VSZ

Vertragspartner Software Zertifizierung

Programmierrichtlinien

Änderungshistorie

Version	Änderung	Autor	Verantwortlich	Datum
0.9	Vollständige Version zum Review	Stefan Hotop	Thomas Woisetschläger	20.09.2006
0.9.1	Einarbeitung der Änderungen nach Review im HVB am 9.10.2006	Stefan Hotop	Thomas Woisetschläger	10.10.2006
1.0	Einarbeitung der Ergebnisse des Final Review	Stefan Hotop	Thomas Woisetschläger	19.10.2006
1.1	Einarbeitung kleiner Änderungen auf Grund weiteren Feedbacks	Stefan Hotop	Thomas Woisetschläger	30.11.2006
1.2	Kapitel 2.2.8: Fehlermeldungen sollen die ORCLI-Fehlermeldungen enthalten. Ab R4 sind sie Vorschrift und werden geprüft.	Thomas Woisetschläger	Thomas Woisetschläger	19.12.2006
1.2	Ergänzung Trägerspezifische Regelungen Kap. 3.2.2 OÖGKK Punkt 6 - Punkt 8	Georg Delueg	Georg Delueg	19.12.2006
1.3	Änderung im Kapitel 3.2 – Trägerspezifische Regelung	Erich Schmatzberger	Erich Schmatzberger	22.02.2017

Copyright

Alle Rechte vorbehalten.

© 2006 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung ... 5
2. Programmierrichtlinien SS12 ... 6
2.1. Schnittstellenbeschreibung ... 6
2.2. Nutzungsverpflichtungen ... 6
2.3. ABS ... 9
2.4. Programmierempfehlungen ... 10
3. Richtlinien zum Abrechnungsdatensatz (DVP) ... 12
3.1. Allgemeine Regelungen ... 12
3.2. Trägerspezifische Regelungen ... 12
4. Programmschnittstelle zum e-card System SS12 ... 14
4.1. Testfälle zur technischen Umsetzung der SS12 ... 16
4.2. Testfälle zu den Nutzungsverpflichtungen der SS12 ... 17
5. Abrechnungsdatensatz DVP ... 18
5.1. Standardtestfälle ... 18
5.2. Trägerspezifische Testfälle ... 23

1. Einführung

Das vorliegende Handbuch enthält die Programmierrichtlinien zur Online-Schnittstelle zum e-card-System (SS12) und die zertifizierungsrelevanten Abweichungen zur DVP. Dieses Handbuch ergänzt das Zertifizierungshandbuch zur Vertragspartner-Software-Zertifizierung.

Die in Kapitel 4 und 5 angegebenen Testfälle für die Programmschnittstelle zum e-card System und zum Abrechnungsdatensatz stehen exemplarisch für die Testfälle, die während der Zertifizierungsprüfung zur Anwendung kommen können. Sie dienen zur Vorbereitung auf die Prüfung, in der diese oder andere Testfälle vorkommen können.

2. Programmierrichtlinien SS12

2.1. Schnittstellenbeschreibung

Es ist die jeweils aktuelle Schnittstellenversion zu verwenden. Die technische Dokumentation finden Sie unter *www.sozialversicherung.at* und unter *www.chipkarte.at* im Bereich *Service/ Vertragspartnersoftware/ Download/ Technische Infos*. Die Dokumentation besteht insbesondere aus:

- Detailspezifikation Vertragspartner-Software-Schnittstelle
- Allgemeine Beschreibung des e-card Systems
- Architektur des Ordinations-Clients, Anbindungs- und Vernetzungsvarianten in der Ordinationsumgebung
- Überblick über die Funktionalität der Vertragspartner-Software-Schnittstelle und der zu programmierenden Workflows
- JavaDoc
- WSDL - Technische Schnittstellenbeschreibung der SOAP Services
- Link zum aktuellen Vertragspartnerhandbuch

2.2. Nutzungsverpflichtungen

2.2.1. Nutzung des Service Managers

Die Verwendung des Service Managers (Klasse IServiceManager) zur Ermittlung der am Ordinations-Client verfügbaren Services und deren Versionen sowie der zugehörigen Endpoint URLs ist verpflichtend. Die Services der entsprechenden Version sind über die vom Service Manager gelieferten URLs anzusprechen. Die harte Kodierung der Endpoint URLs in der Vertragspartner-Software kann bei einem Releasewechsel der Ordinations-Client Software zu Problemen führen und ist daher nicht zulässig.

