

# Detailinformationen zur elektronischen Abrechnung

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite</u>
1. Elektronische Quartalsabrechnung	2
1.1 Voraussetzungen	2
1.2 Was ist mit dieser Datei abzurechnen?	2
1.3 Grundlagen der elektronischen Abrechnung	2
1.4 Legeordnung	3
1.5 Abrechnungsbedingungen	3
2. Beschreibung des Dateiinhalts	4
2.1 Satzart 00 (Arzt-Daten)	6
2.2 Satzart 01 (Versicherten-Daten)	7
2.3 Satzart 02 (Angehörigen-Daten)	9
2.4 Satzart 03 (Leistungs-Daten/Diagnosen/Begründungen)	10
2.5 Satzart 06 (Adress-Daten)	12
2.6 Satzart 79 (Patientenunabhängige Verrechnung)	13
2.7 Satzart 99 (Summen-Daten/Dateiende)	14
2.8 Verwendete Codes	15
2.9 Prüfung der Versicherungsnummer	18
3. Beschreibung der Abrechnungsliste	19
3.1 Deckblatt	20
3.2 Positionsaufstellung	21
4. Testabrechnung	22
5. Gültigkeit dieser Detailinformation (Änderungen)	22

## 1. Elektronische Quartalsabrechnung

Die hier beschriebene Abrechnungs-Datei muss elektronisch - vorzugsweise per GNV (Gesundheitsnetz Vorarlberg) - an die kassenärztliche Verrechnungsstelle geschickt werden. Die Übermittlung auf einem geeigneten Datenträger (z.B. CD-ROM) ist in Ausnahmefällen unter Absprache mit der Verrechnungsstelle möglich.

### 1.1 Voraussetzungen

- Jeder Vertragsarzt muss seine Abrechnungsdatei lt. dieser Detailinformation erstellen können.

### 1.2 Was ist mit dieser Datei abzurechnen?

- Alle Leistungen, welche über die ÖGK abgerechnet werden, mit Ausnahme der Wegegebühren. Auch ÖGK-Fälle, welche nur MUKI- oder nur Gesundenuntersuchungspositionen enthalten, sowie Fremdkassenfälle etc. müssen per Datei abgerechnet werden.

### 1.3 Grundlagen der elektronischen Abrechnung

- Grundlage bildet die **Positionsnummer** (meist 4-stellig numerisch, mittlerweile gibt es auch alphanumerische Positionsnummern).  
Alle patientenbezogenen Abrechnungsdaten sind mit einer Positionsnummer definiert.
- Eine **Scheinnummer** stellt den Zusammenhang zwischen dem Schein (Behandlungsschein, Zuweisungsschein und eCard-Ersatzbeleg) und dem Dateninhalt her.  
Scheinvorderseite: **Scheinnummer eintragen** und mit Stempel und Unterschrift versehen (die Diagnose muss nicht eingetragen werden!).  
Scheinrückseite: **Muss nicht ausgefüllt werden!**
- **Vereinfachte Legeordnung!** ÖGK-V-Scheine müssen nur alphabetisch nach dem 1. Buchstaben des Familiennamens sortiert werden. Die Scheinnummer muss innerhalb dieses Buchstaben fortlaufend sein.
- Wenn das Arztprogramm die Scheinnummer automatisch richtig zuordnet, ist **keine Sortierung der ÖGK-V-Scheine am Quartalsende** erforderlich.
- Bei der Verrechnungsstelle sind somit **folgende Unterlagen** für die Quartalsabrechnung (ÖGK-V und Fremdkassen) **abzugeben**:
  - Abrechnungs-Datei,
  - Abrechnungs-Listen (Deckblatt und Positionsaufstellung),
  - Zuweisungsscheine, eCard-Ersatzbelege und Patientenerklärungen, Behandlungsscheine von Versicherungsträgern, welche beim eCard-System nicht dabei sind;  
jeweils mit **Scheinnummer**, Stempel und Unterschrift,
  - ev. Wegegebührenliste
  - ev. Dringlichkeitsterminsystem-Liste
  - ev. Scheine/Belege/Unterlagen aus Vorquartalen zur nachträglichen Abrechnung

## 1.4 Legeordnung

- Alle ÖGK-V-Scheine müssen alphabetisch nach der 1. Stelle des Familiennamen des Patienten liegen! Innerhalb dieser Legeordnung liegen auch die ÖGK-V-Scheine, welche nur MUKI- oder nur VU-Positionen enthalten.
- Alle anderen Scheine müssen nur nach der Abrechnungsstelle geordnet sein und zwar in der Folge:
  - ÖGK anderer Bundesländer (Scheinnummern 90nnn),
  - Deutsche Grenzgänger (Scheinnummern 92nnn),
  - EWR-Urlauber (Scheinnummern 93nnn),
  - Fürsorge (Scheinnummern 94nnn),

Da die Vergabe der Schein-Nummer innerhalb dieser Alpha-Sortierung und nach Abrechnungsstellen erfolgt, müssen die abgegebenen Scheine gleichzeitig nach der Schein-Nummer aufsteigend liegen!

