart, dass in bis zu 3% der Folgebehandlungen im Abrechnungszeitraum eine Honorierung auch dann erfolgt, wenn den Formalvorschriften des Abs. 10 Ziff. 1 bis 3 nicht entsprochen wird. Folgebehandlungen im Abrechnungszeitraum, die den Formalvorschriften des Abs 10 Ziff. 1 bis 3 nicht entsprechen und die am Ende des Abrechnungszeitraumes nach ihrer umgekehrten Reihenfolge – maßgeblich ist das Behandlungsdatum – über dieser Grenze liegen, werden nicht honoriert.

§ 4

Verrechnung bei Mehrfachversicherung und Versicherungswechsel

(1) Mehrfachversicherung:

Liegt bei einem Patienten eine mehrfache Anspruchsberechtigung (als Versicherter oder Angehöriger) vor, können die Leistungen in einem Quartal nur mit jenem Versicherungsträger verrechnet werden, der als erster in Anspruch genommen (beim ersten Stecken der e-card bzw. Ordinationskarte ausgewählt) wurde.

(2) Versicherungswechsel:

Wechselt während eines Quartals die Versicherungszuständigkeit, ist zu unterscheiden, ob es sich um die ÖGK oder um einen Sonderversicherungsträger handelt:

1. Bei der ÖGK kann im selben Quartal kein zusätzlicher Behandlungsfall abgerechnet werden
2. Wird von oder zu einem Sonderversicherungsträger gewechselt, sind alle Leistungen, die nach dem Zuständigkeitsübergang erbracht wurden, mit dem zuständig gewordenen Versicherungsträger zu verrechnen.

§ 5

Kündigung / Erlöschen

(1) § 1 dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung ist nicht gesondert vom Gesamtvertrag vom 10.11.1956 in der jeweils geltenden Fassung kündbar.

(2) Unbeschadet Abs. 1 kann diese Gesamtvertragliche Vereinbarung von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief teilaufgekündigt werden.

(3) Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung erlischt mit Kündigung der Gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 16.12.2004 (Anlage A) gemäß deren § 15. Die Geltung des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 in der jeweils geltenden Fassung bleibt dadurch unberührt.

§ 6 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft und ersetzt die gesamtvertragliche Vereinbarung über die Einführung der e-card als Anspruchsnachweis vom 03.02.2010 idF der 3. Zusatzvereinbarung vom 05.12.2018.

§ 7 Verlautbarung

Diese Gesamtvertragliche Vereinbarung und alle Änderungen werden binnen zwei Wochen nach deren Unterfertigung auf der Homepage der Ärztekammer verlautbart und der Versicherungsträger von der erfolgten Verlautbarung unmittelbar verständigt.

Dornbirn, Wien, am 14.12.2021

Für die Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg:

Der Kurienobmann:

Der Präsident:

MR Dr. Burkhard Walla

OMR Dr. Michael Jonas

Für die Österreichische Gesundheitskasse:

Für den leitenden Angestellten:

Der Obmann:

Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter

Andreas Huss, MBA

Anlagen

- Anlage A** Gesamtvertragliche Vereinbarung über die e-card vom 16.12.2004
samt Technischer Beilage
- Anlage B** Formular „e-card-Ersatzbeleg“
- Anlage C** Formular „Patientenerklärung“

Anlage A

Gebührenfrei
gemäß § 108 ASVG

Gesamtvertragliche Vereinbarung

über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte, abgeschlossen zwischen dem HV der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge HV genannt) im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (in der Folge BKNÄ genannt) im eigenen Namen und im Namen aller Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern.

Präambel

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf eine bestimmte Person ist die jeweilige geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

I.

Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen

§ 1

(1) Die BKNÄ bzw. die Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern und der HV bzw. die österreichischen Sozialversicherungsträger werden als Partner gemeinsam alles unternehmen, um den hohen Standard des österreichischen Gesundheitswesens im Interesse der Versicherten und Patienten auch in Zukunft sicherzustellen. Hohe Qualität der Medizin, chancengleicher Zugang zu medizinischen Leistungen und hohe Servicequalität haben hierbei im Vordergrund zu stehen. Die Partner werden bezüglich Qualität und Zielgenauigkeit der Erbringung

medizinischer Leistungen eng zusammenarbeiten, die Ausgabenentwicklungen gemeinsam beobachten und notwendige Steuerungsmaßnahmen gemeinsam setzen (vgl. auch Abschnitt IV.).

(2) Die BKNÄ bzw. die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern sowie die österreichischen Sozialversicherungsträger und der HV betrachten die flächendeckende Einführung der e-card der österreichischen Sozialversicherung ab 2005 als einen der zentralen Bestandteile einer partnerschaftlichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (vgl. auch Abschnitt II.)

(3) Die e-card stellt eine Schlüssellochkarte im Gesundheitswesen dar. Unter der unumstößlichen Prämisse der Selbstbestimmung des Patienten über seine Gesundheitsdaten soll es möglich sein, dass nach dem Vier-Augen-Prinzip (neben der e-card ist auch die Berechtigungskarte des Arztes notwendig) auf Gesundheitsdaten des Patienten zugegriffen werden kann.