2.2.2. Dialogverwaltung

Beim Aufbau eines Dialoges (createDialog()) ist die Angabe der Produktinformation (ProduktId und Produktversion) verpflichtend. Die Produkt ID entspricht dabei der für die Vertragspartner-Software vergebenen Zertifizierungsnummer, bis zur Vergabe einer Zertifizierungsnummer ist die feste Nummer „999999“ zu verwenden.

Ein Dialog muss nach Beendigung der Benutzersession ordnungsgemäß mit closeDialog() abgebaut werden.

Der automatische Wiederaufbau eines Dialoges nach einem Dialog-Timeout ist aus Sicherheitsgründen nicht zulässig.

Auch das Durchführen von Funktionen zum Zwecke einer Aufrechterhaltung der Verbindung und damit der Umgehung des Dialog-Timeouts ist nicht zulässig.

Das Speichern der PIN der Ordinationskarte in der Vertragspartner-Software ist nicht zulässig.

2.2.3. Offline Betrieb

Wenn die BASE- oder KSE-Services am e-card Server nicht zur Verfügung stehen, bietet der Ordinations-Client die Möglichkeit, Konsultationen offline zu verwalten. Die Unterstützung dieser Offline-Funktionalität des KSE-Services durch die Vertragspartner-Software ist verpflichtend.

2.2.4. Message System

Das Message System dient einerseits als Informationsmedium für den e-card Betrieb um z.B. Wartungsarbeiten oder Releasewechsel anzukündigen und andererseits zur Benachrichtigung über die Fertigstellung asynchron am e-card Server verarbeiteter fachlicher Funktionen sowie den Status beantworteter ABS-Bewilligungs-Anfragen.

Die Information über neue Nachrichten wird mit jedem Request zum e-card Server aktualisiert und seitens Vertragspartner-Software mit der Funktion checkStatus() abgefragt. Liegen neue Nachrichten vor, können diese mit der Funktion getMessages() abgeholt und entsprechend der Meldungskategorie weiterverarbeitet werden:

Anzeige der Nachricht des e-card Betriebs am GUI der Vertragspartner-Software

Abholen des Ergebnisses einer vorausgegangenen Konsultationsdatenanfrage

Abholen des Ergebnisses einer vorausgegangenen ABS Bewilligungsanfrage

Die Funktion getMessages() darf in der Regel nur in Kombination mit einem vorausgegangenen checkStatus() Aufruf durchgeführt werden. Wird jedoch über einen längeren Zeitraum kein Request zum e-card Server abgesetzt, wird folglich die Information über eventuell neue Nachrichten nicht aktualisiert. In diesem Fall ist der zyklische Aufruf der Funktion getMessages() zulässig – das Pollintervall darf jedoch nicht 3 Minuten unterschreiten.

Requests mit Kommunikation zum e-card Server werden in der JavaDoc der Vertragspartner-Software-Schnittstelle durch ihre Zugehörigkeit zu den Laufzeitgruppen Mittel und Lang gekennzeichnet (siehe auch Detailspezifikation Vertragspartner-Software-Schnittstelle, Kapitel 3.2 *Vorraussetzungen für die Vertragspartner-Software*)

Das Message System muss zumindest für die Anzeige von Nachrichten des e-card Betriebs implementiert sein. Wird von der Vertragspartner-Software das KSE- bzw. ABS-Service unterstützt, ist das Message System wie oben beschrieben entsprechend einzusetzen.

2.2.5. Dynamische Ermittlung von Parameterwerten des e-card Regelwerks

Parameterwerte des e-card Regelwerks müssen dynamisch mit den an der Artsoftware Schnittstelle angebotenen Methoden ermittelt werden:

getSVTs()

getFachgebiete()

getFachgebieteByOrdId()

getBehandlungsfaelle()

getBehandlungsfaelleByFachgebiet()

Dies betrifft sowohl Funktionsparameter (z.B. doKonsultation) als auch vom e-card System retournierte Werte (z.B. Konsultationsbeleg)

2.2.6. Abrechnungsdatensatz

Für die Erstellung des Abrechnungsdatensatzes sind die vom e-card System gelieferten Daten der folgenden Funktionen zu verwenden:

doKonsultation()

getKonsultationsdaten()

downloadKonsultationsdaten().