- Die Schein-Nummer muss auf der Scheinvorderseite im Feld "Beleg-Nr." (rechts oben) eingetragen werden. Bei Zuweisungen rechts oben neben "Grund der Zuweisung:". Diese Nummer entspricht der Schein-Nummer (Feld 105) des Satzaufbaus und der Abrechnungsliste.

## 1.5 Abrechnungsbedingungen

- Die elektronische Abrechnungsdatei darf nur Daten des abzurechnenden Quartals enthalten. Eine nachträgliche Abrechnung von Leistungen aus Quartalen, welche vom Vertragsarzt bereits elektronisch abgerechnet wurden, ist nur bis zu dem in § 31 Abs. 2 Gesamtvertrag genannten Zeitpunkt (innerhalb max. 3 Jahren) möglich. Dazu müssen Ersatzbelege ausgefüllt, unterzeichnet und mit den Unterlagen des nun abzurechnenden Quartals bei der Verrechnungsstelle abgegeben werden.
- Die Abrechnungsdaten sind vom Vertragsarzt zumindest sechs Monate ab Erhalt des Honorars, im Falle von Einwänden gemäß § 36 Abs. 6 des Gesamtvertrags bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens, zu speichern. Innerhalb dieses Zeitraumes muss der Vertragsarzt die Rechnungslegung jederzeit wiederholen können.

## 2. Beschreibung des Dateiinhaltes

- Die Datei enthält nur die Abrechnungsdaten der ÖGK, Fremdkassen, EWR-Urlauber, etc. vom abzurechnenden Quartal!
- Es sind folgende Satzarten vorgesehen, jeder Satz ist 128 Stellen lang.
  - Satzart 00: Nur einmal vorhanden und zwar immer als erster Satz in der Datei (Arzt-Daten).
  - Satzart 01: Einmal je Behandlungsschein vorhanden und zwar als erster Satz je Behandlungsschein (Versicherten-Daten).
  - Satzart 02: Maximal einmal je Behandlungsschein vorhanden und zwar als zweiter Satz je Behandlungsschein und nur dann, wenn der Patient ein Mitversicherter ist (Angehörigen-Daten).
  - Satzart 03: Mindestens einmal je Behandlungsschein vorhanden. Enthält in 3 verschiedenen Datenblöcken, die Diagnosen, Begründungen und Leistungsdaten.
  - Satzart 06: Maximal einmal je Behandlungsschein vorhanden. Hier wird bei EWR-Urlaubern (und wenn vorhanden auch bei anderen zwischenstaatlichen Betreuungsfällen) die persönliche Kennnummer (= ausländische Versicherungsnummer des Karteninhabers) und die Kennnummer des ausländischen Versicherungsträgers übermittelt.
  - Satzart 79: Patientenunabhängige Verrechnung
    - Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS
    - Abwicklung Förderung für das elmpfpass-Modul
    - Abwicklung Förderung für das eRezept-ModulKann je nach Verwendung (Wartungskosten eKOS, Förderung elmpfpass, Förderung eRezept *gar nicht / einmal* (z.B. *Förderbetrag elmpfpass*) / *mehrfach* (z.B. pro Monat für eKOS) vorkommen.
  - Satzart 99: Nur einmal vorhanden und zwar immer als letzter Satz in der Datei (Summen-Daten).
- Die Abrechnungsdaten müssen in folgender Reihenfolge in die Datei ausgegeben werden:
  - Zuerst eine Satzart 00 mit den Arzt-Daten.
  - Dann aufsteigend nach der Scheinnummer (Feld 105) und somit also zuerst
    - . alle ÖGK-V-Scheine alphabetisch aufsteigend nach dem 1. Buchstaben des Familiennamen des Patienten (Scheinnummern 01nnn bis 29nnn) und dahinter die
    - . ÖGK anderer Bundesländer (Scheinnummern 90nnn),
    - . Deutsche Grenzgänger (Scheinnummern 92nnn),
    - . EWR-Urlauber (Scheinnummern 93nnn),
    - . Fürsorge (Scheinnummern 94nnn),

- jeweils eine Satzart 01 (Versicherten-Daten) und
- ev. eine Satzart 02 (Angehörigen-Daten) wenn der Patient nicht der Versicherte ist (Mitversicherter) sowie
- mindestens eine Satzart 03 (Datenblöcke) mit
  - mindestens einem Datenblock 'D' (Diagnose) und
  - mindestens einem Datenblock 'L' (Leistungen) und
  - bei Bedarf einem Datenblock 'B' (Begründung)

Diese Datenblöcke müssen innerhalb der Scheinnummer aufsteigend nach dem Datum liegen. Bei den Leistungen ist auch die Reihenfolge innerhalb des Datums von Bedeutung (z.B. bei Pos. 1010, 1020 Abschlüsse bei mehreren Operationen am selben Tag).