(4) Die Partner werden die für die gemeinsame Arbeit notwendigen Daten austauschen. Zu diesem Zweck sind Rahmenbedingungen zu erarbeiten, welche die rechtliche Verankerung und die effiziente technische Durchführung ermöglichen sollen. Die Vereinbarungen sind entsprechend der Möglichkeiten der Partner schrittweise mit der flächendeckenden Einführung der e-card umzusetzen; gegebenenfalls unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede (vgl. auch Abschnitt III).

(5) Weiters besteht Einigkeit, dass hinsichtlich der Durchführung dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung dem Datenschutz im Sinn des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl I 185/1999 idF BGBl I 136/2001 und des Signaturgesetzes BGBl I 190/1999 idF BGBl I 152/2001 besonderes Augenmerk zu widmen ist.

(6) Der Datenfluss zwischen Arzt (Gruppenpraxis), e-card-Server, HV und Krankenversicherungsträger wird in der technischen Beilage (§ 8 Abs 1) definiert. Jedenfalls muss sichergestellt werden, dass die Uhrzeit der Datenübermittlung vom Arzt an den e-card-Server (Zeitstempel) nicht an die Sozialversicherungsträger weitergegeben wird.

(7) Aus dem Arztrechnersystem dürfen vom HV bzw. von den Sozialversicherungsträgern sowie vom Betreiber des e-card-Servers keinerlei Daten ausgelesen werden. Der Betreiber des e-card-Servers hat diese Verpflichtung ausdrücklich zu bestätigen. Sämtliche gem. § 51 ÄrzteG zu dokumentierenden Daten dürfen durch das e-card-System nicht berührt werden; sie bleiben als hochsensible Daten ausschließlich dem Arzt-Patienten-Verhältnis vorbehalten.

(8) Die Verwendung irrtümlich oder sonst wie erlangter Daten wird ausdrücklich sowohl während der Geltung dieses Vertrages als auch nach seinem Außerkrafttreten jedenfalls ausgeschlossen und verzichtet HV und e-card-Server-Betreiber ausdrücklich und unwiderruflich auf die Verwertung derlei Daten. Derlei irrtümlich oder sonst wie erlangte Daten sind von HV, e-card-Server-Betreiber und Sozialversicherungsträgern unverzüglich zu löschen.

(9) Bezüglich der ordnungsgemäßen Abwicklung dieses Vertrages wird bei der das e-card-System betreibenden Institution ein Beirat mit Vertretern der BKNÄ eingerichtet. Im Rahmen dieses Beirates werden der BKNÄ Kontrollkompetenzen, insbesondere hinsichtlich der Einhaltung der Bestimmungen über den Datenfluss (§ 1 Abs 6) und Datenschutz zwischen Patient und Arzt, Arzt und e-card-Server, e-card-Server und Krankenversicherungsträger eingeräumt.

(10) Der HV wird die einheitlichen Grundsätze gem. § 340a ASVG über die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte (Verlautbarung 148/2002 idgF) an die nach Einführung des e-card-Systems zu erfolgenden Abrechnungen und das sich daraus ergebende geringere Datenmaterial (angesprochen sind insbes. Dienstgeber-Adressen) anpassen.

II.
Einführung der e-card
e-card statt Krankenschein

§ 2

(1) Die e-card der österreichischen Sozialversicherung ersetzt mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung den Krankenschein. Die Partner werden gemeinsam und unabhängig voneinander dafür sorgen, dass alle von der Funktion der e-card als Krankenscheinersatz Betroffenen in ausreichendem Maß über Verwendung und Funktion der e-card informiert werden.

(2) Das Wort " e-card" im Sinn dieses Vertrages umfasst auch die mit ihr verbundenen Organisationsformen, Geräte, Programme und Abläufe, wenn diese notwendig sind, um Funktionen der e-card zu ermöglichen. Eine im Sinn dieser Organisationsformen usw. benutzte e-card ist mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung Anspruchsnachweis im Sinn der bestehenden Vertragsbeziehungen (Gesamtverträge, Einzelverträge, Durchführungsabkommen usw.).

(3) Personen, deren e-card mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung verwendet wird (Einlesen der e-card), sind wie Personen zu behandeln, die einen Krankenschein, Krankenkassenscheck, Behandlungsschein, Arzthilfenachweis, Arzthilfeschein, Überweisungsschein oder einen sonst bisher als Anspruchsnachweis oder Abrechnungsgrundlage akzeptierten Beleg vorweisen. Der Patient hat die e-card bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes (einer Gruppenpraxis) vorzulegen.

(4) Für den Bereich der Sozialversicherung gilt im bisherigen Krankenscheinsystem die Regelung, dass die Inanspruchnahme der Krankenbehandlung in Krankenhausambulanzen/Ambulatorien hinsichtlich des Nachweises der Anspruchsberechtigung nach den gleichen Kriterien zu erfolgen hat wie die Inanspruchnahme eines nieder-

gelassenen Facharztes. Die bisherige Regelung wird in das e-card-System übernommen.