2.2.7. Exception Handling

Das Exception Handling muss ordnungsgemäß implementiert sein. Für die Auswertung von Exceptions sind nur die in der JavaDoc beschriebenen Exception-Typen und die numerischen Exception-Codes zu verwenden. Die Verwendung der internen Verweise („alias“) der Exception-Typen innerhalb von SOAP (z.B. fault1) ist nicht zulässig.

2.2.8. Fehlermeldungen

Bei fehlerhaftem Ablauf einer am Ordinations-Client aufgerufenen Funktion soll zusätzlich zu einem qualifizierten, fachlichen Fehlermeldungstext der Ordinations-Client (ORCLI-) Fehlercode in der Vertragspartner-Software zur Anzeige gebracht werden. Sie finden die ORCLI-Fehlercodes in der JavaDoc bei jedem Fehlercode einzeln beschrieben.

Eine technische Fehlermeldung sollte aus folgenden Elementen bestehen:

Exception-Name (zum Beispiel: KseException)

Exception-Code (der zur Exception gelieferte Fehlercode (getErrorCode())

Ordinations-Client (ORCLI-) Fehlercode

Ab R4 muss die Fehlermeldung den Ordinations-Client (ORCLI-) Fehlercode und Fehlertext enthalten.

Hinweis: Ab Verwendung der Rel. R4 wird auf den originalgetreuen Wortlaut der übergebenen Fehlertexte geprüft.

2.2.9. Fehlerdiagnose

Für Diagnosezwecke ist die Implementierung einer Protokollierungsfunktion der SOAP-Message (Request und Response im originalen XML-Format) im Fehlerfall dringend empfohlen. Dieses Protokoll soll in geeigneter Form zur Analyse zur Verfügung stehen.

2.2.10. Deserialisierung von Objekten

Die Position und die Reihenfolge von Attributen im SOAP-Response darf keinerlei Auswirkung bei der Deserialisierung der komplexen SOAP Typen haben.

2.2.11. Pollen von LAN Kartenlesern

Permanentes - in kurzen Abständen (kürzer als 3 Sekunden) - Abfragen der LAN Kartenleser ist nicht zulässig. Der Aufruf der Funktion getCardData() ist nur im Zusammenhang mit Funktionen, die Karteninformation benötigen, zulässig (doKonsultation()).

2.2.12. Automatisches Auslesen von Daten des e-card Systems

Das automatische Auslesen von Daten des e-card Systems für eigene Zwecke, z.B. automatische Ermittlung des leistungszuständige Sozialversicherungsträgers oder der Sozialversicherungsnummer von Versicherten, ist nicht zulässig.

Diese Daten dürfen nur im Zuge der Erfassung eines Behandlungsfalles ermittelt werden.

2.2.13. http zur Zertifizierung

Zur Prüfung der Schnittstellenkommunikation bei der Zertifizierung wird eine unverschlüsselte Datenübertragung zwischen GINA und Vertragspartner-Software vorausgesetzt.

2.2.14. Testen im Produktivsystem

Die Durchführung von Tests mit produktiven Ordinationskarten oder e-cards im Produktivsystem ist nicht zulässig.

2.3. ABS

Die Integration von ABS in die Vertragspartner-Software ist optional. Wenn ein ABS Modul vorhanden ist muss es jedoch zwingend vor dem Einsatz zertifiziert werden.

ABS erfordert das Messaging-System zur Erkennung des Status einer Bewilligungsanfrage.

Alle ABS Funktionalitäten müssen erfüllt sein:

- SVT abfragen

- Bewilligungsanfrage senden
- Langzeitbewilligungsanfrage senden
- Bewilligungsstatus abfragen
- Bewilligungsrückantwort abfragen
- Langzeitbewilligung abfragen
- Folgeverordnung ausstellen

Die Umsetzung von Attachments ist optional.

Zip-Files in Attachments dürfen keine Unterverzeichnisse beinhalten.

Abgeholte Bewilligungsrückantworten werden regelmäßig am e-card Server gelöscht. Bei der Entwicklung des ABS-Moduls kann also nicht davon ausgegangen werden, dass bereits abgeholte Bewilligungsrückantworten am Server langfristig zum Download bereit stehen.

2.4. Programmierempfehlungen

2.4.1. Dialogwiederverwendung

Ein Dialog am Ordinations-Client entspricht einer Benutzersession. Für jede Benutzersession an der Vertragspartner-Software muss ein eigener Dialog am Ordinations-Client aufgebaut werden. Die Verwendung der gleichen DialogId (Identifizierer für den Dialog) in mehreren Benutzersessions bzw. Prozessen/Threads/Arbeitsplätze wird nicht empfohlen.