- Ev. eine Satzart 06 (Adress-Daten) bei EWR-Urlaubern und wenn vorhanden auch bei anderen zwischenstaatlichen Betreuungsfällen.
- Ev. eine/mehrere Satzarten 79 für die patientenunabhängige Verrechnung, je nachdem welches Modul für welche Monate bezuschusst werden soll, oder ob es sich um die Abwicklung des Förderbetrages (eImpfpass, eRezept) handelt.
- Als letzter Satz in der Datei ist immer eine Satzart 99 (Summen-Satz) auszugeben.

Bei der Ausgabe der Sätze in die Datei sind alle Sätze von 00000 beginnend (Satzart 00) aufsteigend, lückenlos mit einer fortlaufenden Satznummer (Feld 7) zu versehen.

Die Felder 1 bis 6 haben bei allen Sätzen den identischen Inhalt!

Alle Sätze der Datei müssen immer 128 Stellen lang sein, dahinter folgt bei DOS:

- ASCII-Code: 0d 0a (CR-carriage return/LF-line feed)

Am Dateiende ASCII-Code: 1a (Ende-Zeichen)

Gültige Formate derzeit: DOS ASCII-Text

oder: UNIX cpio -ovcB

## 2.1 Satzart 00 (Arzt-Daten)

Feld	Stelle		Länge	Inhalt
	VON	BIS		
1 Abrechnungsstelle	1	2	2	immer '19' (ÖGK-V)
2 Bundesland	3	3	1	immer '9' (Vorarlberg)
3 VP-Nr.	4	9	6	Hauptverbands-Vertragspartner-Nr. des Arztes
4 UNBENUTZT	10	11	2	immer '00'
5 Jahr	12	13	2	Abrechnungsjahr (2006 = 06)
6 Quartal	14	15	2	Abrechnungsquartal nach folgendem Code: Quartal 1 = 21 Quartal 2 = 22 Quartal 3 = 23 Quartal 4 = 24
7 Satznummer	16	20	5	aufsteigend lückenlose Durchnummerierung aller Sätze der Datei beginnend mit 00000
Die Felder 1-7 (Stellen 1-20) bilden die Kopfdaten und wiederholen sich in allen Satzarten!				
8 Satzart	21	22	2	immer '00' Arzt-Daten
9 Datei-Nr.	23	24	2	immer '01' (alle Abrechnungs-Daten befinden sich in einer Datei)
10 Erstellg. Datum	25	30	6	Datum der Datei-Erstellung Form: TTMMJJ
11 Zuname Arzt	31	60	30	Familienname des abrechnenden Arztes
12 Vorname Arzt	61	75	15	Vorname des abrechnenden Arztes
13 Fachgebiet	76	77	2	Fachgebiet des abrechnenden Arztes (wird in der Ärztekammer ergänzt)
14 Reg.+Progr.Nr.	78	83	6	Registernummer + Programmpaketnummer (des registrierten Arztpakets)
15 Versionsnummer	84	89	6	Versionsnummer (des registrierten Arztpakets)
16 DVR-Nummer	90	96	7	Datenverarbeitungsregister-Nr. des abrechnenden Arztes (sofern vorhanden)
REST	97	128	32	Rest des Satzes blank !
Satzlänge:			128	

## 2.2 Satzart 01 (Versicherten-Daten)

Feld	Stelle			Inhalt
	VON	BIS	Länge	
101 Satzkopf	1	20	20	Gleicher Inhalt wie Stellen 1 bis 20 der Satzart 00! Feld 7 (Satznummer) muss aber lückenlos aufsteigend sein!
102 Satzart	21	22	2	immer '01' Versicherten-Daten
103 Vers.Träger	23	24	2	ÖGK-V-Scheine immer 19 ÖGK anderer Bundesländer: - Wien 11 - Niederösterreich 12 - Burgenland 13 - Oberösterreich 14 - Steiermark 15 - Kärnten 16 - Salzburg 17 - Tirol 18 Deutsche Grenzgänger 92 EWR-Urlauber 93 Fürsorge 94
104 Bundesland	25	25	1	Code-Bundesland Versicherter (wird in der Ärztekammer erstellt)
105 Scheinnummer	26	30	5	Die auf dem Schein eingetragene Schein-Nummer
106 Scheinart	31	31	1	- Regelfall 1 - Zuweisung 2 - Erste-Hilfe- 3 - Vertretung 4 - Sonntagsdienst 5 - Vorsorgeuntersuchung 6
107 UNBENUTZT	32	32	1	immer blank
108 Zuname Versich.	33	62	30	Familienname des Versicherten
109 Vorname Vers.	63	77	15	Vorname des Versicherten
110 SV-Nr.Versich.	78	87	10	Sozialversicherungsnummer des Versicherten (besteht immer aus 4 Stellen lfd. Nr. / 6 Stellen Geburtsdatum)
111 Geschl. Vers.	88	88	1	Geschlecht des Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich

Feld	Stelle			Inhalt	
	VON	BIS	Länge		
112	Vers.Kategorie	89	90	2	lt. Eintragung auf dem Schein: Arbeiter und Angestellte: Erwerbstätig 1 Pensionist 5 Kriegshinterbliebene 7 MUKI-Nichtversicherte 25 VU-Nichtversicherte 26 <b>Impfung-Nichtversicherte 27</b> bei <b>zwischenstaatlichen Betreuungsfällen:</b> Ländercode (siehe 2.7 Verwendete Codes)
113	UNBENUTZT	91	96	6	immer '000000'
114	Behandl.Beginn	97	102	6	erstes Behandlungsdatum TTMMJJ
115	VP-Nummer	103	108	6	Hauptverbands-Vertragspartner-Nr. des zuweisenden Arztes oder Nummer der Zuweisungsstelle (z.B. Spital) aus Vorarlberg, bei Scheinart 1 und 6 muss dieses Feld immer '000000' sein! Bei Zuweisungen aus anderen Bundesländern immer '009999'!
116	Zuname des zuw. Arztes	109	118	10	Familiennamen des zuweisenden Arztes
117	Fachgebiet des	119	120	2	Fachgebiet des zuweisenden Arztes (wird in der Ärztekammer erstellt)
118	UNBENUTZT	121	126	6	immer '000000'
119	Zusatzkennz.	127	128	2	'30' wenn MUKI-Pos. im Schein '10' wenn VU aber keine MUKI '00' wenn weder VU noch MUKI (wird in Ärztekammer erstellt)
Satzlänge:			128		



### 2.3 Satzart 02 (Angehörigen-Daten)

Dieser Satz wird nur erstellt, wenn der Patient nicht der Versicherte ist (Mitversicherter)!

Feld	Stelle			Inhalt
	VON	BIS	Länge	
201 Satzkopf	1	20	20	Gleicher Inhalt wie Stellen 1 bis 20 der Satzart 00! Feld 7 (Satznummer) muss aber lückenlos aufsteigend sein!
202 Satzart	21	22	2	immer '02' Angehörigen-Daten
203 SV-Nr. Angehör.	23	32	10	Sozialvers.Nr. des Angehörigen (besteht immer aus 4 Stellen lfd.Nr./ 6 Stellen Geb.Datum)
204 Zuname Angehör.	33	62	30	Familiename des Angehörigen
205 Vorname Angeh.	63	77	15	Vorname des Angehörigen
206 Geschl. Angeh.	78	78	1	Geschlecht des Angehörigen 1 = männlich 2 = weiblich
REST	79	128	50	immer blank
Satzlänge:			128	

**2.4 Satzart 03 (Leistungs-Daten)**

Feld	Stelle			Inhalt
	VON	BIS	Länge	
301 Satzkopf	1	20	20	Gleicher Inhalt wie Stellen 1 bis 20 der Satzart 00! Feld 7 (Satznummer) muss aber lückenlos aufsteigend sein!
302 Satzart	21	22	2	immer '03' Leistungs-Daten
303 Datenblock 1	23	57	35	Jede Satzart 03 kann bis zu 3 Datenblöcke aufsteigend nach dem Datum enthalten
304 Datenblock 2	58	92	35	Die Datenblöcke 'D', 'L' und 'B' können auch gemischt vorkommen
305 Datenblock 3	93	127	35	
306 UNBENUTZT	128	128	1	immer blank
Satzlänge:			128	

Die Datenblöcke der Satzart 03 (Leistungs-Daten)**Datenblock D (Diagnosen)**

Feld	Länge	Inhalt
D01 Blockkennzeichen	1	immer 'D' (Diagnose-Block)
D02 UNBENUTZT	4	immer '0000'
D03 Datum	4	Datum der Diagnose: TTMM
D04 Diagnosekennzeichen	1	immer '2' bzw. bei PVEs ,8' 1 = Diagnoseschlüssel, 2 = Diagnosetext, <b>8 = ICPC-2 Codierung</b>
D05 Diagnosetext	25	Text der Diagnosen
Blocklänge:		35