(5) Folgebelege sind vom Arzt (von der Gruppenpraxis) unter Berücksichtigung der nachfolgenden Bestimmungen (insbes. § 4) unter Verwendung der online zur Verfügung gestellten Daten zu erzeugen.

§ 3

Ordinationsausstattung

(1) Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) ist verpflichtet, in der Ordination die für die Verwendung des e-card Systems notwendigen Voraussetzungen (insbesondere Hardware und Netzzugang) zu schaffen. Die spezielle e-card-Hardware (GINA-Box) und die dazugehörige Software (beides wird von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt) stehen im Eigentum der Sozialversicherung bzw. deren Auftragnehmer oder Systemvertragspartner und werden auf deren Kosten betriebsbereit gehalten bzw. allenfalls erneuert. Eine Unterstützung der Arzt-Softwarehersteller durch den HV wird erfolgen.

(2) Die anteilige Kostentragung für Anschaffungs-, Installations- und Betriebskosten erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Sozialversicherung übernimmt pro Vertragsordination (auch vertraglich vereinbarte Zweitordination) einmalig die Kosten für die e-card-Geräteausstattung (GINA, Lesegerät) und die Kosten für deren Installation (nicht die Kosten für eine Integration in die Arztsoftware). Dies gilt bis zum 31.12.2008 auch für Neuinvertragnahmen auf neuen Ordinationsstandorten.
2. Die Sozialversicherung übernimmt weiters den Aufpreis für den Router mit zwei Eingängen (LAN-Anschlüsse) die Kosten für die Servicelevels und die Wartung für die e-card-Grundausstattung (Z 1).
3. Die laufenden Kosten (Anschluss- und Betriebskosten - exklusive Wartung gem. Z 2) für den GIN-Zugangnetz-Anschluss (Anschluss in ADSL-Technologie, Router mit zwei Eingängen, GINA) sind von den Vertragsärzten (Vertragsgrup-

penpraxen) zu übernehmen und ihnen direkt zu verrechnen. Allfällige ISDN-Ersatz-Schaltungskosten sind innerhalb der Peering Point-Gesellschaft zu regeln, dh. es darf daraus keine Mehrkosten für Ärzte geben.

4. Die Sozialversicherung leistet einen einmaligen Betrag in der Höhe von drei Millionen Euro, wobei dieser Betrag in drei aufeinander folgenden Jahren ab flächendeckender Einführung der e-card (Abschluss des Rollouts) nach folgendem Modus zur Auszahlung gelangt: Mit flächendeckender Einführung der e-card (frühestens mit 1.1.2006) 1,5 Mio Euro; ein Jahr danach 1 Mio Euro; ein weiteres Jahr danach 0,5 Mio Euro.
5. In die Regelungen hinsichtlich der Kostenabgeltung werden auch jene Vertragsärzte mit ausschließlichem Vorsorgeuntersuchungsvertrag einbezogen, die im Jahr vor der Ordinationsausstattung mindestens 150 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt haben.
6. Die Wiener Krankenversicherungsträger leisten an Wiener Vertragsärzte (Vertragsgruppenpraxen) einen Einmalbetrag von insgesamt 603.000,- Euro (hinsichtlich des Auszahlungsmodus gilt Z 4 sinngemäß).

(3) Die Anwendungsmöglichkeiten der e-card in der Wahlarztpraxis (Wahlarztgruppenpraxis), der Datenfluss sowie Rechte und Pflichten der Wahlärzte (Wahlgruppenpraxen) sind zwischen HV und BKNÄ zu vereinbaren.

(4) Der HV und die Versicherungsträger haben darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes (der Vertragsgruppenpraxis) auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

§ 4

Rechte und Pflichten des Vertragsarztes (der Vertragsgruppenpraxis)

(1) Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) 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 bei der ersten Inanspruchnahme im Abrechnungszeitraum einzulesen. Bei Folgeinanspruchnahmen im Abrechnungszeit-

raum ist das Einlesen möglich und hat - sofern die übrigen vertraglichen Bestimmungen eingehalten werden - auf die Verrechenbarkeit keinen Einfluss. Ab der Einführung des elektronischen Rezeptes, jedenfalls ab 1.1.2009, ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes (der Gruppenpraxis) einzulesen. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben - sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird - die bisherigen Regelungen unberührt.

(2) 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 (der Gruppenpraxis) eingelesen wird.

(3) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (vgl. § 5 Abs 1) wird im e-card-System gespeichert. Die Speicherung bzw. Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs 1 nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes eingelesen wurde bzw. die SV-Nummer eingegeben wurde (vgl. § 5 Abs 1) und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat, noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum bzw. innerhalb der gem. Punkt 2.9. der Technischen Beilage genannten Nachfrist nachgeholt werden.