2.4.2. Konsultationsverwaltung in der Vertragspartner-Software

Es wird empfohlen, Konsultationen in der Vertragspartner-Software zu verwalten und speichern. Die dafür notwendigen Daten werden bei der Durchführung der Konsultationsverwaltungsfunktionen am Ordinations-Client immer aktuell zurückgeliefert:

aendernKonsultation()

doKonsultation()

nachsignierenKonsultation()

nachsignierenKonsultationenBCard()

stornierenKonsultation()

wiederinkraftsetztenKonsultation()

sendOfflineKonsultation()

sendOfflineNachsignatur()

Die Funktionen zum Liefern von Konsultationsdaten aus dem e-card System (getKonsultationsdaten() und downloadKonsultationsdaten()) werden dadurch nur im Zusammenhang mit Fehlerzuständen in der Vertragspartner-Software

oder im Falle von Datenverlust benötigt und können auf einen engen Zeitbereich eingegrenzt werden.

2.4.3. Überschreiben von Daten

Der VP soll darauf hingewiesen werden, wenn die Daten einer Person aus dem e-card System und der lokalen Software unterschiedlich sind und von der VP Software übernommen werden. Er wird darauf hingewiesen, dass überschrieben wird, wenn es zu einer Änderung in einem Feld kommt.

3. Richtlinien zum Abrechnungsdatensatz (DVP)

3.1. Allgemeine Regelungen

Die Dokumentation des Dokuments *DATENAUSTAUSCH MIT VERTRAGS-PARTNERN (DVP)* beschreibt den Datenaustausch zwischen Vertragspartnern wie:

- Niedergelassene Vertragsärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte aller Fachrichtungen),
- Niedergelassene Zahnärzte (Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Dr. med., Dentisten und Zahnärzte Dr. med. dent.),
- Hausapothekenführende Ärzte,
- Institute und selbständige Ambulatorien nach dem KAG – Labor,
- der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Vertragspartner,
- sonstige Institute nach dem KAG,
- Kurheime und
- Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation

Bei der Erstellung von Abrechnungen in elektronischer Form sind alle Regelungen der DVP in der jeweils aktuellen Version zu berücksichtigen und einzuhalten. Die aktuelle Version der DVP finden Sie im Informationsportal unter www.sozialversicherung.at.

3.2. Trägerspezifische Regelungen

Im Folgenden werden die derzeit bekannten trägerspezifischen Regelungen zur DVP aufgelistet. Bei der Erstellung von Abrechnungen für die genannten KVT sind diese zu berücksichtigen.

3.2.1. NÖGKK:

Bei Trägerwechsel innerhalb der ABPE müssen zwei SART 01, 1x mit und einmal ohne Grundvergütung abgerechnet werden.

Bei Nachverrechnung im Folgequartal (z.B. eine Positionsnummer wurde vergessen) wird nochmals eine SART 01 geschickt, jedoch ohne Grundvergütung.

Auf die ADRN wird kein Wert gelegt, wird im Abrechnungsdatensatz überlesen. Manche ZB mit zwei ADRN rechnen jedoch pro Adresse ab, wird also nicht geprüft, bzw. kommt auf die anderen KV-Träger an.

Im Feld Zusatzkennzeichen der Satzart 01 sind nur die Werte 00 oder 20 erlaubt.

3.2.2. OÖGKK:

- Bei Trägerwechsel innerhalb der Abrechnungsperiode wird lediglich eine SART 01 mit 1x Grundvergütung, LZ KVT = jener der ältesten KON abgerechnet.

  Auf Folgebelegen schreibt der oberösterreichische Vertragspartner den „falschen“ Anspruch, der neue Vertragspartner, an den z.B. überwiesen wird, nimmt jedoch die Daten aus dem e-card-System.

- ABDAT - Datum der Abgabe des Behandlungsscheines bzw. der Anspruchsprüfung im e-card-System:

  Für Zahnbehandler, die über die BUKUZ abrechnen, muss dieses Feld mit dem Datum des Behandlungsendes befüllt werden, wenn kein Behandlungsdatum geliefert wird.

- Diagnoseschlüssel bzw. –text:
  Für Radiologen und Laborärzte sind keine Diagnosen zu erfassen bzw. auszugeben.

