

42 E-CARD

42.1 Jedmaliges Stecken der e-card - Vorgangsweise bei der ÖGK:

Aufgrund des Umstandes, dass seit Beginn der Covid-19-Pandemie die o-card unlimitiert gesteckt werden konnte und der damit gemachten Erfahrungen konnte in konstruktiven Verhandlungen mit der ÖGK nachstehende Neuregelung vereinbart werden, die mit 1.1.2022 in Kraft getreten ist.

Die wesentlichsten Neuerungen sind:

- Abschaffung des o-card-Limits
- Entfall der Papierbelege bei o-card-Konsultationen

Ungeachtet dieser Erleichterungen wird kammerseits empfohlen, weiterhin die e-card möglichst lückenlos zu stecken!

Im Detail sieht die Regelung seit 1.1.2022 wie folgt aus:

A) Erstkonsultation im Quartal:

Der Vertragsarzt muss weiterhin die e-card des Patienten bei jeder Erstkonsultation im Quartal einlesen und bei positiver Anspruchsprüfung den zutreffenden Behandlungsfall wählen.

AA) Der Patient hat die e-card bei der Erstkonsultation vergessen:

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil er sie vergessen hat, bestehen für den Vertragsarzt folgende 3 Möglichkeiten:

1. Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich ist (= Erste Hilfe - diesfalls ist verpflichtend gemäß nachstehendem Pkt. 3 vorzugehen) – 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 (Anlage C) unterfertigt. Eine Verrechnung der erbrachten Leistungen (auch allfälliger weiterer Leistungen im gleichen Abrechnungszeitraum zB für weitere Konsultationen) mit dem Versicherungsträger ist unzulässig.
3. Der Vertragsarzt steckt die Ordinationskarte (o-card) und prüft die Anspruchsberechtigung online (neu: diese o-card-Konsultationen sind unlimitiert möglich),

3.1 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 kann der Patient 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 diese „nachzustecken (nachzusignieren)“ und der Erlag dem Patienten zurückzuzahlen. Der Erlag ist jedenfalls zurückzuzahlen, wenn die Leistung mit dem Versicherungsträger verrechnet und von diesem honoriert wird.

3.2. Bei negativer Anspruchsprüfung bestehen für den Vertragsarzt folgende 4 Möglichkeiten:

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

Legt der Patient binnen 14 Tagen einen von der ÖGK ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vor, ist der Erlag dem Patienten zurückzubezahlen. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt, er 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 ist (= Erste Hilfe - dies falls gilt lit a verpflichtend) die Behandlung ab und verweist den Patienten zur Klärung an die ÖGK.

c) Während der Geschäftsstunden der ÖGK in der Landesstelle in Dornbirn (Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 16.00 Uhr) kann der Vertragsarzt oder der Patient telefonisch (Tel. Nr. 050766-191420) mit dem Genehmigungsdienst des Versicherungsträgers Kontakt aufnehmen und versuchen den Anspruch zu klären (online eine positive Anspruchsprüfung frei zu schalten); gelingt dies, gilt der obige Pkt. 3.1, gelingt dies nicht, gilt obiger Pkt. 3.2. lit.a. oder lit b.

d) Außerhalb der Geschäftsstunden des Versicherungsträgers kann der Vertragsarzt per E-Mail (ÖGK: e-card-19@oegk.at) oder Telefax (Fax Nr. 050766-191479) 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, er 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 schriftliche (Antwort-)Bestätigung des Versicherungsträgers der Abrechnung beizulegen.

AB) Die e-card des Patienten ist bei der Erstkonsultation defekt/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/gesperrt ist oder er noch keine e-card hat (z.B. Neuanmeldungen, Neugeborene,...), dann ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die Vorgangsweise gemäß den obigen Pkt. AA 3.1. und 3.2. Im Fall der Vorgangsweise gemäß obigen Pkt. AA 3.1. darf kein Erlag vom Patienten verlangt werden. Im Fall der Vorgangsweise gemäß dem obigen Pkt. AA 3.2. lit a und d kann hingegen ein Erlag verlangt werden.

AC) Der Patient legt statt der e-card einen e-card-Ersatzbeleg vor:

Ein vom Patienten statt der e-card vorgelegter und vom Versicherungsträger ausgestellter für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) ist einer e-card gleichwertig. Der Vertragsarzt ist 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, muss der Vertragsarzt eine o-card-Konsultation erzeugen.

AD) Die Anspruchsprüfung mit der e-card verläuft negativ:

Erscheint der Patient mit der e-card, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ dann gilt die Vorgangsweise gemäß obigem Pkt. AA 3.2.

AE) Der Regelfall (die Zuweisung) ist belegt:

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 obigem Pkt. AA 3.2.

AF) Krankenbesuche:

Bei allen Krankenbesuchen muss eine Konsultation mittels e-card oder o-card erfolgen. 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 vom Versicherungsträger 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.