(4) Die e-card ist eine Keycard (Schlüssel- und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Nachträgliche Prüfungen kommen daher nur auf Grund einer Störung und bei Hausbesuchen sowie bei dem in § 4 Abs 3 letzter Satz beschriebenen medizinischen Notfall in Frage. Konsultationen, die während einer Störung des e-card-Systems erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs 1 ohne Rücksicht auf das Resultat der Anspruchsprüfung abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Liegt die Störung allerdings im Bereich des Arztes (vgl. dazu die Beschreibung dieses Störfalles unter Punkt 2.11. der Technischen Beilage) verliert er diese Abrechnungsgarantie.

(5) Der Vertragsarzt kann - allerdings ohne Abrechnungsgarantie - bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen die außerhalb einer Störung offline eingelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln (vgl. Punkt 2.13. der Technischen Beilage).

(6) Konsultationen, die anlässlich eines Hausbesuches erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs 1 abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen.

(7) Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Arzt (der Gruppenpraxis) das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten einer Abrechnungsperiode bis zu sechs Monate nach Ende derselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Aufbewahrungsfrist bis zur rechtskräftigen Entscheidung.

Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber vom zuständigen SV-Träger in Kenntnis zu setzen.

§ 5

Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card

(1) Erscheint der Patient ohne e-card in der Arztpraxis, kann der Arzt (die Gruppenpraxis) im Ausnahmefall die Anspruchsberechtigung online durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer und - falls bekannt - des zuständigen Sozialversicherungsträgers prüfen, wobei der Patient auf einem vom Arzt (der Gruppenpraxis) unter Verwendung der Sozialversicherungsnummer erzeugten Beleg durch Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen hat. Die Belege sind vom Vertragsarzt (von der Gruppenpraxis) bis zum Ende der Einspruchsfrist aufzubewahren und dem Krankerversicherungsträger auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

(2) Die in Abs 1 beschriebene Vorgangsweise ist als Ausnahme zu betrachten und soll daher auch minimiert werden.

(3) Eine Verrechnung der Leistungen ist unter den sonstigen Voraussetzungen möglich. 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. Eine Verrechenbarkeit ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn eine Online-Anspruchsprüfung den Anspruch bestätigt hat, andernfalls gilt der Patient als Privatpatient.

§ 6

System der e-card

(1) Die e-card wird auf der Basis der technischen Beilage „Die e-card als Krankenschein-Ersatz, Version 3.1“ eingeführt und weiterentwickelt (siehe Beilage); sie ist Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Eine Änderung des e-card-Systems ist mit der BKNÄ zu vereinbaren (Zustimmung), wenn dadurch die Verwendung der e-card und die diesbezügliche Vorgangsweise der Vertragsärzte (der Vertragsgruppenpraxen) wesentlich betroffen ist. Die BKNÄ ist über eine beabsichtigte Änderung des e-card-systems durch den HV zu informieren. Die Änderungen sind zwischen BKNÄ und HV zu beraten und nach Möglichkeit ist ein Konsens zu erzielen.

(3) Bei Nichteinigung kann zur Entscheidung eine Schlichtungskommission angerufen werden, die sich wie folgt zusammensetzt:

2 Wirtschaftsprüfer

2 EDV-Sachverständige

1 Jurist als unabhängiger Richter und Vorsitzender

Sowohl die BKNÄ als auch der HV haben das Recht, jeweils einen Wirtschaftsprüfer und einen EDV-Sachverständigen aus den jeweiligen Listen gerichtlich beeideter Sachverständigen des Sprengels des Oberlandesgerichtes Wien zu wählen. Der

Vorsitzende wird von HV und BKNÄ gemeinsam nominiert. Die Schlichtungskommission hat binnen sechs Wochen entgeltlich zu entscheiden.

(4) Die Schlichtungskommission ist auch hinsichtlich der Frage, ob die Änderung wesentlich ist, zuständig.

§ 7

Musterordination sowie Probetrieb in Referenzordinationen

(1) Vor dem Beginn des Probetriebes in den Referenzordinationen wird die Funktionalität des e-card-Systemes von HV und BKNÄ im Rahmen einer Musterordination gemeinsam getestet. Dieser Test bezieht sich nicht auf die Organisation eines Ordinationsablaufes. Gemeinsam sind Abnahmekriterien zu erstellen, deren Erfüllung als Voraussetzung für die flächendeckende Einführung der e-card gilt; die Erfüllung in den Referenzordinationen wird dokumentiert. Die erfolgreiche Abnahme des Systems anhand dieser Kriterien hat ebenfalls einvernehmlich zu erfolgen. Empfehlungen der BKNÄ werden bei Systementwicklungen bzw. Systemänderungen berücksichtigt werden.