- In der Satzart 05 (Labor) ist für die Fachgruppe=50 (Labor) bei Verwendung der Scheinart=6 UEKZ=3 das Feld POSNR1 nicht zu belegen.

- Grundsätzlich ist für Ärzte der Allgemeinmedizin sowie für Fachärzte vorgesehen, innerhalb der Abrechnungsperiode nur für einen Patientenfall pro Patient mit der dazugehörigen Grundleistungsvergütung und allen erbrachten Leistungen abzurechnen. Mehrere Fälle pro Patient werden deshalb nach den folgenden Regeln zusammengeführt (Reihung der Behandlungsscheine nach ihrer Wertigkeit):

Scheinart 1	mit Scheinart	in Abrechnung Scheinart
	2 GRUVU 1	1
	2 GRUVU 6	1
	3	1
	4	1
	5 ZUSKZ 20	1
	6 GRUVU 3	1
	9 GRUVU 1	1
	9 GRUVU 9	1
Scheinart 2 GRUVU 1, 6	3	Scheinart 2 GRUVU 1,6
	4 GRUVU 2, 3, 7	Scheinart 2 GRUVU 1,6
	5 ZUSKZ 20	Scheinart 2 GRUVU 1,6
	6 GRUVU 3	Scheinart 2 GRUVU 1,6
	9 GRUVU 1	Scheinart 2 GRUVU 1,6
	9 GRUVU 9	Scheinart 2 GRUVU 1,6
Scheinart 4 GRUVU 2, 3, 7	3	Scheinart 4 GRUVU 2, 3, 7

	5 ZUSKZ 20	Scheinart 4 GRUVU 2, 3, 7
	6 GRUVU 3	Scheinart 4 GRUVU 2, 3, 7
	9 GRUVU 1	Scheinart 4 GRUVU 2, 3, 7
	9 GRUVU 9	Scheinart 4 GRUVU 2, 3, 7
Scheinart 3	5 ZUSKZ 20	3
	6 GRUVU 3	3
	9 GRUVU 1	3
	9 GRUVU 9	3

Eine Ausnahme bilden hierbei die Fälle mit der Fallart BSART=5 und dem Zusatzkennzeichen ZUSKZ=25. Diese Fälle sind reine Dokumentationsfälle für Leistungen, die im Rahmen des hausärztlichen Notdienstes erbracht wurden, und müssen zusätzlich zu den herkömmlichen Patientenfällen mitgeliefert werden.

Eine weitere Ausnahme gilt für Fachärzte für Gynäkologie:
Trifft innerhalb eines Quartals ein Regelfall mit einem VU-Fall zusammen, ist nur die Fallart BSART=6, Vorsorgeuntersuchungsart GRVU=3 und Zusatzkennzeichen ZUSKZ=10 mit allen erbrachten Leistungen anzuführen.

3.2.3. STGKK:

Bei Nachverrechnung (siehe auch NÖGKK) wird keine neue SART 01 geschickt, telefonische Klärung mit VP erfolgt.

3.2.4. BVA und VAEB:

Mögliche Inhalte von Feld 19 (Zusatzkennzeichen) in Satzart 01 (Behandlungsscheindaten):

10 Vorsorgeuntersuchung

25 Hausärztlicher Notdienst – gilt für das Bundesland Oberösterreich

30 Mutter-Kind-Pass Untersuchung

35 Hauskrankenpflege

40 Leistung bei Angehörigen des Abrechners

60 Operation in der Krankenanstalt (nur BVA)

80 Behandlung im Rahmen eines Kurkostenbeitrages (nur BVA)

00 restliche Leistungen

Die Eingabe dieser Codes ist zwingend.

Einige der genannten Codes (**10, 30 und 35**) ziehen bei Verrechnung verschiedenartiger Leistungen bei ein und demselben Patienten eine Falltrennung nach sich. Es sind daher für einen Patienten, welcher im gleichen Leistungszeitraum einer Vorsorgeuntersuchung bzw. einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung **und** einer kurativen Behandlung unterzogen wurde, zwei Satzar-

ten 01 mit dem entsprechenden Zusatzkennzeichen und den jeweils zugehörigen Leistungsblöcken etc. zu liefern.

Begründung: Aufgrund von Einzelpositionen ist nicht in jedem Fall die Leistungsart erkennbar! Ein und dieselbe Leistung kann sowohl im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung bzw. Mutter-Kind-Pass-Untersuchung als auch als kurative Leistung erbracht werden. Die korrekte Zuordnung kann deshalb nur durch den Vertragspartner getroffen werden!