**Datenblock 'L' (Leistungs-Daten)**

Feld	Länge	Inhalt
L01 Blockkennzeichen	1	immer 'L' (Leistungs-Block)
L02 UNBENUTZT	4	immer '0000'
L03 Datum	4	Datum der Leistung: TTMM
L04 Positionsnummer	7	die max. 7-stellige Positionsnummer in der Form '000nnnn' bzw. '00XXXXX' (also immer rechtsbündig mit führenden Nullen!)
L05 UNBENUTZT	4	immer '0000'
L06 UNBENUTZT	4	immer '0000'
L07 Anzahl	4	Anzahl der Position (immer rechtsbündig mit führenden Nullen, maximal '0099'!)
REST	7	immer blank
Blocklänge:	35	

**Datenblock 'B' (Begründungs-Daten)**

Feld	Länge	Inhalt
B01 Blockkennzeichen	1	immer 'B' (Begründungs-Block)
B02 UNBENUTZT	4	immer '0000'
B03 Datum	4	Datum der Begründung: TTMM
B04 UNBENUTZT	1	immer blank
B05 Begründungstext	24	Text der Begründung
B06 UNBEBUTZT	1	immer blank
Blocklänge:	35	

## 2.5 Satzart 06 (Adress-Daten)

Dieser Satz wird zur Übermittlung der **ausländischen Versicherungsnummer, der Kennnummer des ausländischen Versicherungsträgers (Nummer + Kurzbezeichnung) sowie des Ablaufdatums der EKVK (Europäische Krankenversicherungskarte) bei EWR-Urlaubern** (und wenn vorhanden auch bei anderen zwischenstaatlichen Betreuungsfällen) erstellt.

Es werden keine Adressdaten übermittelt!

Feld	Stelle			Inhalt
	VON	BIS	Länge	
601 Satzkopf	1	20	20	Gleicher Inhalt wie Stellen 1 bis 20 der Satzart 00! Feld 7 (Satznummer) muss aber lückenlos aufsteigend sein!
602 Satzart	21	22	2	immer '06' Adress-Daten
603 Adresskennz.	23	23	1	immer '3' (für Dienstgeber-Adresse)
604 Postleitzahl	24	27	4	<b>Ablaufdatum (JJMM)</b> Ablaufdatum der EKVK in der Form JJMM
605 Straße	28	57	30	<b>persönliche Kennnummer</b> ausländische Versicherungsnummer des Karteninhabers lt. Bescheinigung od. Karte; linksbündig, Rest blank
606 Ort	58	82	25	blank oder <b>Kennnummer der EKVK</b>
607 Dienstgeber	83	112	30	<b>Kennnummer des ausländischen Versicherungsträgers</b> Kennnummer des zuständigen Trägers, bestehend aus Trägercode (Institutionencode) und Akronym (Kurzbezeichnung); linksbündig, Rest blank
REST	113	128	16	Immer blank
Satzlänge:			128	

## 2.6 Satzart 79 (Patientenunabhängige Verrechnung)

Dieser Satz wird zur Abrechnung der Zuschüsse zu EDV-Wartungskosten (z.B. eKOS) und für die Abwicklung von Förderungen elmpfpass/eRezept verwendet. Zuschüsse für eMedikation (eMED) werden in Vorarlberg nicht abgerechnet (diese sind in der Honorarordnung 2018 entsprechend berücksichtigt). Je nach Verwendung können mehrere Datensätze geliefert werden (z.B. bei eKOS pro Monat). Erfolgt die Verrechnung über eine Leistungsposition, dann sind die Felder 5 und 6 zu befüllen; bei der Verrechnung von Beträgen sind die Felder 7 bis 10 zu befüllen.

Feld	Stelle			Inhalt
	VON	BIS	Länge	
701 Satzkopf	1	20	20	Gleicher Inhalt wie Stellen 1 bis 20 der Satzart 00! Feld 7 (Satznummer) muss aber lückenlos aufsteigend sein!
702 Satzart	21	22	2	immer '79' Patientenunabhängige Verrechnung
703 Art	23	23	1	<b>Art der Pauschale</b> immer 'Z', die Pauschale wird dem VP zusätzlich ausbezahlt
704 Bezugsdatum	24	31	8	<b>Bezugsdatum (TTMMJJJJ)</b> Beginndatum der jew. Periode für die die Pauschale gilt (z.B. Monatsanfang)
705 Anz. Pos.	32	35	4	<b>Anzahl Positionen</b> Anzahl der Positionen pro Bezugsdatum (also z.B. immer 1 bei eKOS)
706 Positionsnummer	36	42	7	<b>Positionsnummer</b> die Positionsnummer rechtsbündig mit führenden Nullen (0000045) bzw. ohne führende Nullen (eREZ1)
707 Betrag Typ	43	44	2	<b>Typ des Pauschalbetrages</b> falls das für die Zuordnung zu einer Leistungsart in ALVA notwendig ist; 00/01=eREZ1/eKOS, 02=eMed, 99=elmpfpass
708 Betrag Netto	45	54	10	<b>Betrag Netto</b> rechtsbündig mit führenden 0en, in Cent;
709 Betrag Steuer	55	62	8	<b>Betrag Steuer</b> rechtsbündig mit führenden 0en, in Cent;
710 Betrag Brutto	63	72	10	<b>Betrag Brutto</b> rechtsbündig mit führenden 0en, in Cent;
711 Begründung	73	112	40	<b>Begründung für Pauschale</b>
REST	113	128	16	Immer blank
Satzlänge:			128	