(2) Mit Hilfe sogenannter Referenzordinationen wird die Auswirkung des e-card-Systems auf den innerorganisatorischen Ablauf im Zusammenhang mit der Administration der auf Rechnung der Sozialversicherung behandelten Patienten untersucht werden. Die Hälfte der Referenzordinationen ist aus dem Kreis der konventionell abrechnenden, die andere Hälfte aus dem Kreis der elektronisch (Diskette oder Honorarabrechnung per Datenfernübertragung) abrechnenden Ordinationen gewählt worden. Die Auswirkungen sind für die jeweilige Abrechnungsform getrennt zu erfassen. Hierbei sind insbesondere die Bereiche des Nachweises der Anspruchsberechtigung, der administrativen Mitarbeit des Vertragsarztes gegenüber dem Krankenversicherungsträger, der Verwaltung der Patientendaten und der Rechnungslegung relevant. Der Vergleich-Status (e-card-System) wird frühestens 9 Monate nach Einführung des e-card-Systems in der jeweiligen Referenzordination untersucht werden.

(3) Sollte sich bei den Referenzordinationen im Probebetrieb herausstellen, dass durch das e-card-system ein administrativer Mehraufwand gegenüber dem Krankenscheinsystem entstanden ist, erklären sich die Partner sowie der Referenzvertragsarzt bereit, diesen Mehraufwand durch betriebswirtschaftlich vertretbare organisatorische Maßnahmen zu beseitigen. Der aus dem Probebetrieb in den Referenzordinationen entstandene Mehraufwand ist zu vergüten.

(4) Die Untersuchungen gemäß Abs 2 werden durch eine einvernehmlich ausgewählte Firma durchgeführt werden, wobei die Kosten der Untersuchungen zu gleichen Teilen getragen werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind zur Optimierung des Systems zu verwenden.

(5) Der HV wird den Rolloutplan mit der BKNÄ abstimmen und sich für eine optimale Kooperation zwischen Ärzte-Software-Firmen und Ärzten einsetzen.

§ 8

Einführungsablauf

(1) Die österreichische Sozialversicherung wird das e-card-System ab 2005 flächendeckend einführen. Die BKNÄ und die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern sowie die Vertragsärzte (die Vertragsgruppenpraxen) werden die österreichische Sozialversicherung bei dieser Einführung des e-card-systems unterstützen, wobei die Vertragsärzte (die Vertragsgruppenpraxen) im Rahmen der jeweiligen Einführungsschritte das e-card-system verwenden werden. Im ersten Einführungsschritt wird das e-card-System im Rahmen von Probebetrieben eingesetzt werden.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich, ehe baldigst insbesondere folgende gesamtvertragliche Vereinbarungen entsprechend dem Abschnitt II dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung durch entsprechende Integration derselben und unter Wahrung ihrer separaten Kündbarkeit gemäß § 15 zu adaptieren. Dies gilt insbesondere in allen Zusammenhängen gemäß §§ 2 bis 4:

1. Gesamtvertrag der Wiener § 2-Kassen
2. Gesamtvertrag der Niederösterreichischen § 2-Kassen
3. Gesamtvertrag der Burgenländischen § 2-Kassen
4. Gesamtvertrag der Oberösterreichischen § 2-Kassen
5. Gesamtvertrag der Steiermärkischen § 2-Kassen
6. Gesamtvertrag der Kärntner § 2-Kassen
7. Gesamtvertrag der Salzburger § 2-Kassen
8. Gesamtvertrag der Tiroler § 2-Kassen
9. Gesamtvertrag der Vorarlberger § 2-Kassen
10. Gesamtvertrag der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
11. Gesamtvertrag der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen
12. Gesamtvertrag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
13. Gesamtvertrag über die Durchführung der Vorsorge-(Gesunden-)untersuchung
14. Gesamtvertrag über die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

(3) Ergänzende Vereinbarungen zu diesem Gesamtvertrag sind zwischen den jeweiligen Versicherungsträgern und den Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern bzw. der BKNÄ möglich (§ 1 Abs 4).

III.

Übermittlung von Daten

§ 9

Allgemeine Bestimmungen

(1) Der HV wird die in § 10 näher bezeichneten Daten an die BKNÄ grundsätzlich auf Datenträgern in den vom HV verwendeten (dem Stand der Technik allgemein üblichen) Konfigurationen bzw. Formaten liefern. Daten, die regelmäßig vom HV publiziert werden, wie z. B. Jahresberichte, können - sofern nicht elektronisch verfügbar - schriftlich übermittelt werden. Die Herstellung der elektronischen Lesbarkeit von

übermittelten Daten obliegt der BKNÄ. Der HV wird die Formate und Konfigurationen der Datenträger bekannt geben. Der BKNÄ werden für die Datenübermittlungen (so weit in der Folge nichts Abweichendes bestimmt wird) keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

(2) Sämtliche mit dieser Vereinbarung übernommenen Verpflichtungen des HV und der Krankenversicherungsträger zur Datenweitergabe stehen unter der Bedingung, dass der Schutz personenbezogener Daten gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gewahrt bleibt.