Operationsleistungen, die im Spital erbracht wurden und für die kein Regiezuschlag gebührt, müssen mit dem Zusatzkennzeichen **60** gemeldet werden. Damit wird auch die Behandlungsbeitragsfreistellung des Patienten gewährleistet. Zusätzlich ist dafür ein Begründungssatz mit Vertragspartner-nummer und/oder Name und Adresse des Spitals auszugeben. Zu verrechnende Assistenz- und Narkoseleistungen für den, diese Leistung erbringenden (Vertrags)Arzt, sind im Begründungssatz in Textform einzugeben.

Ebenfalls aus Gründen der Behandlungsbeitragsfreistellung muss der Behandlungsfall im Rahmen eines Kurkostenbeitrages mit dem Zusatzkennzeichen 80 gekennzeichnet werden.

Ein hausärztlicher Notfall (gilt nur für das Bundesland Oberösterreich) dient in der Abrechnung nur zu Dokumentationszwecken und muss durch das Zusatzkennzeichen 25 gekennzeichnet werden, um eine Honorierung zu verhindern. Werden weitere kurative Leistungen beim selben Patienten erbracht, ist eine Falltrennung erforderlich.

Mögliche Inhalte von Feld 8 (KEZE-Zusatzkennzeichen) in Satzart 03:

Laut. Honorarordnung der BVA sind Operationsleistungen nicht in jedem Falle ganzzahlig zu vergüten, das Positions-Anzahlfeld im Disketten-Datensatz enthält jedoch keine Kommastellen. Die Lösung erfolgt einerseits über das Zusatzkennzeichen N in Feld 8 der Satzart 03 (Leistungsdaten) bei Nachtoperationen (die Tarifsätze erhöhen sich um 50 Prozent) und anderseits durch Eingabe der Anzahl 2 → wenn die O33e doppelseitig erbracht wurde. In unserem Abrechnungsprogramm wird diese Leistung automatisch nur 1,5 mal vergütet.

Leistungsdaten LABOR – SART 05:

In den 28 Stellen des Feldes „8 – POSNR“ können 4, jeweils 7-stellige Positionsnummern erfasst werden. Enthält ein Positionskürzel laut Vertrag alphanumerische Zeichen, wie z. B. einen Punkt, muss dieser auch angegeben werden (z. B. 12.02).

4. Programmschnittstelle zum e-card System SS12

Die in diesem Kapitel angegebenen Testfälle sind Beispiele für die Testfälle, die in der Zertifizierungsprüfung vorkommen. In der Zertifizierungsprüfung können diese aber auch andere Testfälle zur Programmschnittstelle zum e-card-System vorkommen.

4.1. Testfälle zur technischen Umsetzung der SS12

GUT	FEHLER	Ablauf(M)	technischer Teil
☐	☐	Konsultation Einfachanspruch mit e-card	e-card stecken Konsultation durchführen Konsultation stornieren
☐	☐	Konsultation Einfachanspruch mit e-card mit automatischer Trägerwahl	e-card stecken Konsultation durchführen Konsultation stornieren
☐	☐	Konsultation Einfachanspruch ohne e-card	o-card stecken Konsultation durchführen Konsultation stornieren
☐	☐	Konsultation Nacherfassung ohne e-card(o-card)	Konsultation durchführen Konsultation stornieren
☐	☐	Mehrfachanspruch mit Sonder-träger mit e-card	Konsultation durchführen Exception verarbeiten Konsultation nocheinmal mit gewählter SVT Konsultation stornieren
☐	☐	Abgeleiteter Anspruch mit e-card	Konsultation durchführen Exception verarbeiten - Anzei-ge "Mitversichert" Konsultation nocheinmal mit gewählter SVT Konsultation stornieren
☐	☐	Abgeleiteter Anspruch mit e-card	Konsultation durchführen Exception verarbeiten Konsultation nocheinmal mit gewählter SVT Konsultation stornieren