**2.7 Satzart 99 (Summen-Daten/Dateiende)**

Feld	Stelle			Inhalt
	VON	BIS	Länge	
901 Satzkopf	1	20	20	Gleicher Inhalt wie Stellen 1 bis 20 der Satzart 00! Feld 7 (Satznummer) muss aber lückenlos aufsteigend sein!
902 Satzart	21	22	2	immer '99' Summen-Daten
903 Anzahl SA 01	23	27	5	Anzahl Satzart 01 = Anzahl der gesamten Behandlungsscheine!
904 Anzahl SA 02	28	32	5	Anzahl Satzart 02 = Anzahl der gesamten Angehörigensätze!
905 Anzahl SA 03	33	37	5	Anzahl Satzart 03 = Anzahl der gesamten Leistungssätze!
906 Anzahl SA 06	38	42	5	Anzahl Satzart 06 = Anzahl der gesamten Adress-Sätze
907 Anzahl Dateien	43	44	2	immer '01' (es sind keine Folgedateien vorgesehen)
REST	45	128	84	Rest des Satzes (wird derzeit nicht benutzt)
Satzlänge:			128	

## 2.8 Verwendete Codes

### Feld 6 Quartal:

- 1. Quartal = 21
- 2. Quartal = 22
- 3. Quartal = 23
- 4. Quartal = 24

### Feld 105 Schein-Nummer:

- Stelle 1 und 2 entspricht der Legeordnung, also den Buchstaben A - Z, Umlaute dahinter, sowie dem Versicherungsträger.
- Stelle 3 - 5 ist die lfd. Nr. innerhalb Stelle 1+2.
- Stelle 1 und 2 somit also
  - A = 01
  - B = 02
  - ·
  - ·
  - ·
  - bis Z = 26
  - Ä = 27
  - Ö = 28
  - Ü = 29
- .ÖGK anderer Bundesländer = 90
- .Deutsche Grenzgänger       = 92
- .EWR-Urlauber                 = 93
- .Fürsorge                      = 94

**Vorteil:** Wenn der Patient aufgenommen wird, kann - sofern im Praxis-Paket so vorgesehen - sofort vom Computer die Scheinnummer vergeben und vom Arzt diese Nummer auf dem Schein (rechts oben im Feld "Beleg-Nr.") vermerkt werden. Wenn nun der Arzt alle Scheine des Quartals in ein eigenes Karteikästchen nach der laufenden Schein-Nr. legt, ist am Quartalsende keinerlei Bearbeitung der Scheine mehr erforderlich!

**Variante:** Wenn die oben beschriebene Vorgangsweise nicht möglich oder erwünscht ist, ist auch eine fortlaufende Nummerierung aller Scheine am Quartalsende, entsprechend der Legeordnung möglich.

**Feld 103 Versicherungs-Träger:**

- ÖGK-V-Scheine (Scheinr. 01nnn - 29nnn, oder 1 - nnnn)  
immer Versicherungs-Träger 19
  
- ÖGK anderer Bundesländer (Scheinnummern 90nnn):
  - Wien 11
  - Niederösterreich 12
  - Burgenland 13
  - Oberösterreich 14
  - Steiermark 15
  - Kärnten 16
  - Salzburg 17
  - Tirol 18
  
- Deutsche Grenzgänger 92 (Scheinr. 92nnn)
- EWR-Urlauber 93 (Scheinr. 93nnn)
- Fürsorge 94 (Scheinr. 94nnn)

**Feld 106 Scheinart:**

- Regelfall 1
- Zuweisung 2
- Erste-Hilfe 3
- Vertretung 4
- Sonntagsdienst 5
- Vorsorgeuntersuchung 6



**Feld 112      Versicherten-Kategorie:**

- Arbeiter und
- Angestellte: Erwerbstätig    1  
   Pensionist        5
- Kriegshinterbliebene        7
- MUKI-Nichtversicherte      25
- VU-Nichtversicherte        26
- **Impfung-Nichtversicherte** 27

- bei zwischenstaatlichen Betreuungsfällen Staatenzugehörigkeit wie folgt  
(entspricht der Spalte MS bzw. ZW lt. Feld KAT HV-Satz, D.62)