(3) Sollten eine oder mehrere Datenübermittlungen aufgrund rechtskräftiger Entscheidung der zuständigen Gerichte oder Verwaltungsbehörden unzulässig sein, werden diese Datenübermittlungen eingestellt. Andere Übermittlungen, welche getrennt von der unzulässigen Übermittlung fortgeführt werden können, werden davon nicht berührt.

(4) Die BKNÄ sowie Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern verpflichten sich, die ihr ausschließlich aufgrund dieser Vereinbarung übermittelten Unterlagen nicht weiterzugeben. Budgetdaten (§ 10 Abs 2 und Abs 3) sind nicht zur Veröffentlichung bestimmt.

§ 10

Weitergabe von Daten des HV an die BKNÄ

(1) Der HV verpflichtet sich, die jährlich vom HV erstellte Finanzstatistik an die BKNÄ zu übermitteln. Ebenso die von den Krankenversicherungsträgern erstellten Jahresberichte.

(2) Der HV wird der BKNÄ jährlich eine Vorschau hinsichtlich der Aufwendungen der Krankenversicherung für folgende Bereiche übermitteln:

- Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen
- Heilmittel (Arzneien)
- Heilbehelfe und Hilfsmittel
- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Anstaltspflege
- Medizinische Hauskrankenpflege
- Krankengeld

(3) Ferner wird eine Vorschau hinsichtlich der Gesamteinnahmen übermittelt.

(4) Der HV wird der BKNÄ Daten im Umfang bzw. laut Muster der Ärztekostenstatistik 1986 zur Verfügung stellen (Anlage). Die Ärztekostenstatistik basiert auf den Weisungen für die Erstellung der statistischen Nachweise für den Bereich der Krankenversicherung. Ergeben sich aufgrund von Änderungen dieser Weisungen Änderungen im Umfang der Ärztekostenstatistik (Anlage), ist dies der BKNÄ mitzuteilen und zwischen BKNÄ und HV zu vereinbaren, inwieweit diese Änderungen in der Datenübermittlung zwischen HV und BKNÄ - allenfalls unter Kostenersatz der BKNÄ - nachzuvollziehen sind.

(5) Der HV wird die Ausgaben der Krankenversicherung, untergliedert in 15 Ausgabengruppen laut Anlage, in folgender weiterer Untergliederung, zur Verfügung stellen:

- a) Direktversicherte/Mitversicherte
- b) Aktive/Pensionisten ohne BVA und VAEB.

Hinsichtlich der Ausgabengruppe "Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen" sind die Teilaufwände für Leistungen durch Vertragsärzte sowie Leistungen durch Wahlärzte ohne weitere Untergliederungen bekannt zu geben.

(8) Vom HV an die BKNÄ bereits gelieferte Daten sind im bisherigen Umfang weiterzuliefern.

(7) Der HV wird der BKNÄ folgendes Datenmaterial zur Verfügung stellen:

- Gesamtanzahl hausapothekenführender Ärzte.
- Durchschnittliche Anzahl von Rezepten, aufgrund derer hausapothekenführende Ärzte abgegeben haben.
- Durchschnittliche Anzahl von Verordnungen, die hausapothekenführende Ärzte abgegeben haben.
- Durchschnittliche Kosten von Verordnungen, die hausapothekenführende Ärzte abgegeben haben.
- Anzahl der hausapothekenführenden Ärzte nach Umsatzklassen (Umsatzklassen jeweils EURO 36.336,-).

§ 11

Weitergabe von Daten der Krankenversicherungsträger an die Ärztekammern

(1) Bestehende Regelungen zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern bleiben von § 10 unberührt.

(2) Von den Trägern an die Ärztekammern bereits gelieferte Daten sind im bisherigen Umfang weiterzuliefern.

(3) Jedenfalls sind folgende Vertragsarzt-daten in beliebigen Aufstellungen sowie Übertragungsformen vom Krankenversicherungsträger (als Abrechnungsstelle) an die Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern zu übermitteln. Der Krankenversicherungsträger wird dazu die Formate und Konfigurationen der Datenträger rechtzeitig vor Übermittlung der Daten bekannt geben:

- Pro Quartal: Zahl der Gesamtfälle, Gesamtaufwand.
- Pro Quartal getrennt in Ärzte für Allgemeinmedizin und einzelne Fachgruppen: Zahl der Ärzte (ohne Ärzte mit ausschließlichem Vorsorge[Gesunden]einzelvertrag), Zahl der Fälle, Gesamtaufwand, Aufwand für Fallpauschale, Aufwand für Sonderleistungen, Aufwand für

- Grundvergütungen für Vertreterscheine, Visitenfrequenz und Visitenaufwand (nur für Ärzte für Allgemeinmedizin).
- Pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte:
Aufwand für Mutter-Kind-Pass-Sonderleistungen gegliedert nach Fachgruppen.
 - Pro Quartal Kostenentwicklung Labor: Zahl der Fälle der Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik Aufwand für Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik. Gesamtkürzung bei Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik. Wenn bzw. sobald es für den Krankenversicherungsträger hinsichtlich der Erfassung möglich ist: Zahl der Laborfälle sonstiger Vertragsärzte.
 - Pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte insgesamt: Frequenzzahlen pro Sonderleistungsposition.
 - Anzahl der EDV-abrechnenden Ärzte nach Fachgruppen.