4.2. Testfälle zu den Nutzungsverpflichtungen der SS12

GUT	FEHLER	Ablauf(M)	technischer Teil
☐	☐	Fehlerhandling Kein Anspruch	in der ASW soll ein Fehlerprotokoll angezeigt werden
☐	☐	Service Manager	Analyse ob der Servicemanager abgefragt wird
☐	☐	ProduktId	Verwendung der ProduktId
☐	☐	autom. Wiederaufbau von Dialogen	
☐	☐	MessageSystem (OPC,ABS,KSE)	
☐	☐	Dynamische Ermittlung der Parameterwerte	Test mit Etherreal: Bei Konsultationsablauf prüfen, ob die FG, BF und SVTs dynamisch abgefragt werden
☐	☐	Verwendung der Konsultationsdaten	(Formal betrifft Abrechnung)
☐	☐	Deserialialisierung von Objekten (eigene Parser)	Fragebogen: Eigener Parser
☐	☐	Pollen von Lan-CCR	Etherreal: Protokoll bei Konsultationen der LANCCR darf nicht gepollt werden(3sec)
☐	☐	Automatisches Auslesen von Daten ist verboten	Fragebogen: Test, der nur in der Praxis (Logs) geprüft werden kann.
☐	☐	http	muss zur Zertifizierung verfügbar sein

5. Abrechnungsdatensatz DVP

Die in diesem Kapitel angegebenen Testfälle sind Beispiele für die Testfälle, die in der Zertifizierungsprüfung vorkommen. In der Zertifizierungsprüfung können diese aber auch andere Testfälle zum Abrechnungsdatensatz vorkommen.

5.1. Standardtestfälle

Der Abrechnungsbestand ergibt sich aufgrund der verschiedenen Testszenarien, die bei der Zertifizierung manuell bzw. in Kombination mit dem e-card System Daten eingegeben und abgespeichert werden.

Nach folgenden Kriterien wird geprüft:

- Vorhandensein aller geforderten Satzarten laut DVP Richtlinien
- Vollständige Attributsmenge laut DVP Richtlinien
- Muss/Kann Befüllung der Attributsmenge laut DVP Richtlinien

Alle Eingabefelder, die für die Abrechnung relevant sind, werden auf Plausibilität geprüft (siehe Tabelle 1: Feldprüfungen)

Geprüft wird weiters die korrekte Übernahme von Personendaten und Konsultationsdaten aus dem e-card System bei Vollintegration der Vertragspartner-Software, sowie die Formatprüfungen bei manueller Eingabe.

Tabelle 1: Datenfelder Prüfung

				Datenherkunft	
GUT	FEHLER		Testkriterium bei der Datenerfassung	Mit e-card Integration	Manuelle Eingabe
☐	☐	1.	Arztstammdaten (SART 00)		
☐	☐		Prüfziffernrechnung	VPNR entspricht den übernommenen Daten aus eCS	X
☐	☐		Beharrung möglich, wenn falsch:		X
☐	☐	2.	Behandlungsscheindaten (SART 01)		
☐	☐	2.1.	Prüfziffernrechnung SVNR	SVNR entspricht den übernommenen Daten aus eCS	X
☐	☐		Eingabe v. Buchstaben möglich		X

				Datenherkunft	
GUT	FEHLER		Testkriterium bei der Datenerfassung	Mit e-card Integration	Manuelle Eingabe
☐	☐		Beharrung möglich, wenn falsch:		X
☐	☐		ohne Geburtsdatum erfassbar		X
☐	☐		Geb. Monat 13, 14, 15 erfassbar		X
☐	☐		Ohne Angaben erfassbar		X
☐	☐	2.2.	Angaben zum Versicherten	entspricht den übernommenen Daten aus eCS	
☐	☐		ohne Vorname erfassbar		X
☐	☐		ohne Nachname erfassbar		X
☐	☐	2.3.	Prüfziffernrechnung AVSNR	AVSNR entspricht den übernommenen Daten aus eCS	
☐	☐		Eingabe v. Buchstaben möglich		X
☐	☐		Beharrung möglich, wenn falsch:		X
☐	☐		ohne Geburtsdatum erfassbar		X
☐	☐		Geb. Monat 13, 14, 15 erfassbar		X
☐	☐		Ohne Angaben erfassbar		X
☐	☐	2.4.	Angabe zum Patienten		
☐	☐		ohne Vorname erfassbar		X
☐	☐		ohne Nachname erfassbar		X
☐	☐	2.5.	alle VKAT erfassbar	entspricht den übernommenen Daten aus eCS	X
☐	☐	2.6.	Zusatzkennzeichen SART 01 erfassbar	enspricht den übernommenen Daten aus eCS	X
☐	☐	2.7.	Rezeptgebührenbefreiung		X
☐	☐	2.8.	Überweiserdaten		X