AG) Zweitordinationen:

Bei allen Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen muss eine Konsultation mittels e-card erfolgen. Vertragsärzte mit vertraglich genehmigten Zweitordinationen, die in der Zweitordination über keine e-card-Ausstattung verfügen, müssen bei jeder Erstkonsultation eine o-card-Konsultation in der Hauptordination erzeugen (Konsultationsart: Nacherfassung außerhalb der Ordinationszeit). In der Abrechnung muss bei diesen Fällen die Position 9500 (= Behandlung in genehmigter Zweitordination) nicht mehr eingegeben werden.

AH) Telemedizinische Leistungen, Schmerzboard, Koordinierungstätigkeit

Bei allen Leistungen einer Koordinierungstätigkeit, telemedizinischen Leistungen oder Teilnahme am Schmerzboard muss eine Konsultation mittels o-card erfolgen. Vgl. zu telemedizinischen Leistungen bei der ÖGK das Kapitel 35.

B) Folgekonsultationen im Quartal:

Der Vertragsarzt muss die e-card des Patienten bei jeder Folgekonsultation im Quartal einlesen und bei positiver Anspruchsprüfung den zutreffenden Behandlungsfall wählen.

BA) Die e-card des Patienten ist defekt/gesperrt oder der Patient hat noch keine e-card bzw. die e-card vergessen:

Erscheint der Patient bei einer Folgekonsultation ohne e-card in der Arztpraxis, dann ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die Vorgangsweise gemäß obigen Pkt. AA 3.1. und 3.2. Im Fall der Vorgangsweise gemäß obigen Pkt. AA 3.1. darf allerdings kein Erlag vom Patienten verlangt werden. Im Fall der Vorgangsweise gemäß dem obigen Pkt. AA 3.2. lit a und d kann hingegen ein Erlag verlangt werden.

BB) Der Patient legt statt der e-card einen e-card-Ersatzbeleg vor:

Ein vom Patienten statt der e-card vorgelegter und vom Versicherungsträger ausgestellter für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) ist einer e-card gleichwertig. Der Vertragsarzt ist 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, muss der Vertragsarzt eine o-card-Konsultation erzeugen.

BC) Die Anspruchsprüfung mit der e-card verläuft negativ:

Erscheint der Patient mit der e-card, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ dann gilt die Vorgangsweise gemäß obigem Pkt. AA 3.2.

BD) Der Regelfall (die Zuweisung) ist belegt:

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 obigem Pkt. AA 3.2.

BE) Krankenbesuche:

Bei allen Krankenbesuchen muss eine Konsultation mittels e-card oder o-card erfolgen. 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 vom Versicherungsträger 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.

BF) Zweitordinationen:

Bei allen Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen muss eine Konsultation mittels e-card erfolgen. Vertragsärzte mit vertraglich genehmigten Zweitordinationen, die in der Zweitordination über keine e-card-Ausstattung verfügen, müssen bei jeder Folgekonsultation eine o-card-Konsultation (Konsultationsart: Nacherfassung außerhalb der Ordinationszeit) in der Hauptordination erzeugen. Diese Vertragsärzte müssen in der Abrechnung bei allen diesen Fällen nicht mehr die Position 9500 (= Behandlung in genehmigter Zweitordination) eingeben.

BG) Telemedizinische Leistungen, Koordinierungstätigkeit, Schmerzboard

Bei allen Leistungen einer Koordinierungstätigkeit, telemedizinischen Leistungen oder Teilnahme am Schmerzboard muss eine Konsultation mittels o-card erfolgen. Vgl. zu telemedizinischen Leistungen bei der ÖGK das Kapitel 35.

C) Abrechnung:

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 (Anlage C) der kassenärztlichen Verrechnungsstelle bei der Ärztekammer für Vorarlberg vorzulegen. Eine **Honorierung** der anlässlich einer Konsultation erbrachten und verrechneten Leistungen erfolgt **nur dann, 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 vom Versicherungsträger ausgestellter und für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) bzw. eine Bestätigung gem. obigem Pkt. AA 3.2. lit. d bzw. eine vom Vertragsarzt unterfertigte Patientenerklärung, die wegen einer Störung, bei der die Konsultationsdaten auch nicht offline erfasst werden können, ausgestellt wurde (Anlage C), der Abrechnung beiliegt.

Bei Leistungen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen muss die Position 9500 (= Behandlung in genehmigter Zweitordination) in der Abrechnung nicht mehr eingegeben werden.

Angesichts des geltenden Honorierungssystems wurde vereinbart, dass in bis zu 3% der Folgebehandlungen/Folgekonsultationen im Quartal eine Honorierung auch dann erfolgt, wenn den Formalvorschriften des obigen Pkt. C Ziff. 1 bis 3 nicht entsprochen wird. Folgebehandlungen/Folgekonsultationen im Abrechnungszeitraum, die den Formalvorschriften des obigen Pkt. C Ziff. 1 bis 3 nicht entsprechen und die am Ende des Quartals nach ihrer umgekehrten Reihenfolge – maßgeblich ist das Behandlungsdatum – über dieser Grenze liegen, werden nicht honoriert.

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.