(4) Die Regelungen der Abs 1 bis 3 sowie des § 12 sind in die kurativen Gesamtverträge (§ 8 Abs 2 Z 1-12) zu übernehmen. § 8 Abs 2 und 3 gelten sinngemäß.

§ 12

Datengliederungskriterien

Übermittlungstermine

(1) Jene Daten hinsichtlich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die von den Krankenversicherungsträgern gesondert ermittelt werden, sind für die Laufdauer einer Bruttoabrechnung auch gegenüber den Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern (§ 11) gesondert auszuweisen.

(2) Die Daten sind vom Krankenversicherungsträger bzw. vom HV für die vereinbarten Zeiträume unmittelbar nach deren Vorliegen weiterzugeben.

IV. *Gemeinsame Steuerungsmaßnahmen*

§ 13

Konsultationsmechanismus

- (1) HV und BKNÄ werden möglichst bald einen ständigen Ausschuss einsetzen, welcher der Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen dienen soll (§ 1 Abs 1). Dieses Gremium soll personell klein gehalten werden (max. acht Personen).
- (2) Der ständige Ausschuss hat auch die Aufgabe, Streitigkeiten aus dieser Gesamtvertraglichen Vereinbarung zu behandeln (ausgenommen Streitigkeiten für die der Schlichtungsausschuss nach § 6 Abs 3 zuständig ist).
- (3) Im Anlassfall sollen auch Konsultationsmechanismen auf Landesebene bzw. zwischen BKNÄ und bundesweiten Trägern eingerichtet werden.

§ 14

Frühwarnsystem

- (1) Beabsichtigt ein Krankenversicherungsträger hinsichtlich eines bestimmten Vertragsarztes (einer bestimmten Vertragsgruppenpraxis) das gesamtvertragliche bzw. gesetzlich vorgesehene Schlichtungs-(Entscheidungs-)instrumentarium in Anspruch zu nehmen, soll eine frühzeitige Zusammenarbeit mit der zuständigen Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte gesucht werden; dies in Vorschaltung zur amikalen Aussprache.
- (2) In diesem Zusammenhang ist vom Krankenversicherungsträger das relevante Datenmaterial möglichst vollständig weiterzugeben, wobei datenschutzrechtliche Belange zu beachten sind.

§ 15

Kündigung

Dieser Gesamtvertrag sowie die in seiner Umsetzung gemäß § 8 Abs 2 erfolgten Änderungen der jeweiligen Gesamtverträge können vom HV im eigenen Namen und im Namen aller Sozialversicherungsträger sowie von der BKNÄ im eigenen Namen und im Namen aller Kurienversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Kalenderhalbjahr gekündigt werden.

§ 16

Vertragsnachfolge

Mit Abschluss dieser Vereinbarung tritt die Gesamtvertragliche Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte vom 28. Juni 1999 hinsichtlich der Bundeskurie niedergelassener Ärzte sowie der Länderkurienversammlungen niedergelassener Ärzte außer Kraft.

Wien, 16. Dezember 2004

Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer

Obmann

J. Paul



Präsident

Münzler

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Für die Geschäftsführung

Volker Schönghofer
DI Volker Schönghofer
Mitglied der Geschäftsführung

Dr. Josef KANDLHOFER
Dr. Josef KANDLHOFER
Sprecher der Geschäftsführung

Beilage

Technische Beilage „Die SV-Chipkarte als Krankenscheinersatz, Version 3.1“

Anlagen

Muster für Ärztekostenstatistik

Muster für Gliederung in 15 Ausgabengruppen (§ 10 Abs 5)



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 Network-Zugang des Arztes	6
1.3.3 „Gesundheitsinformationnetz-Adapter“	8
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 Prüfvorgang am e-card-Server	10
2.3.1 Die Gültigkeitsprüfung.....	10
2.3.2 Die versicherungrechtliche Anspruchsprüfung:	10
2.3.3 Die Vertragspartneranspruchsprüfung:	11
2.3.4 Die leistungrechtliche 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 Datenüberemittlung	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 (Europäische 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 Gesundheitsinformationszugangnetz-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- Zugangnetz(Gesundheits-Informationen-Netz) - Anschluss installiert. Dieses GIN-Zugangnetz 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-Informationen-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-Zugangnetz ermöglicht.