				Datenherkunft	
GUT	FEHLER		Testkriterium bei der Datenerfassung	Mit e-card Integration	Manuelle Eingabe
☐	☐		Prüfziffernrechnung VPNR		X
☐	☐		Beharrung möglich, wenn falsch:		X
☐	☐		Erfassung Überweiser vollständig		X
☐	☐	3.	kein Schein abgegeben	Behandlung ohne e-card	X
☐	☐		Behandlung erfassbar		X
☐	☐		Im Folgequartal wiederherstellbar		X
☐	☐	4.	Adressdaten (SART 06)	keine Daten aus eCS	
☐	☐		Postleitzahl Eingabe möglich		X
☐	☐		Visitenadresse erfassbar		X
☐	☐		Dienstgeberadresse erfassbar		X
☐	☐	5.	Datumsbelegung		
☐	☐		Datum der Abgabe		X
☐	☐		Vordatieren		X
☐	☐		Rückdatieren		X
☐	☐		Behandlungsbeginn		X
☐	☐		Vordatieren		X
☐	☐		Rückdatieren		X
☐	☐		Datum der ÜW		X
☐	☐		Vordatieren		X
☐	☐		Rückdatieren		X
☐	☐		Datum der Leistung		X
☐	☐		Vordatieren		X
☐	☐		Rückdatieren		X
☐	☐		Datum der Diagnose		X
☐	☐		Vordatieren		X
☐	☐		Rückdatieren		X
☐	☐		Datum der Begründung		X

				Datenherkunft	
GUT	FEHLER		Testkriterium bei der Datenerfassung	Mit e-card Integration	Manuelle Eingabe
☐	☐		Vordatieren		X
☐	☐		Rückdatieren		X
☐	☐	6.	Datenblock Leistung	keine Daten aus eCS	X
☐	☐		Uhrzeit erfassbar		X
☐	☐		Chefarztkennzeichen erfassbar		X
☐	☐		Zusatzkennzeichen (Datenblock L)		X
☐	☐	7.	Datenblock Begründung	keine Daten aus eCS	X
☐	☐		Begründung erfassbar		X
☐	☐	8.	Datenblock Diagnose	keine Daten aus eCS	X
☐	☐		Diagnose erfassbar		X
☐	☐		Diagnose fehlt, Abrechnung möglich		X

Abbildung der notwendigen Eingabedaten durch automatischer Übernahme der Daten aus dem e-card System und zusätzlich manueller Eingabedaten für die Validierung der Abrechnungsdaten laut DVP Richtlinien.

Im Feld „Erwartetes Ergebnis“ wird in Kurzform der erwartete DVP Datensatz beschrieben.

Bezug auf Testfall Nr.:	
Testfallbeschreibung:	
Bemerkung:	

Bezeichnung	Inhalt	ok
Behandlungsfall		
Abgabedatum des Behandlungsscheines bzw. erstmals gesteckte e-card		
Behandlungsfall		
Angaben zum Versicherten		

Bezeichnung	Inhalt	ok
Zuname des Versicherten		
Vorname des Versicherten		
Versicherungsnummer des Versicherten		
Geschlecht des Versicherten		
Versichertenkategorie		
Leistungszuständiger Versicherungsträger D.122.		
Bundesland des leistungszuständigen Versicherungsträgers D.27.		
Angabe zum Patienten		
Versicherungsnummer des Angehörigen D.21.		
Zuname des Angehörigen D.22.		
Vorname des Angehörigen D.20.		
Geschlecht des Angehörigen D.6.		
Überweiserdaten		
Vertragspartnernummer des überweisenden oder zu vertretenden Arztes D.115.		
Zuname des überweisenden oder zu vertretenden Arztes D.133.		
Fachgebiet des überweisenden Arztes D.48		
Datum der Überweisung D.104		
Diagnose		
Leistung		
Begründung		
Erwartetes Ergebnis		
Adressdaten		
Adresskennzeichen „1“		

Bezeichnung	Inhalt	ok
Adresskennzeichen „2“		
Adresskennzeichen „3“		

5.2. Trägerspezifische Testfälle

Die trägerspezifischen Testfälle beinhalten die besonderen Anforderungen aus Kap. 3.2. Die trägerspezifischen Testfälle entsprechen von der Form her den allgemeinen Testfällen, bei der Auswertung wird jedoch speziell die konkrete Umsetzung der trägerspezifischen Regelung geprüft.