- 32      Serbien
- 33      Montenegro
- 34      Türkei
- 41      Israel
- 47      Tunesien
- 49      Kroatien
- 56      Mazedonien
- 57      Bosnien-Herzegowina
- 63      Bulgarien (ZWS-Vertrag noch nicht abgeschlossen)
- 64      Rumänien (ZWS-Vertrag noch nicht abgeschlossen)
  
- 65      Slowakei
- 66      Estland
- 67      Lettland
- 68      Litauen
- 69      Malta
- 70      Deutschland
- 71      Italien
- 73      Spanien
- 75      Frankreich
- 76      Schweden
- 77      Liechtenstein
- 78      Schweiz
- 79      Luxemburg
- 80      Niederlande
- 82      Belgien
- 83      Großbritannien (inkl. Nordirland)
- 84      Griechenland
- 85      Portugal
- 86      Finnland
- 88      Slowenien
- 90      Norwegen
- 91      Dänemark
- 92      Irland
- 93      Island
- 94      Polen
- 95      Ungarn
- 98      Tschechien
- 99      Zypern

## 2.9 Prüfung der Versicherungsnummer (VSNR)

Die Versicherungsnummer ist rein numerisch 10 Stellen lang. Die 4. Stelle der Versicherungsnummer ist die Prüfziffer, die die Richtigkeit dieser Nummer gewährleistet.

Die Versicherungsnummer hat folgenden Aufbau:

LLLPTTMMJJ

LLL Laufnummer (ohne Rücksicht auf Geschlecht und Jahrhundert von 100 aufwärts)

P Prüfziffer

TT Geburtstag

MM Geburtsmonat

JJ Geburtsjahr

Die Prüfziffer (P) wird auf folgende Art errechnet:

Jede Stelle der Versicherungsnummer wird mit einem Faktor multipliziert:

Faktorenreihe:

3 7 9 5 8 4 2 1 6

Lauf-Nr. Geburtsdatum

Die Prüfziffer ist der Divisionsrest aus der Summe der Produkte geteilt durch 11. Ergibt sich ein Divisionsrest von 10, so wird die nächst höhere Laufnummer verwendet.

Die Versicherungsnummern des Versicherten und des Angehörigen müssen vom Abrechnungsprogramm nach dieser Methode geprüft werden.

Sollte eine auf dem Schein angeführte Versicherungsnummer nicht dieser Prüfung entsprechen, bitte bei der ÖGK die korrekte Versicherungsnummer erfragen!

### 3. Beschreibung der Abrechnungsliste

- Mit der Datei muss auch eine Abrechnungsliste abgegeben werden, welche aus einem Deckblatt und einer Positionsaufstellung besteht.
- Da bei Stecken der eCard kein Krankenschein mehr vorhanden ist, bzw. die Krankenscheinrückseite nicht ausgefüllt werden muss, ist die Bestätigung der abgerechneten Leistungen durch den Arzt nur in Form dieser Abrechnungsliste gewährleistet.
- Diese Abrechnungsliste muss daher auf dem Deckblatt vom Arzt mit seiner Unterschrift und seinem Arztstempel versehen werden. Er bestätigt damit, dass
  - für jeden per Datei abgerechneten Patienten die eCard gesteckt wurde bzw. ein eCard-Ersatzbeleg beiliegt und **die Scheinnummer korrekt auf diesem Schein eingetragen ist;**
  - die auf der Datei bei der jeweiligen Scheinnummer gespeicherten Positionen für den entsprechenden Patienten erbracht wurden und der jeweils gültigen Honorarordnung entsprechen;
  - der Inhalt der Abrechnungsliste jenem der abgegebenen Datei entspricht.
- Seite 1 dieser Abrechnungsliste enthält ein **Deckblatt**.

Auf dem Deckblatt ist die HV-Vertragspartnernummer des Arztes anzugeben.

Die Fallzahlen der ÖGK-V-Fälle sind in Summe und die Fallzahlen "sonstige" entsprechend den Stellen 1+2 der Scheinnummer ausgedruckt.

"Anzahl Behandlungsscheine gesamt", "Anzahl Angehörigensätze", "Anzahl Leistungssätze" und "Anzahl Adresssätze" entsprechen den Feldern 903/904/905/906 der Satzart 99 (Summen-Daten).

- Der Dateiname enthält die HV-Vertragspartnernummer des abrechnenden Arztes.  
Dateiname: HVnnnnnn.DAT (nnnnnn = Vertragspartnernummer).
- Ab Seite 2 der Abrechnungsliste werden alle in der Abrechnung enthaltenen Positionsnummern aufgelistet:
  - = Ausdruck einer Zeile je unterschiedlicher Positionsnummer mit der Gesamtanzahl, wie oft diese Position innerhalb der gesamten Abrechnung (über alle Behandlungsscheine gerechnet) erbracht wurde. Am Schluss dieser Aufstellung wird die Gesamtsumme der Anzahl aller erbrachten Positionen angedruckt.