Es gibt mehrere Varianten, den Gesundheits-Informationen-Netz-Adapter einzusetzen:

- Stand-Along-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 Rezeptes - 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 versicherungrechtliche 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 mehrer 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 leistungrechtliche 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 oder 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 Behandlungsfales „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 einesurlaubes, 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 Arztansprucheprüfung (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 gestückt 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 vorseht (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 Antragsabfrage 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 prozentualen 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 prozentuale 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 Sozialversicherungsnummereingaben 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-Zugangnetz 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 Ordinations-



hilfe 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 leistungszuständigen 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 Sozialversicherung 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 e-card ausgelesen)
• Geschlecht
• Geburtsdatum



Anhang 2 - Serverdaten

Patientendaten, die nach positiver Anspruchsabfrage zusätzlich bereitgestellt werden

- Leistungszuständige(r) SV-Träger²
- 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)
- Versichertentyp (A- oder B-Versicherter der VaGE)
- Gebührenbefreiungen (Rezeptgebühren-, Kostenanteilsbefreiung)

Konsultationsdaten, die nach positiver Anspruchsabfrage zusätzlich bereitgestellt werden

- Konsultationsart (Erst- oder Folgekonsultation, mit/ohne e-card, nachrefasert etc.)

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



Vertragspartner- und sonstige verrechnungsrelevante Daten, die den Konsultationsdaten zusätzlich zugeordnet werden
• Vertragspartnernummer
• Fachgebiet
• Kartennummer
• 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

Anlage B

	ÖGK für		Andere Kostenträger	Erwerbstätig/ Arbeitslos/ Selbstvers.	Pensionist(in)	Kategorie(r) bleibende(r)			
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
e-card Ersatzbeleg			Gültig von bis		Grund für das Ausstellen eines e-card-Ersatzbeleges:				
Familienname	Vorname(n)	Versicherungsnummer			<input type="checkbox"/> Anspruchsberechtigung nicht am e-card-Server gespeichert aber Anspruch vorhanden (z.B. Neuanmeldung, Neugeborene, Verlängerung Angehörigeneigenschaft,...) <input type="checkbox"/> e-card gesperrt wegen Verlust, Diebstahl, Defekt <input type="checkbox"/> Grundversorgte Fremde <input type="checkbox"/> Arztwechsel leistungsrechtlich zugestimmt				
Patient	Tag	Monat	Jahr						
Anschrift				<input type="checkbox"/> VU-Vertragsarzt ohne e-card-Ausstattung <input type="checkbox"/> Nichtversicherte VU, MKP in diesen Fällen dürfen nur die VU bzw. MKP-Leistungen auf Rechnung der Kasse erbracht werden <input type="checkbox"/> Zwischenstaatliche Abkommen (ohne EKVK bzw. ohne provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)) Gültigkeitsdauer: von bis					
Versicherter (nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)									
Ich war am bei Frau / Herrn Dr.				es dürfen (vorbehaltlich generell erforderlicher Bewilligungen für bestimmte Leistungen) nur jene Sachleistungen auf Rechnung der Kasse erbracht werden, die vor der Rückkehr des Patienten in sein Heimatland aus medizinischer Sicht erbracht werden müssen.					
zur Untersuchung bzw. Behandlung.									
Datum		Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/dessen Begleitperson)		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 60%; text-align: center;"> Österreichische Gesundheitskasse </div> <div style="width: 20%;"></div> </div>					
Datum		Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes							

Anlage C

	ÖGK		Andere Kostenträger	Erwerbstätig Arbeitslos Selbstverm. KESG	1	Pensionsstättin	6	Kriegshinterbliebene(r)	7	8	
Bitte den Namen des Kostenträgers eintragen!											
Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/-arztes ohne e-card (Patientenerklärung)											
Familienname		Vorname		Versicherungsnummer							
Patient											
				Tag		Monat		Jahr			
Versicherte(r) (nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein Angehörig)											
				Tag		Monat		Jahr			
Bestätigung der/des Vertragsärztin/-arztes:				Inanspruchnahme der/des Vertragsärztin/arztes als Privatpatient/in							
<input type="checkbox"/> gemeldete Störung des e-card Systems; keine offline-Erfassung mögl.				Ich habe zur heutigen ersten Untersuchung/Behandlung im Quartal keine e-card vorgelegt, weil ich diese vergessen habe. Ich möchte dennoch eine Untersuchung/Behandlung und bin mit einer							
				<input type="checkbox"/> a) Behandlung als Privatpatient(in) ausdrücklich einverstanden. <input type="checkbox"/> b) nur vorläufigen Behandlung als Kassenpatient(in) einverstanden (der Arzt ermöglicht mir ausnahmsweise, die e-card bis spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals nachzureichen). Mir ist bewusst, dass wenn ich die e-card nicht fristgerecht nachbringe und der Arzt deshalb meine Untersuchung/Behandlung nicht mit der Österreichischen Gesundheitskasse verrechnen kann, ich als Privatpatient behandelt werde.							
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass ich für den Fall der Behandlung als Privatpatient/in gem. lit. a oder lit. b von der/dem nebenstehenden Ärztin/Arzt für diese und für alle in diesem Quartal allenfalls noch folgenden Untersuchungen/Behandlungen eine Rechnung erhalte und hierfür von der Österreichischen Gesundheitskasse kein Kostenersatz geleistet wird.											
Datum _____ Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes _____				Datum _____ Unterschrift Patient(in) (bzw. deren/deren Begleitperson) _____							