Versicherungswechsel:

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

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

Keine Nachreichung von gestrichenen Fällen bzw. Konsultationen im nächsten Quartal:

Grundsätzlich ist eine Nachreichung von gestrichenen Fällen bzw. Konsultationen im nächsten Quartal nicht mehr möglich. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die wegen fehlendem Anspruchsnachweis gestrichenen Abrechnungsdatensätze mittels einem von der ÖGK für diesen Behandlungstag oder Behandlungszeitraum ausgestellten e-card-Ersatzbeleg nachgereicht werden können.

e-card-Ersatzbelege:

Es dürfen nur die angeschlossenen Belege (e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) sowie die Patientenerklärung (Anlage C) verwendet werden.

Vom Arzt kann nur die Patientenerklärung (Anlage C) selbst ausgefüllt werden, der e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) kann nur von der ÖGK ausgestellt werden.

Übereinstimmung des e-card- bzw. o-card-Konsultationsdatums mit dem Behandlungsdatum in der Abrechnung:

Achten Sie **unbedingt** darauf, dass das e-card- bzw. o-card-Konsultationsdatum mit dem Behandlungsdatum in Ihrer Abrechnung übereinstimmt, widrigenfalls eine Abrechnung nicht möglich ist. Wir empfehlen Ihnen daher, täglich die von Ihnen erfassten Konsultationsdaten vom e-card-Server herunter zu laden, auf Ihrem PC oder einem USB-Stick zu speichern (dazu gibt es im e-card-System die entsprechende Funktion) und mit Ihren Abrechnungsdaten zu vergleichen, um so nichterfolgte e-card-Konsultationen sofort zu erkennen und gegebenenfalls noch am gleichen Tag fehlende Konsultationen (zumindest mit der o-card) nachzuholen. Jenen Ärzten, die über eine Implementierung der e-card-Funktionen in ihr Arztpaket verfügen, wird empfohlen, sich diesbezüglich mit ihrem EDV-Anbieter in Verbindung zu setzen.

Vorsorgeuntersuchungen und kurative Leistungen am gleichen Tag:

Wenn am gleichen Tag kurative Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen beim gleichen Patienten erfolgen, müssen auch zwei e-card-Konsultationen (Regelfall und Vorsorgefall) erzeugt werden, widrigenfalls eine Abrechnung nicht möglich ist.

MUKI und kurative Leistungen am gleichen Tag:

Wenn am gleichen Tag kurative Leistungen und MUKI-Leistungen beim gleichen Patienten erfolgen, müssen auch zwei e-card-Konsultationen (Regelfall und MUKI) erzeugt werden, widrigenfalls eine Abrechnung nicht möglich ist.

D) Störungen des e-card-Systems:

Störungen des e-card-Systems (Lesegerät, GINA-Box, e-card-Leitung) sind sofort bei der Serviceline (Tel. 0501 24 33 22) zu melden. Dabei ist insbesondere Folgendes zu beachten:

- Nicht selbst beim GIN-Provider (Telekom Austria, Hutchison Drei (vormals Tele2) oder Magenta (vormals T-Mobile/UPC)) anrufen!
- Wenn die Serviceline empfiehlt beim GIN-Provider anzurufen, dann verlangen Sie, dass ein Ticket eröffnet wird. Die Serviceline muss dann von sich aus den GIN-Provider verständigen. Nur so ist sichergestellt, dass der GIN-Provider die vertragliche Reaktionszeit einhalten und sich innerhalb des nächsten Arbeitstages beim Arzt melden muss. Am Besten Sie lassen sich die Ticketnummer nennen und notieren diese für allfällige spätere Reklamationen, wenn die Behebung der Störung nicht zur Zufriedenheit erfolgt ist.
- Der Arzt sollte bei der Serviceline unbedingt seine Telefonnummer (eventuell Handy) hinterlassen, damit er vom GIN-Provider auch angerufen werden kann.
- Bei Störungen ist die e-card dennoch (offline) einzulesen. Ist dies nicht möglich (z.B. Lesegerät oder GINA defekt) ist in allen Fällen vom Arzt eine Patientenerklärung auszufüllen und diese der Abrechnung beizulegen.

E) kleine Kassen (SVS und BVAEB):

Die obigen Regelungen finden keine Anwendung für die kleinen Kassen (SVS und BVAEB).

F) Ansprechpartner:

Info: [Klaus Hausmann](mailto:klaus.hausmann@aeqvbg.at), Tel. 05572/21900- 36 DW; Fax. 42 DW
E-Mail: klaus.hausmann@aeqvbg.at

Wir empfehlen Ihnen diese Regelung zum e-card-Stecken mit Ihren Arzthelferinnen im Detail zu besprechen, da in der Regel von diesen die e-card eingelesen wird.

42.2 Kosten für die e-card-Infrastruktur:

Achtung: Übernimmt ein neuer Vertragsarzt eine Kassenstelle, so kann er auch die e-card-Infrastruktur und den Provider-Vertrag seines Vorgängers übernehmen und fällt damit in die Regelung, welche für Vertragsärzte, die vor 1.1.2009 in Vertrag genommen wurden, gilt (Voraussetzung ist jedoch, dass der Vorgänger den Vertrag noch nicht gekündigt hat).