3.1 Deckblatt

ÖGK-Abrechnung Dr. x-Fam.Name-x x-Vorname-x x-Fachbezeichnung-x Seite  
Quartal 1/2006 x-Straße Hausnummer-----x xPLZx x-Ort-----x 1

Deckblatt

Vertragspartner-Nummer: nnnnnn

Fallzahlen: ÖGK-V-Fälle - Summe ÖGK-V Scheine nnnn

sonstige - ÖGK andere Bundesländ nnnn  
- deutsche Grenzgänger nnnn  
- EWR-Urlauber nnnn  
- Fürsorge nnnn

Anzahl Behandlungsscheine gesamt: nnnn

Anzahl Angehörigensätze gesamt: nnnn

Anzahl Leistungssätze gesamt: nnnnn

Anzahl Adresssätze gesamt: nnnn

Anzahl Patientenunabhängige Verrechnung nnnn

Name der Datei: HVnnnnnn.DAT

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift und Stempel des Arztes)

3.2 **Positionsaufstellung**

ÖGK-Abrechnung Dr. x-Fam.Name-x x-Vorname-x x-Fachbezeichnung-x Seite  
 Quartal 1/2006 x-Straße Hausnummer-----x xPLZx x-Ort-----x 1

Aufstellung der in der Abrechnung enthaltenen Positions-Nummern:

Positions-Nummer	Kurzbezeichnung	Gesamtanzahl
10	Erste Ordination	988
11	Jede weitere Ordination	541
.		.
.		.
.		.
4030	Vorsorgeuntersuchung (Basis)	23
5010	erste Schwangerenuntersuchung	14
****	Ende der Positionen	Summe 1566

Erläuterung der Spalten: 1. Spalte enthält die Positionsnummer laut dem Honorartarif,  
 2. Spalte Text zur Positionsnummer,  
 3. Spalte Gesamtanzahl, wie oft diese Position innerhalb der gesamten Abrechnung (Datei) erbracht wurde.

Je Position wird eine Zeile ausgedruckt, geordnet nach Positions-Nummer aufsteigend.

Nach der letzten Position die Zeile:

\*\*\*\* Ende der Positionen Summe: nnnn

#### 4. Testabrechnung

- Vor Aufnahme der ersten Quartalsabrechnung muss vom Arzt eine Testabrechnung abgegeben werden.
- Zweck dieser Testabrechnung ist, zu prüfen, ob die vom Arzt erstellte Datei den inhaltlichen Voraussetzungen entspricht und sowohl die Abrechnungslisten als auch die Test-Behandlungsscheine den korrekten Inhalt aufweisen.
- Die Testabrechnung enthält **keine echten Daten** und wird nicht mit der ÖGK abgerechnet. Der Ablauf der Testabrechnung ist wie folgt:
  - Der Arzt kopiert etwa 10 bis max. 30 leere Behandlungsscheinvorderseiten und füllt diese für fingierte Patienten mit, für seine Praxis, typischen Diagnosen aus.
  - Für diese fingierten Patienten gibt er für ein Testquartal entsprechende, zu den Diagnosen passende, Positionen ein.
  - Damit wird dann eine komplette Quartalsabrechnung gemacht mit
    - . Scheinnummer auf den kopierten Behandlungsscheinen,
    - . Richtige Sortierung der Behandlungsscheine,
    - . Erstellung der Datei und Abrechnungsliste.
    - . Bei RADIOLOGEN: Liste "nicht katalogisierte Leistungen".
- Diese Testabrechnung wird als solche gekennzeichnet bei der kassenärztlichen Verrechnungsstelle abgegeben.

#### 6. Gültigkeit dieser Detailinformation (Änderungen)

**Ab 30.11.2023** beim PVE wird als Diagnosekennzeichen „8“ (ICPC-2-Codierung) geliefert.

**Ab 19.10.2023** soll bei Abrechnung von Impfungen für Nichtversicherte die **Versichertenkategorie 27** verwendet werden.

**Ab 01.01.2022** muss nach den Regeln dieser neuen Detailinformation abgerechnet werden!

Für Abrechnungen bis inkl. 4. **Quartal 2021** gilt die bisherige Detailinformation!

- **Satzarzt 79 (Patientenunabhängige Verrechnung)**  
Über diese Satzart erfolgt künftig auch die Abwicklung der Förderung für das Modul e-Rezept, wobei in dem Fall die Position „eREZ1“ einmalig pro Arzt geliefert werden muss (entspricht einer Förderhöhe von 456,00 € inkl. MwSt.).